

諫早商工会議所 生命共済
お祝い金・お見舞金・助成金請求書

諫早商工会議所 御中

請求日：令和 年 月 日

加入事業所番号	
加入者番号	
事業所名	
代表者（請求者）名	印
事業所電話番号	
加入者（被共済者）名	印
加入年月日	

□ 上記の被共済者が次の「お祝い金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。

- 結婚祝金：_____円（結婚日：令和 年 月 日、加入後1年が条件）
 出産祝金：_____円（出産日：令和 年 月 日、加入後1年が条件）
 日商検定祝金：_____円（当所が実施する日商の検定試験で2級以上合格が条件）
※公的機関の発行する証明書を添付して下さい。（出産の場合母子手帳のコピー可）
 継続勤務祝金：_____円（61歳の更新時、加入後3年が条件）

□ 上記の被共済者が次の「お見舞金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。

- 病気入院見舞金：_____円（この給付金は5日以上入院しないと請求できません）
 事故通院見舞金：_____円（この給付金は5日以上通院しないと請求できません）

【治療状況】

傷病名			
発生(事故)から治癒に至るまでの症状及び経過等			
治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
治療病院（診療所）名	名称		
	所在地		
上記記載内容に相違ありません。 必要があれば、貴会議所より記載事項を病院（診療所）に直接照会してください。 令和 年 月 日 届出人（被共済者又は受取人） 印			

※病院の診断書・入院証明書・領収書等、通院・入院の開始日及び終了日が記載され原本、又はその写しで給付対象となることが証明できる書類を添付して下さい。
※事故通院見舞金は災害入院給付金の対象となる場合は二重に支払いを受ける事はできません。

□ 上記の被共済者が次の「助成金」の給付事由に該当しましたので支払の請求をします。

- P E T 検診/CT 検診助成金：_____円（健康保険不適用の場合のみ、加入後1年が条件）
 人間ドック助成金：_____円（3万円以上の費用の場合のみ、加入後1年が条件）
※受診後の領収書を添付して下さい。

□ 給付金は掛金引落口座にお支払い致します。別口座への支払いを希望される場合はお申し出下さい。

（お知らせ）

諫早商工会議所生命共済制度「のんのこ共済」はアクサ生命保険株式会社を引受保険会社とする「入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険（団体型）」並びに諫早商工会議所が独自に実施する「お祝い金・見舞金制度」で構成されています。つきましては、「のんのこ共済」給付金請求受付の一環として、定期保険（団体型）引受保険会社であるアクサ生命保険株式会社の社員が諫早商工会議所に対する「お祝い金・見舞金制度」請求の取り次ぎをさせていただきます。

【入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険（団体型）引受保険会社】
アクサ生命保険株式会社 問い合わせ先：長崎支社 諫早営業所（T e l : 0 9 5 7 - 2 3 - 8 9 7 2）

【商工会議所使用欄】

祝金・見舞金請求受付確認				
共済担当者	担当課長	担当部長	事務局長	専務理事