

横須賀商工会議所「コスモス共済」

見舞金請求書

※事由（該当項目に○印をしてください）

不慮の事故による実通院日数7日以上の特通院見舞金	
病気による7日以上1ヶ月未満の入院見舞金	
病気による1ヶ月以上の入院見舞金	

下記（別添）証明書にもとづき、見舞金を請求いたします。

所在地	〒 _____			
事業所名	_____ 印			電話 _____
代表者名	_____			事業所No. _____
フリガナ	_____			被保険者No. _____
被保険者名	_____			
振込先	金融機関名	支店名	区分	口座番号（右づめ）
	銀行 信金	店	1. 普通 2. 当座	_____ _____ _____ _____ _____ _____
フリガナ	_____			
口座名義人	_____			

※見舞金請求は年1回（8月1日～翌年7月31日）を限度といたします

証明書は、被保険者名・傷病名・通（入）院実日数が明記してある書類であれば他の書式のコピーでもかまいません。（被保険者名の宛て名が書かれているものであれば領収書のコピーでも可能です。）

●入院・通院に関する医療機関証明書

(入院・通院)者 氏名	_____	左記記載事項が事実と相違ないことを証明いたします。 _____年 _____月 _____日 住所 _____ 医療機関名 _____ TEL _____ 医師名 _____ 印 _____
傷病名	_____	
受傷、発病年月日	_____年 _____月 _____日	
入院、通院開始	_____年 _____月 _____日	
退院、最終通院	_____年 _____月 _____日	
入院、通院実日数	_____日	

【会議所記入欄】

加入年月日	_____年 _____月 _____日	保障額	_____万円	給付金額	_____ _____ _____ _____	円
-------	----------------------	-----	---------	------	-------------------------	---