

新YOU優共済ふじのみや 見舞金請求書

■請求する見舞金に○をつけ必要事項をご記入ください。

☐	災害入院見舞金 ケガによる <u>1泊2日以上</u> <u>7日未満</u> の入院 ※災害通院見舞金と合算 して年2回限度	傷病名						
☐	災害通院見舞金 ケガによる <u>5日以上</u> の通院 ※災害入院見舞金と合算 して年2回限度	発病日 または 受傷日	令和 年 月 日					
☐	疾病入院見舞金 病気による <u>1泊2日以上</u> <u>5日未満</u> の入院 ※疾病入院見舞金(5日以上)と 合算して年2回限度	事故の状況 ※ケガのみ	①発生場所					
☐	疾病入院見舞金 病気による <u>5日以上</u> の入院 ※疾病入院見舞金(1泊2日以上 5日未満)と合算して年2回限度		②発生原因					
		受診先 医療機関名						
		入院・通院 日数	計	日間	(令和 年 月 日 ～令和 年 月 日)			

※請求の際、証明する書類を添付してください。必要な書類は裏面でご確認ください。

※年とは（保険期間5月1日～翌年4月30日）となります。人間ドック・検査入院は対象となりません。

※原則として当核事由発生年月日より3年以内に請求された場合に支給致します。

■振込先（送金手数料は商工会議所が負担します。）

金融機関名	銀行・信金 農協・信組	支店名	支店					
預金種目	☐ 普通預金 ☐ 当座預金 ☐ 貯蓄 ※該当するものにレを入れてください。	口座番号						
口座名義	(か)							

※振込先は加入者本人名義、事業所名義のいずれかに限らせていただきます。

上記の通り見舞金を請求します。

令和 年 月 日

住 所 〒

事業所名

代表者名

印

フリガナ

加入者名

印

*****商工会議所処理欄*****

事業所番号		加入年月日	H・R 年 月	備考
加入者番号		請求権発生年度	年度	
効力発生口数		重複請求	☐ 有 ☐ 無	

■各見舞金の請求に必要な書類は下記の通りです。

災害入院見舞金		ケガによる1泊2日以上7日未満の入院が分かる書類 例：診断書や入院日数が分かる領収書のコピーなど。
災害通院見舞金		ケガによる5日以上通院が分かる書類 例：診断書や5日以上通院したことが分かる領収書のコピーなど。
疾病入院見舞金	1泊2日以上 5日未満	病気による1泊2日以上5日未満の入院が分かる書類 例：診断書や入院日数が分かる領収書のコピーなど。
	5日以上	病気による5日以上入院が分かる書類 例：診断書や入院日数が分かる領収書のコピーなど。

■各見舞金の給付額は下記の通りです。

対象	見舞金の種類		1口	2口	3口	4口	5口
加入者本人	災害入院見舞金		3,000円	6,000円	9,000円	12,000円	15,000円
	災害通院見舞金		5,000円	10,000円	15,000円	20,000円	25,000円
	疾病入院見舞金	1泊2日以上 5日未満	4,000円	8,000円	12,000円	16,000円	20,000円
		5日以上	8,000円	14,000円	20,000円	26,000円	32,000円

※富士宮商工会議所共済制度「新YOU優共済ふじのみや」は、アクサ生命保険株式会社を引受会社とする『入院給付金付災害割増特約・ガン死亡特約付福祉団体定期保険』並びに富士宮商工会議所が独自に実施する『お見舞金・お祝金制度』で構成されています。
つきましては、「新YOU優共済ふじのみや」給付金請求受付の一環として、福祉団体定期保険引受保険会社であるアクサ生命保険株式会社の社員が富士宮商工会議所に対する『お見舞金・お祝金制度』請求の取り次ぎをさせていただきます。

※本請求書に記載された個人情報は、「お見舞金」支払いの可否判断を含む給付金支払い手続きにのみ使用をします。

— 富士宮商工会議所 共済制度係 (TEL : 0544-26-3101) —

《入院給付金付災害割増特約・ガン死亡特約付福祉団体定期保険引受保険会社》

— アクサ生命保険株式会社 静岡支社富士営業所 (TEL : 0545-51-4661) —