

# 浜松商工会議所プラタナス共済制度 【記入例】見舞金（事故通院）の請求方法

問合先：会員共済課 TEL:053-452-1113

浜松商工会議所プラタナス（団体保険）共済制度

## 見舞金請求書 事故通院 5 日以上

郵便番号	4 3 2 - 8 5 0 1
住 所	浜松市中区東伊場 2 - 7 - 1
事業所名	浜松商工株式会社
代表者名	浜松 一郎
T E L	0 5 3 - 4 3 2 - 1 1 1 3

**！注意！**  
必ず太枠内のすべての項目をご記入ください。不備のある場合は、差し戻しをさせていただくことがあります。

個人事業所の場合は事業主印を、法人事業所の場合は、代表者印を押印ください

記入日	2 0 1 9 年 1 2 月 2 4 日 ※西暦で記入してください						
フリガナ	ハママツ イチロウ		※通院による見舞金は不慮の事故による 5 日以上 の通院で請求できます。				
被保険者名	浜松 一郎		※見舞金の請求には、証明書類の添付が必要です。必要書類の詳細につきましては、裏面の「添付書類」欄を参照ください。				
通院期間	傷病名	頸部捻挫	受傷日	2 0 1 9 年 1 1 月 1 4 日	実通院 日数	5 日	
	事故通院	2 0 1 9 年 1 1 月 1 5 日 ~ 2 0 1 9 年 1 1 月 2 6 日まで					
送金口座	金融機関		支店名		区分		
	商工	銀行 信金	コード 1 1 1 1	浜松支店	コード 1 1 1	1. 普通 2. 当座	
フリガナ	ハママツショウコウ(カ ダイヒョウトリシマリヤク ハママツイチロウ					口座番号 (右づめで記入)	
口座名義	浜松商工株式会社 代表取締役 浜松一郎					0 0 0 0 0 0 0	

※受取人は会社または被保険者で選択いただけます

### 【証明書として必要な書類】

※見舞金請求書の他に以下の書類のいずれかを添付してください。

添付書類	診断書のコピー	けがの名称、 <u>通院日及び実通院日数</u> ・ <u>医師名及び証明印</u> が明記、押印されている診断書のコピー（「～週間の通院を要する」等記載の加療見込みの診断書は不可。）
	証明書欄の記入	本請求書の「証明書」欄に、必要事項が記載され、かつ <u>医師の証明印</u> がある場合は、添付書類は必要ありません。

### 注 意 事 項

- ①事故による通院見舞金は、加入一口につき一律 3,000 円が支給されます。
- ②申請の有効期限は受傷日を含め、3 年以内とします。
- ③加入者が不慮の事故により 5 日以上通院した場合、事故通院による見舞金の対象となります。
- ④腰痛・関節炎・腱鞘炎等による通院は、明らかに事故が原因と認められる場合に限り支給対象とさせていただきます。
- ⑤申請にあたり、不備又は誤りがあるときは、支給金の停止、又は返却をお願いする場合があります。
- ⑥同一のケガによる、同一年度内の請求はできません。

# 見舞金請求書 事故通院 5 日以上

本請求書ならびに添付書類に記載された者全員は、下記に記載の「個人情報のお取り扱い」について同意しております。

## 個人情報のお取り扱いについて

当会議所は、見舞金の請求に伴って、本請求書ならびに添付書類（診断書等）に記載された個人情報を、当制度の事務手続きのために利用します。

※記入例をご確認のうえ太枠内をご記入ください。

※記入漏れまたは記載内容に不備がある場合は、

差し戻しさせていただくことがあります。

※必ず太枠内のすべての項目をご記入ください。

郵便番号	
住所	
事業所名	
代表者名	
TEL	

印

記入日	年 月 日 ※西暦で記入してください		
フリガナ	※通院による見舞金は不慮の事故による5日以上の通院で請求できます。		
被保険者名	※見舞金の請求には、証明書類の添付が必要です。必要書類の詳細につきましては、裏面の「添付書類」欄を参照ください。		
通院期間	傷病名	受傷日	年 月 日
	事故通院	年 月 日 ~ 年 月 日まで	
	実通院	日数	日
送金口座	金融機関		支店名
	銀行	コード	コード
	信金		
			区分
			1. 普通 2. 当座
フリガナ	口座番号 (右づめで記入)		
口座名義	※受取人は会社または被保険者で選択いただけます		

**【医療機関記入欄】 証明書**

氏 名 \_\_\_\_\_ (生年月日 年 月 日生)

傷 病 名 \_\_\_\_\_

傷病の原因 \_\_\_\_\_

通 院 期 間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日まで  
(受傷日 年 月 日)

実通院日数 \_\_\_\_\_ 日

上記の通り、相違ないことを証明いたします。

年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

印

【会議所記入欄】	
事業所 No.	
被保険者 No.	
加入年月日	年 月 日
加入口数	口
見舞金 給付履歴 確認欄	□別紙参照 □なし
傷病コード	
給付金額	万 千 百 十 円

【生保記入欄】			
取扱生保名	生命	普及員名	

部長	課長	課長代理	担当職員

