

グリーンライフ共済入院見舞金請求書

事業所番号		加入者番号	
-------	--	-------	--

入院見舞金	¥		万		千		百		十		円
-------	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---

上記の見舞金を請求いたします 住所 _____

狭山商工会議所 御中 事業所名 _____

令和 年 月 日 代表者名 _____ 印

電話番号： _____

グリーンライフ共済入院見舞金発生事由に関する証明

入院した者	住所				
	フリガナ 氏 名	生年月日 S・H 年 月 日			
入院した病院	所在地				
	名 称 電話番号				
病 名					
入院日	平成・令和 年 月 日	退院日	平成・令和 年 月 日		

※見舞金の額は加入口数1口につき10,000円です。加入口数が分からないときは商工会議所までお問い合わせください。電話 2954-3333 総務係

下記の書類等により入院を確認いたします。

- 領収書5日分以上(コピー可)
- その他 ()

～入院・事故通院見舞金請求により、当所が取得する個人情報の取扱いについて～

1. グリーンライフ共済見舞金請求に際し、当所が取得した個人情報につきましては、見舞金支払の為の審査、見舞金交付に関するご連絡、見舞金既払い被保険者の管理に使用いたします。

また、請求内容の確認に際し、被保険者が通入院する医療機関に本請求書の真偽を確認する場合があります。

2. 当所が取得した個人情報に関する開示・訂正・利用停止・消去の求めについては、狭山商工会議所個人情報相談窓口へお申出下さい。請求手続きの詳細についてご説明申し上げます。

上記について確認し同意します。 被保険者氏名 _____ 印

* 狭山商工会議所の生命共済制度(グリーンライフ共済)はアクサ生命を引受会社とする定期保険(団体型)と狭山商工会議所が独自に実施する祝金・見舞金制度で構成されています。

* 本請求書に記載された個人情報は、祝金・見舞金支払の可否判断を含む給付金支払手続きにのみ利用します。

* 請求からお支払までの期間の目安は、10日までの受付分は当月の25日前後に、25日までの受付分は翌月10日前後となります。

担当者 _____

事務処理欄

受付日	加入月	増減口月	口数	請求