

沖 縄 商 工 会 議 所 ハ イ ビ ス カ ス 共 済
お 祝 金 ・ お 見 舞 金 請 求 書

沖縄商工会議所 御中

提出日：令和 年 月 日

| | | | |
|---------|---|-------|-----------|
| 加入事業所番号 | | 加入者番号 | |
| 事業所名 | | 加入者名 | ㊟ |
| 代表者名 | ㊟ | | |
| 住所 | | 加入年月日 | S・H・R . . |
| 事業所TEL | | 加入口数 | 口 |

上記の加入者が次の「お祝金」の給付事項に該当しましたので支払の請求をします。

結 婚 祝 金 : _____ 円 (婚姻日：令和 年 月 日)
出 産 祝 金 : _____ 円 (出産日：令和 年 月 日)

上記の加入者が次の「お見舞金」の給付事項に該当しましたので支払の請求をします。

通 院 見 舞 金 : _____ 円
病 気 入 院 見 舞 金 : _____ 円

〈 治 療 状 況 〉

| | | | |
|---|-------------|---|-------------|
| 傷 病 名 | | | |
| 発生(事故)から治療に至るまでの症状及び経過等 | | | |
| 治 療 期 間 | 平成・令和 年 月 日 | ～ | 平成・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、貴会議所より起算事項を病院(診療所)に直接照会してください。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | |
| 加入者 _____ ㊟ | | | |
| ※【必要添付書類】 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た原本又はその写し | | | |

給付金は下記の口座へ振込みを希望します。

| | |
|-----------------|----------------------|
| 振込先指定金融機関名 | 銀行 ・ 信用金庫 ・ 郵便局 |
| 本 支 店 名 | 本店 ・ 支店 |
| 預 金 種 目 | 1. 普通預金 2. 当座預金 |
| 口 座 番 号 | |
| 口 座 名 義 フ リ ガ ナ | |
| 口 座 名 義 | |

お知らせ

- ※1. 沖縄商工会議所ハイビスカス共済はアクサ生命保険会社を引受会社とする福祉団体定期保険と沖縄商工会議所が独自に実施する祝金・見舞金で構成されています。
- ※2. 本請求書に記載された個人情報、お祝金・お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。

【商工会議所使用欄】

| | | |
|---------------|------|---------|
| 祝金・見舞金請求受付確認欄 | | |
| 共済担当 | 担当部長 | アクサ生命担当 |
| | | |



沖縄商工会議所ハイビスカス共済 お祝金・お見舞金請求書

日付記入

御中

提出日：令和 年 月 日

| | | | |
|---------|-----|-------|-----------|
| 加入事業所番号 | | 加入者番号 | |
| 事業所名 | | 加入者名 | (印) |
| 代表者名 | (印) | 加入年月日 | S・H・R . . |
| 住所 | | 加入口数 | 口 |
| 事業所TEL | | | |

□上記の加入者が次の「お祝金」の給付事項に該当しましたので支払の請求をします。

記入・押印

- 結婚祝金 : _____ 円 (婚姻日：令和 年 月 日)
- 出産祝金 : _____ 円 (出産日：令和 年 月 日)

□上記の加入者が次の「お見舞金」の給付事項に該当しましたので支払の請求をします。

- 通院見舞金 : _____ 円
- 病気入院見舞金 : _____ 円

婚姻日記入

〈治療状況〉

| | | | |
|---|-------------|---|-------------|
| 傷病名 | | | |
| 発生(事故)から治療に至るまでの症状及び経過等 | | | |
| 治療期間 | 平成・令和 年 月 日 | ～ | 平成・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、貴会議所より起算事項を病院(診療所)に直接照会してください。 | | | |
| 令和 年 月 日 加入者 (印) | | | |
| ※【必要添付書類】 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た原本又はその写し | | | |

□給付金は下記の口座へ振込みを希望します。

ご本人口座
又は
会社名義・代表者名義
口座を記入

| | |
|------------|-----------------|
| 振込先指定金融機関名 | 銀行・信用金庫・郵便局 |
| 本支店名 | 本店・支店 |
| 預金種目 | 1. 普通預金 2. 当座預金 |
| 口座番号 | |
| 口座名義フリガナ | |
| 口座名義 | |

【商工会議所使用欄】

お知らせ

- ※1. 沖縄商工会議所ハイビスカス共済はアクサ生命保険会社を引受会社とする福祉団体定期保険と沖縄商工会議所が独自に実施する祝金・見舞金で構成されています。
- ※2. 本請求書に記載された個人情報は、お祝金・お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。

| 祝金・見舞金請求受付確認欄 | | |
|---------------|------|---------|
| 共済担当 | 担当部長 | アクサ生命担当 |
| | | |

☺
**出産祝金
請求**

沖縄商工会議所ハイビスカス共済
お祝金・お見舞金請求書

日付記入

御中

提出日：令和 年 月 日

| | | | |
|---------|---|-------|-----------|
| 加入事業所番号 | | 加入者番号 | |
| 事業所名 | | 加入者名 | ㊟ |
| 代表者名 | ㊟ | 加入年月日 | S・H・R . . |
| 住所 | | 加入口数 | 口 |
| 事業所TEL | | | |

□上記の加入者が次の「お祝金」の給付事項に該当しましたので支払の請求をします。

- 結婚祝金 : _____ 円 (婚姻日：令和 年 月 日)
□出産祝金 : _____ 円 (出産日：令和 年 月 日)

記入・押印

上記の加入者が次の「お見舞金」の給付事項に該当しましたので支払の請求をします。

- 通院見舞金 : _____ 円
□病気入院見舞金 : _____ 円

出産日記入

〈治療状況〉

| | | | |
|---|---------------------------|--|--|
| 傷病名 | | | |
| 発生(事故)から治療に至るまでの症状及び経過等 | | | |
| 治療期間 | 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・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、貴会議所より起算事項を病院(診療所)に直接照会してください。 令和 年 月 日 加入者 ㊟ | | | |
| ※【必要添付書類】 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た原本又はその写し | | | |

□給付金は下記の口座へ振込みを希望します。

ご本人口座
又は
会社名義・代表者名義
口座を記入

| | | | |
|------------|-------------|---------|--|
| 振込先指定金融機関名 | 銀行・信用金庫・郵便局 | | |
| 本支店名 | 本店・支店 | | |
| 預金種目 | 2. 普通預金 | 2. 当座預金 | |
| 口座番号 | | | |
| 口座名義フリガナ | | | |
| 口座名義 | | | |

【商工会議所使用欄】

| | | |
|---------------|------|---------|
| 祝金・見舞金請求受付確認欄 | | |
| 共済担当 | 担当部長 | アクサ生命担当 |
| | | |

お知らせ

- ※1. 沖縄商工会議所ハイビスカス共済はアクサ生命保険会社を引受会社とする福祉団体定期保険と沖縄商工会議所が独自に実施する祝金・見舞金で構成されています。
※2. 本請求書に記載された個人情報は、お祝金・お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。



沖縄商工会議所ハイビスクス共済
お祝金・お見舞金請求書

日付記入

沖縄商工会議所 御中

提出日：令和 年 月 日

| | |
|---------|-----------|
| 加入事業所番号 | 加入者番号 |
| 事業所名 | 加入者名 |
| 代表者名 | 加入年月日 |
| 住所 | S・H・R . . |
| 事業所TEL | 加入口数 |

□上記の加入者が次の「お祝金」の給付事項に該当しましたので支払の請求をします。

- 結婚祝金 : _____ 円 (婚姻日：令和 年 月 日)
- 出産祝金 : _____ 円 (出産日：令和 年 月 日)

□上記の加入者が次の「お見舞金」の給付事項に該当しましたので支払の請求をします。

- 通院見舞金 : _____ 円
- 病気入院見舞金 : _____ 円

〈治療状況〉

| | | | |
|-------------------------|-------|---|-------------------|
| 傷病名 | | | |
| 発生(事故)から治療に至るまでの症状及び経過等 | | | |
| 治療期間 | 平成・令和 | 年 | 月 日 ~ 平成・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、貴会議所より起算事項を病院(診療所)に直接照会してください。

令和 年 月 日
加入者 _____

※【必要添付書類】
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た原本又はその写し

□給付金は下記の口座へ振込みを希望します。

| | |
|------------|-----------------|
| 振込先指定金融機関名 | 銀行 ・ 信用金庫 ・ 郵便局 |
| 本支店名 | 本店 ・ 支店 |
| 預金種目 | 3. 普通預金 2. 当座預金 |
| 口座番号 | |
| 口座名義フリガナ | |
| 口座名義 | |

ご本人口座
又は
会社名義・代表者名義
口座を記入

【商工会議所使用欄】

| 祝金・見舞金請求受付確認欄 | | |
|---------------|------|---------|
| 共済担当 | 担当部長 | アクサ生命担当 |
| | | |

お知らせ

- ※1. 沖縄商工会議所ハイビスクス共済はアクサ生命保険会社を引受会社とする福祉団体定期保険と沖縄商工会議所が独自に実施する祝金・見舞金で構成されています。
- ※2. 本請求書に記載された個人情報、お祝金・お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。