

生命共済「傷害通院見舞金」請求書

久留米商工会議所 御中

年 月 日

下記のとおり、傷害により5日以上通院を致しましたので、生命共済の見舞金を請求いたします。

見舞金額; 円

住 所	
電話番号	
事業所名	印
代表者名	

加入者名	(男・女)
生年月日	年 月 日 生まれ (歳)

※通院した日に○をつけてください

年	月	年	月
1 2 3 4 5 6 7		1 2 3 4 5 6 7	
8 9 10 11 12 13 14		8 9 10 11 12 13 14	
15 16 17 18 19 20 21		15 16 17 18 19 20 21	
22 23 24 25 26 27 28		22 23 24 25 26 27 28	
29 30 31		29 30 31	

※添付書類

- ①事故状況報告書(裏面参照)
- ②医師による診断書(コピー可)もしくは病院発行の領収書(通院日がわかるもの)

-----久留米商工会議所記入欄-----

事業所番号		加入日	年 月 1日
加入者番号		加入期間	年
生保担当者	生命 : 担当	加入口数	口

--	--	--	--

生命共済「傷害通院見舞金」事故状況報告書

久留米商工会議所 御中

年 月 日

事業所所在地

事業所名

代表者名

印

受傷者との関係

受傷者の住所	
受傷者の氏名	
受傷者の生年月日	
事故発生日時	
事故発生場所	
事故の原因及び状況	