

生命共済「病気入院見舞金」請求書

久留米商工会議所 御中

年 月 日

下記のとおり、疾病による10日以上入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**

所在地	〒 _____ () - _____
事業所名	_____
代表者名	_____ 印

加入者名	_____ (男・女)
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ (_____ 歳)
入院期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 日間)

※ 医師による診断書(入院証明書)が添付できない場合のみ、以下の欄をご記入のうえ、必ず病院・診療所の「領収書」(コピー)等を添付してご提出して下さい。(入院期間の判るもの)

病 名	_____
治療内容	_____
入院先	病院名; _____ 所在地; _____ 医師名; _____

.....久留米商工会議所事務局の使用欄.....

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;氏名	加入口数	口

--	--	--	--