

「竹の子共済」見舞金規程（抜粋）

1. 祝金のお支払いは、年間に1回とします。
（年間とは4月1日から翌年3月31日の業務年度です。）
2. 本制度の保険金・給付金・一時金との重複支払いはいたしません。
（退院後の通院に対する見舞金の支払いはありません。）
3. 見舞金の請求に際しては、下記の「見舞金請求書」を使用し、入院または通院の事実について確認できる証拠書類（医療費支払請求書、通院記録カード、証明書など）を添付してください。

※見舞金の支払いは、口座振込による支払いとなります。

「竹の子共済」見舞金請求書

事業所名		事業所番号	
加入者名		加入者番号	
加入口数	口	見舞金	円
医療機関名		傷病名	
入院 通院	期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日（ 日間）	

お振り込み金融機関名			口座番号
銀行 信用組合 信用金庫	店	普通 当座	
フリガナ			
口座名義人			

上記のとおり入院・通院したことを証明し、見舞金の支払いを請求します。

令和 年 月 日

加入者 住所 氏名 ⑩

事業主 住所 氏名 ⑩

（お知らせ）

- ※1 竹原商工会議所竹の子共済はアクサ生命を引受会社とする福祉団体定期保険と竹原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。
- ※2 本請求書に記載された個人情報は、見舞金・祝金支払の可否判断を含む支払手続きにのみ利用します。

同意書

令和 年 月 日

主治医 殿

下記患者が貴院において受療した傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否などにつき、竹原商工会議所の職員または同所が委嘱する者より照会がありましたときは、ご回答いただくことに同意しますので、ご多忙中、誠に恐縮ですが、ご回答いただくようご依頼申し上げます。また、診断書または証明書の交付もしくは画像診断のフィルムまたはその他検査記録の貸出をお願いしたときは、あわせてご協力をお願いします。

(患者が未成年者等のとき)

患者住所 _____

住所 _____

患者氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者との関係 親権者 その他 (_____)

入・通院申告書 (自己申告用)

竹原商工会議所 御中

下記のとおり相違ありません。なお、診療に関する記録を貴所が病院に照会することに同意します。貴所が病院に対して照会しても回答してもらえない場合は、あらたて診断書を提出します。

申告者	_____ (印)	作成日	令和 年 月 日																														
入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)																																
通院治療	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち実際に通院した日数 日間)																																
診察券のコピーを貼り付けてください。 診察券がない場合は、ここに病院名、所在地、診察券番号を記入してください。	実際に通院して治療を受けた日に○記をつけてください。																																
病院名	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
所在地	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
診察券番号	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
担当医師名	先生	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
病院の電話番号	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	