西条商工会議所うちぬき共済制度

事故による通院見舞金申請書兼請求書

申請・請求額	円

上記給付金の支給を受けたく、下記記載事由が事実に相違ないことを証明し、申請及び請求致します。

年　　月　　日

西条商工会議所　　御中

事業所番号	住　　所		
	事業所名		電話番号
	代表者名	㊞	

事　　由

3．　上記給付金該当者

加入者番号		加入者名　　（　　口）
住　　所		

4．　給付金該当事由

傷　病　名		
病院又は診療所	所在地	
	名　称	TEL
	医師氏名	科
通院期間	年　月　日～　年　月　日（　日間）	
添付書類	・医師証明書（写） ・領収書＋ケガであることが証明できる書類（写）	

処理欄	受付日			受付番号	
	専務理事	事務局長	事務局次長	課　長	担当者

【通院見舞金の支払】

会議所は、被保険者が保険加入期間中ケガにて病院又は、診療所に10日以上実通院した場合には下記金額を事故による通院見舞金として支払います。

但し、この見舞金の支払は病気入院見舞金を通じて1年間に1回限りとします。

（1） この見舞金の支払における1年間とは、うちぬき共済の契約応当日である8月1日から翌年の7月31日までとします。

（2） 事故による通院が契約応当日をまたいで継続した場合は、通院開始日の年度（前年度）の通院とみなし見舞金を支払います。

（3） 見舞金を請求する権利は、これらを行使することができる時から3年間行使しないときは、消滅します。

（4） 事故による入院給付金とは重複支払いいたしません。

見舞金額

支払う通院見舞金の額は、下記の通りとする。

1口	2口	3口	4口	5口
20，000	40，000	60，000	80，000	100，000