

名古屋商工会議所 生命共済制度 見舞金請求書

※発生日より180日以内にご請求ください

記入日 年 月 日

名古屋商工会議所 御中

当事業所は貴所「見舞金・祝金」に関する運営要領に従い、下記の通り見舞金を請求します。

WEB申請が
便利です!



郵便番号
住 所
事業所名
担当者名
電話番号
メールアドレス

該当事項	病気入院 ・ 事故通院	発生日	年 月 日
		病気入院…入院開始日	事故通院…事故発生日
フリガナ			
被保険者名	【生年月日】 昭和・平成 年 月 日 生		
傷病名			
事故状況 (事故通院のみ)	(具体的にご記入ください)		
病気入院 ・ 期間 事故通院	年 月 日 ～ 年 月 日	入院日数 ・ 通院回数	日 回
振込先	振込先は掛金振替口座となります。		

◎ご請求に際しては、裏面の「見舞金請求方法について」をご参照ください。

◎見舞金請求にあたっては、次の書類のいずれかを添付してください。

診断書、入院・通院証明書又は医療機関発行の領収書などのコピー・写真

◎記載内容について、医療機関等に照会することがあります。

※個人情報のお取り扱いについて

本所は、本請求書並びに添付書類に記載された個人情報を当制度の事務手続きのために利用いたします。

商 工 会 議 所 確 認 欄

事業所番号		加入年月	年 月
被保険者番号		基準口数	
支払日		支給金額	
備 考			

次 長	精 査	係 員

名古屋商工会議所 生命共済制度
見舞金請求方法について

	病気入院見舞金	事故通院見舞金																																												
1. 内 容	病気の治療を目的として5日以上継続入院したとき	不慮の事故を直接の原因として5日以上通院したとき																																												
2. 給付金額	<table><tr><td>加入口数</td><td>給付金額</td></tr><tr><td>1～ 2口</td><td>5,000円</td></tr><tr><td>3～ 4口</td><td>10,000円</td></tr><tr><td>5～ 6口</td><td>15,000円</td></tr><tr><td>7～ 8口</td><td>20,000円</td></tr><tr><td>9～10口</td><td>25,000円</td></tr><tr><td>11～12口</td><td>30,000円</td></tr><tr><td>13～14口</td><td>35,000円</td></tr><tr><td>15～16口</td><td>40,000円</td></tr><tr><td>17～18口</td><td>45,000円</td></tr><tr><td>19～20口</td><td>50,000円</td></tr></table>	加入口数	給付金額	1～ 2口	5,000円	3～ 4口	10,000円	5～ 6口	15,000円	7～ 8口	20,000円	9～10口	25,000円	11～12口	30,000円	13～14口	35,000円	15～16口	40,000円	17～18口	45,000円	19～20口	50,000円	<table><tr><td>加入口数</td><td>給付金額</td></tr><tr><td>1～ 2口</td><td>3,000円</td></tr><tr><td>3～ 4口</td><td>6,000円</td></tr><tr><td>5～ 6口</td><td>9,000円</td></tr><tr><td>7～ 8口</td><td>12,000円</td></tr><tr><td>9～10口</td><td>15,000円</td></tr><tr><td>11～12口</td><td>18,000円</td></tr><tr><td>13～14口</td><td>21,000円</td></tr><tr><td>15～16口</td><td>24,000円</td></tr><tr><td>17～18口</td><td>27,000円</td></tr><tr><td>19～20口</td><td>30,000円</td></tr></table>	加入口数	給付金額	1～ 2口	3,000円	3～ 4口	6,000円	5～ 6口	9,000円	7～ 8口	12,000円	9～10口	15,000円	11～12口	18,000円	13～14口	21,000円	15～16口	24,000円	17～18口	27,000円	19～20口	30,000円
加入口数	給付金額																																													
1～ 2口	5,000円																																													
3～ 4口	10,000円																																													
5～ 6口	15,000円																																													
7～ 8口	20,000円																																													
9～10口	25,000円																																													
11～12口	30,000円																																													
13～14口	35,000円																																													
15～16口	40,000円																																													
17～18口	45,000円																																													
19～20口	50,000円																																													
加入口数	給付金額																																													
1～ 2口	3,000円																																													
3～ 4口	6,000円																																													
5～ 6口	9,000円																																													
7～ 8口	12,000円																																													
9～10口	15,000円																																													
11～12口	18,000円																																													
13～14口	21,000円																																													
15～16口	24,000円																																													
17～18口	27,000円																																													
19～20口	30,000円																																													
3. 給付条件	①加入日より6ヵ月以上継続加入中の方 ※増口後6ヵ月以上経過していない場合は、増口前の加入口数による給付金額となります。 ②申請の有効期間は支払事由発生日※を含め180日以内とします。 ※支払事由発生日…病気入院の場合は入院開始日、事故通院の場合は事故発生日 ③保険期間（12月1日～翌年11月末日）において各一回を限度とします。 ※事故通院見舞金については、保険期間に関係なく一回の事故につき一回を限度とします。 ④保険更新日（12月1日）にまたがる見舞金請求の場合、翌年度の給付対象とします。																																													
4. 支払わない場合	①事業主または被保険者の虚偽の請求によるとき。 ②見舞金の給付条件を満たした場合であっても、病気入院または事故通院5日目の日が属する月の月額掛金が入金されず、主契約が失効になったとき。 ③病気入院見舞金の場合、人間ドックなどの検査入院、通常出産による入院は給付の対象になりません。 ④事故通院見舞金の場合、主契約の約款に定める保険金・給付金を支払ったときは対象になりません。また、関節炎、腱鞘炎等スポーツ疲労が原因の通院は対象になりません。																																													
5. 提出書類	①見舞金請求書 ②添付書類…給付対象となる内容を証明できる次の書類のいずれか。 ・診断書、入院証明書又は医療機関発行の領収書などのコピー・写真	①見舞金請求書 ②添付書類…給付対象となる内容を証明できる次の書類のいずれか。 ・診断書、通院証明書又は医療機関発行の領収書などのコピー・写真																																												
6. 支払留保期間	見舞金の給付条件を満たした場合であっても、病気入院または事故通院5日目の日が属する月の月額掛金の入金が確認されていない場合は、入金確認後に支払います。																																													
7. 支払日	1日～10日 本所受付分・・・当月20日 支払い 10日～20日 本所受付分・・・当月末日 支払い 20日～31日 本所受付分・・・翌月10日 支払い （支払日が休日・祝祭日の場合は翌営業日とします）																																													
8. 支払方法	掛金振替口座に振り込みます。																																													

記入例

枠内にご記入
ください。

《本紙はコピーしてご利用いただけます》

名古屋商工会議所 生命共済制度
見舞金請求書

※発生日より180日以内に請求ください

記入日 2025 年 1 月 20 日

名古屋商工会議所 御中

当事業所は貴所「見舞金・祝金」に関する運営要領に従い、下記の通り見舞金を請求します。

郵便番号 〒460-8422

住 所 名古屋市中区栄2-10-19

事業所名 名古屋商工会議所 株式会社

担当者名 名 商 二 郎

電話番号 052-223-5645

メールアドレス ○○○○@○○○

WEB申請が
便利です!

QRコード

該当事項	病気入院 ・ 事故通院	発生日	2024 年 12 月 15 日
フリガナ	メイショウ ハナコ	病気入院…入院開始日	事故通院…事故発生日
被保険者名	名 商 花 子	【生年月日】	昭和 平成 元 年 9 月 15 日 生
傷病名	右足関節骨折		
事故状況 (事故通院のみ)	(具体的に記入ください) 自転車で帰宅途中に、他の自転車と接触し、転倒。		
病気入院 ・ 期間	2024 年 12 月 15 日	入院日数	日
事故通院	～ 2025 年 1 月 10 日	通院回数	5 回
振込先	振込先は掛金振替口座となります。		

WEB申請が
便利です!



【送付先】〒460-8422 名古屋市中区栄2-10-19 名古屋商工会議所 共済担当 宛
Mail : kyosai@nagoya-cci.or.jp FAX : 052-232-5753