

指宿商工会議所 御中

傷 害 通 院
病 気 入 院
手 術

報告書 兼 同意書

- * 指宿商工会議所生命共済制度「イッシー共済」は、アクサ生命保険株式会社を引受保険会社とする「入院給付金付災害割増特約・ガン重点保障型生活習慣病一時金特約付定期保険（団体型）」並びに指宿商工会議所が独自に実施する「お祝い金・見舞金制度」で構成されています。
- * つきましては、「イッシー共済」給付金請求受付の一環として、定期保険（団体型）引受保険会社であるアクサ生命保険株式会社の社員が指宿商工会議所に対する「お祝い金・見舞金制度」請求の取り次ぎをさせていただく場合がございます。

フリガナ		男	昭和	年	月	日生
加入者氏名		女	平成			
通院・入院・手術の原因となった傷病名		傷病発生年月日		年	月	日
治療期間	初診日 年月日 通院開始 年月日 入院日 年月日 手術日 年月日	～ 通院完了	年月日	(日間通院)	
		～ 退院日	年月日	(日間入院)	
けがをした箇所						
事故の発生状況 (簡単に書いてください。)						
病院名	電話() -					
保険の種類	国・社・他()	世帯主名				

以上の通り報告します。

令和 年 月 日 所在地

事業所名

代表者名

主治医 殿

指宿商工会議所が、上記報告書の記載事項に関し、加入者の傷病内容(病名・症状・治療内容等)確認のため照会することに同意します。

なお、本書のコピーも本書と同等の効力があることを承諾します。

令和 年 月 日

住 所

加入者氏名

※自署でご記入願います。

★上記内容に間違いありません。

病院名:

確認者:

(注) ◎傷害通院見舞金、病気入院見舞金は1日目から5日を限度に通院・入院をされた場合に請求できます。

◎見舞金は、保険金・給付金および各見舞金とは重複してお支払いできません。

◎見舞金を受ける回数は、その対象者一人につき、決算年度(4月～3月)を通じて、各見舞金それぞれ年1回を限度といたします。

◎整骨院は対象外となります。

◎この見舞金報告書は本人または事業所で記載してください。