

# ミント共済制度独自給付金（見舞金・祝金）請求書

確認欄	確認欄

北見商工会議所 御 中

※項目は全てご記入ください

事業所番号		事業所名	
被保険者 番 号		被保険者 氏 名	
被保険者 生年月日	昭和・平成 年 月 日 生 年齢 歳 性別 男・女		
制度加入 年 月	昭和・平成 年 月 加入 (継続期間 年)	加 入 口 数	口
給付事由	(見舞金請求の際は、傷病名等具体的に記載願います)	給付事由 発 生 日 (退院日)	平成 年 月 日

※給付項目（該当する項目に○印を付してください。）

※ ご希望の受取方法

見 舞 金	1. 病气入院見舞金・2. 事故通院見舞金	1. 掛金引落口座へ振込
祝 金	1. 成人・2. 結婚・3. 出産・4. 還暦・5. 古希・6. 80歳祝金	2. 被保険者口座へ振込
給付金額	見舞金（                      ）円 ・ 祝金 一律 10,000円	3. 窓口受取

※口座振込をご利用の場合は、以下にご記入ください。

振 込 先	金融機関名	支 店 名	口座種目	口 座 番 号
			普通・当座	
	口座名義人	(フリガナ)		
	預金者住所	(〒                      )		
		TEL (                      )		

【見舞金のご請求の際、記入押印願います】

【※給付金のご請求の際、必ず記入押印願います】

<p>上記の給付理由が発生したので、独自給付に関する規定に基づく添付書類を添えて、給付金を請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>受取人住所 _____</p> <p>受取人氏名 _____ (印)</p> <p>T E L _____</p>	<p>平成 年 月 日</p> <p>上記の通り相違ないことを証明し、請求します。</p> <p>事業所名 _____</p> <p>代表者名 _____ (印)</p> <p>住 所 _____</p> <p>T E L _____</p>
--	---

## 個人情報の取り扱いについて

受 付 印

契約者、被保険者の方々の個人情報については、下記の通りお取扱いしますので、同意の上ご請求ください。

- ①当所は、個人情報を業務上必要な範囲内で引受保険会社に提供いたします。
- ②引受保険会社は当所から提供を受けた個人情報を各種保険契約の引き受け等、保険に関連・付随する業務のために使用します。
- ③ご加入後、個人情報に変更が生じた際にも当所及び保険会社において、上記に準じて個人情報をお取扱いします。