

保険金請求書兼証明書＜一括用＞

(疾病による死亡契約用)

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会 御中

下記の事由があったことを証明し、請求いたします。本契約に関する個人情報、保険契約の締結・維持管理、保険金の支払などの判断に関する業務の目的のために利用されることに同意します。

請求日

20 年 月 日

制度	全福ネット	保険契約者	団体名 代表者名	高島市勤労者互助会 理事長 小畑 雅巳	印
----	-------	-------	-------------	------------------------	---

会員	フリガナ 氏 名	生年月日	大・昭・平・西暦 年 月 日 生
住所	〒 ー フリガナ Tel () ー		
会員番号	ー	勤労者互助会入会日	年 月 日

該当する項目に○をつけてください。

【疾病死亡・重度障害・後遺障害】

【住宅災害】

事故日(※)	事由確定日・症状固定日	保険始期時点の満年齢	損害を受けた建物住所
20 年 月 日	20 年 月 日	満 歳	フリガナ
請求事由	110 疾病による死亡 (65歳未満の方)	円	事故種類
	111 疾病による死亡 (65歳以上の方)	円	
	210 疾病による重度障害 (65歳未満の方)	円	
	211 疾病による重度障害 (65歳以上の方)	円	
	120 不慮の事故による死亡	円	
	130 交通事故による死亡	円	
	不慮の事故による重度・後遺障害(級:コード)	円	
	交通事故による重度・後遺障害 (級:コード)	円	
※不慮の事故、交通事故の場合に必ずご記入ください。		保険金合計	円
		保 險 金	円

【傷病休業】

傷 病 名	休 業 期 間	左記休業期間におけるご請求(受取)済み期間
	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	1. なし 2. 一部請求(受取)済 20 年 月 日 分まで
請求事由	病 院 名	保 險 金
	病院電話番号	
	病院所在地	
	281 30日以上 283 90日以上	
		円

【慶弔見舞金】

家族死亡	結 婚 祝	410	子の出生	420	長 寿	勤 続 祝
400 配偶者	401 子(死産 カ月)	配偶者氏名	(フリガナ) 子の氏名	男・女	431 還暦	482 20年 483 25年 484 30年
402 親 (実・継・養・義)	配偶者生年月日 年 月 日	届出役所名	病院名	20 年 月 日 生		起業・就職 年 月 日 事由確定日 年 月 日
死亡者氏名 (歳)	20 年 月 日 届出	子の小学校入学		退 会		保険金合計
性 別 男 ・ 女	421 小学校	(フリガナ) 子の氏名	男・女	460 5年以上	円	
死亡日 20 年 月 日	小学校	20 年 月 日 生 20 年 月 日 入学		20 年 月 日 退会		

事業主証明	上記の請求について相違ないことを証明します。	事業所名 事業所代表者名	印
-------	------------------------	-----------------	---

会員本人死亡の場合は、下欄もご記入ください。

保険金受取人	フリガナ	会員との続柄	
	氏 名	1. 本人 3. その他 ()	
	住 所	2. 配偶者	
〒 ー フリガナ ☐ 会員住所と同じ			

<協会処理欄>

県番号	団体番号

CF07(2013.7.4×25×200)/TH