

<記入例>

自治体提携慶弔共済保険

保険金請求書兼証明書<一括用>

(疾病による死亡契約用)

請求日

2014年 8月 1日

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。

制度	全福ネット	保険契約者	団体名 高島市勤労者互助会 代表者名 理事長 ○○ ○○	※この部分に記入や押印をしないでください。 (互助会記入欄です。)	印
----	-------	-------	---------------------------------	--------------------------------------	---

フリガナ	タカシマ タ ロウ	生年月日	大・昭・平・西暦 29年 4月 17日生
氏名	高島 太郎 (印)		
〒	520 - 1217	フリガナ	タカシマシアドガワチョウタナカ
住所	高島市安曇川町田中 89		
		TEL (0740)	32 - 8188
会員番号	999999 - 999	勤労者互助会入会日	2009年 4月 1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】※別途添付書類が必要となります

【住宅災害】※別途添付書類が必要となります

事故日 (※)	事由確定日・症状固定日	保険始期時点の満年齢
20 年 月 日	20 年 月 日	満 歳
110 疾病による死亡 (65歳未満の方)		円
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。

【傷病休業】

傷病名	休業期間	保険金合計
急性肺炎	2014年 4月 1日 ~ 2014年 7月 10日	円

損害を受けた建物住所	フリガナ タカシマシアドガワチョウタナカ 高島市安曇川町田中 89
事故日	2014年 7月 20日
事故種類	① 火災等による住宅災害 全焼・全壊 (50%以上:コード 300) 半焼・半壊 (30%以上:コード 301) 半焼・半壊 (20%以上:コード 302) 一部焼・壊 (20%未満:コード 303) ② 自然災害による住宅災害 全壊・流失 (70%以上:コード 310) 半壊 (20%以上:コード 311) 一部壊 (20%未満:コード 312) ③ 床上浸水による住宅災害 一律 20% (コード 313)
保険金	円

傷病名	急性肺炎	休業期間	2014年 4月 1日 ~ 2014年 7月 10日	左記休業期間におけるご請求(受取)済み期間	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 高島市民病院 病院所在地 高島市勝野 1667 281 30日以上 283 90日以上	病院電話番号 0740 - 36 - 0220 2014年 7月 15日 届出 2014年 7月 18日 生	子の出生 420 (フリガナ) タカシマアイコ 子の氏名 高島愛子 男・女 病院名 高島市民病院 2014年 7月 18日 生	長寿 431 還暦 2014年 7月 31日 退会	勤続祝 482 20年 ☆事由確定日は就職年月日の前日となります。 483 25年 484 30年 起業・就職 1984年 5月 1日 事由確定日 2014年 4月 30日
保険金				00,000 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 月) 402 親 (妻・継・養・義) 死亡者氏名 高島 一郎 (90歳) 性別 男・女 死亡日 2014年 7月 28日	配偶者氏名 高島花子 配偶者生年月日 1974年 10月 10日 届出役所名 高島市役所 2014年 7月 15日 届出	(フリガナ) タカシマアイコ 子の氏名 高島愛子 男・女 病院名 高島市民病院 2014年 7月 18日 生	子の小学校入学 421 小学校 (フリガナ) タカシマシロウ 子の氏名 高島次郎 男・女 2007年 11月 4日生 ☆入学式の日です。→ 2014年 4月 8日 入学	431 還暦 2014年 7月 31日 退会	482 20年 ☆事由確定日は就職年月日の前日となります。 483 25年 484 30年 起業・就職 1984年 5月 1日 事由確定日 2014年 4月 30日	退会 460 5年以上 2014年 7月 31日 退会
保険金合計				00,000 円		

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 安曇川商事 事業所代表者名 今津 和夫	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 氏名 (印) 住所 〒 - フリガナ ☐ 会員住所と同じ	会員との続柄 1. 本人 3. その他 () 2. 配偶者
--------	---	--------------------------------------

<協会処理欄>

県番号	団体番号
-----	------

CF07(2013.7 4×25×200)TH