

お取扱の制度に○をつけてください。

やすらぎ	
全福ネット	

自治体提携慶弔共済保険 **本人死亡・後遺障害 保険金請求書**
(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
(全労済協会)

以下の内容にて、保険金を請求いたします。

本契約に関する個人情報、保険契約の締結・維持管理、保険金の支払い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
-----	----------

保険契約者	団体名 (公財)鹿沼市勤労者福祉共済会
	代表者名 理事長 松 山 裕 (印)

会員	フリガナ	生年月日	大・昭・平・西暦
	氏名		年 月 日生
住所	〒 - フリガナ	TEL () -	
	事業所番号	会員番号	サービスセンター等加入日
		年 月 日	

保険金受取人	フリガナ	会員との続柄	
	氏名 (印)	1. 本人 3. その他 () 2. 配偶者	
住所	〒 - フリガナ		

死亡日・症状固定日	請求事由 (該当する項目すべてに○をつけてください。)		金額
年 月 日	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
事故日	150. 増加疾病死亡 (65歳以上71歳未満の方)		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
年 月 日	270. 増加疾病重度障害 (65歳以上71歳未満の方)		円
	120. 不慮の事故による死亡		円
保険始期時点の満年齢	130. 交通事故による死亡		円
	満 歳	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
保険金合計			円

	添付書類	確認欄
1	死亡診断書または死体検案書 (写し可)	
2	後遺障害診断書 (写し可)	
3	不慮の事故である証明書 (写し可)	
4	交通事故である証明書 (写し可)	
5	保険金受取人が会員本人以外の場合は、会員との関係を証明できるもの ※保険金が10万円以下の場合は省略可	
6	その他 ()	

<全労済協会処理欄>

県番号		団体番号							
-----	--	------	--	--	--	--	--	--	--