

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 傷病休業保険金請求書

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

保険金受取人	フリガナ 氏名	事業所 番号	フリガナ 住所	会員 番号
	〒	-	フリガナ	
TEL () -				

該当する項目すべてに○をつけてください。

傷病名			
休業期間		左記休業期間におけるご請求(受取)済期間	
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	
請求書類	280. 14日以上30日未満	円	保険金合計
	281. 30日以上90日未満	円	
	283. 90日以上	円	円
		円	

	添付書類	確認欄
1	医師の診断書または健康保険等の傷病手当金の請求書等、傷病による休業期間が確認できる書類(写し可)	
2	その他 ()	

<全労済協会処理欄>

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