

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	団体名 湖北地域勤労者互助会	印
			代表者名 理事長 桐山 輝雄	

会員	フリガナ	生 年 月	大・昭・平・西暦	年	月	日	生
	氏名						

住所	〒	フリガナ	TEL () -

会員番号	—	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

事故日	20 年 月 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	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	病院名	保険金
	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 月)	配偶者氏名	(フリガナ) 子の氏名	男・女	431 還暦	481 15年	482 20年
402 親(実・継・養・義)	配偶者生年月日	年 月 日	病院名	20 年 月 日生		483 25年	484 30年
死亡者氏名 (歳)	届出役所名	20 年 月 日 届出	子の小学校入学			485 35年	486 40年
性別 男・女	子の小学校入学		退会		保険金合計		
死亡日 20 年 月 日	421 小学校	(フリガナ) 子の氏名	男・女	460 5年以上	円		
	小学校	20 年 月 日 生	20 年 月 日 入学	20 年 月 日 退			

事業主証	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	印
		事業所代表者名	

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	フリガナ	会員との続柄	
	氏名	Ⓜ	1. 本人 3. その他 () 2. 配偶者
住所	〒	フリガナ	
	<input type="checkbox"/>	会員住所と同じ	

<協会処理欄>

県番号	団体番号