

●赤枠と該当項目をご記入ください。

自治体提携慶弔共済保険 保険金請求書 兼 証明書

＜保険金請求に伴う個人情報(要配慮個人情報を含む)の取扱いについて＞

全労済協会は、保険金請求書や添付いただいた書類に記載されている個人情報(要配慮個人情報を含む)など、取得した個人情報は法律で定められた場合を除き、保険契約の締結・維持管理、保険金のお支払いなどを含む保険契約の判断に関する業務や、全労済協会の事業、各種保険商品、各種サービスのご案内などの目的のために利用させていただきます。

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会(全労済協会) 御中

全労済協会の自治体提携慶弔共済保険普通保険約款・特約に基づき、保険金の支払事由に該当することを確認し、以下の内容にて保険金を請求します。

本契約に関する個人情報(要配慮個人情報を含む)が、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 (サービスセンター・共済会・互助会等)	事業所名
団体名 湖北地域勤労者互助会 代表者名 会長 浅見 宣義	

(被保険者) 会員	フリガナ	生年月日	西暦
	氏名		年 月 日
事業所番号	会員番号	サービスセンター等 加入日	西暦
			年 月 日

↑ 勤労者互助会加入日をご記入ください

事由確定(発生)日
20 年 月 日

← 結婚は入籍日、出生は誕生日、就学は4月1日、死亡は死亡日、退会は退会日をご記入ください

該当項目の□に✓を入れて、必要事項をご記入ください。

死亡弔慰金	結婚祝金	出生祝金	就学祝金
<input type="checkbox"/> 400 配偶者 <input type="checkbox"/> 401 子 <input type="checkbox"/> 402 親	<input type="checkbox"/> 410 結婚祝金	<input type="checkbox"/> 420 出生祝金	<input type="checkbox"/> 421 小学校
	配偶者氏名	子の氏名	子の氏名
死亡者氏名	婚姻日	子の生年月日	子の生年月日
	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
続柄	届出役所	病院または届出役所	学校名

--

	退会餞別金	
	<input type="checkbox"/> 460 5~9年	← 上限記載がありますが、5年以上加入の方は一律です

保険金
円