

保険金請求書 兼 証明書<一括用>

<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、必要書類を添え、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 ※記入・押印省略可
団体名 一般財団法人鹿屋市勤労者サービスセンター	(印)	(印)
代表者名 理事長 原口 学		

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

該当する項目すべてに○をつけてください。

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害】

死亡日・症状固定日	不慮の事故・交通事故の事故日	保険始期時点の満年齢※	※保険始期時点の満年齢とは、保険期間の初日(新規契約の初日または更新契約の初日)時点の満年齢であり、死亡日時点の満年齢ではありません。 (例)保険期間2019年4月1日～2020年3月31日、死亡日2019年10月10日、誕生日1954年(S29年)7月1日の場合、「保険始期時点の満年齢」は満64歳です。	
年 月 日	年 月 日	満 歳	円	円
100・110 会員死亡(65歳未満の方)		円	120 不慮の事故による死亡	円
101・111 会員死亡(65歳以上の方)		円	130 交通事故による死亡	円
140・150 増加死亡(65歳以上71歳未満の方)		円	不慮の事故による重度・後遺障害(級)	円
200・210 重度障害(65歳未満の方)		円	交通事故による重度・後遺障害(級)	円
201・211 重度障害(65歳以上の方)		円		
260・270 増加重度障害(65歳以上71歳未満の方)		円		
			保険金	円

【住宅災害】

罹災日	20 年 月 日	物件住所 ※現住所と異なる場合記入	
1. 火災等による住宅災害(300 301 302 303)		2. 自然災害による住宅災害(310 311 312 313)	
火災 落雷 水漏れ 破裂・爆発	台風()号 地震 水災(豪雨・洪水等) 雪害	建物の延床面積	坪・㎡
その他()	床上浸水 その他()		
全労済協会 処理欄	損害額 円	損害の程度 支払割合	円
	(1坪あたりの単価) × 延床面積 × 100 =	⇒ (契約額) %	円
	木造 60万円		
	鉄筋 70万円		
	坪		
			保険金

【傷病休業】

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
請求事由	280. 14日以上30日未満	円
	281. 30日以上60日未満	円
	282. 60日以上90日未満	円
	283. 90日以上120日未満	円
	284. 120日以上	円
		保険金合計
		円

【慶弔見舞金】

家族死亡	結婚記念	成人・長寿	在会	事由確定(発生日)
400 配偶者 401 子 402 親	440 水晶婚(15周年) 441 磁器婚(20周年)	430 成人	450 5年 451 10年	20 年 月 日
403 住宅災害による同居親族	442 銀婚(25周年) 443 真珠婚(30周年)	431 還暦	452 15年 453 20年	
死亡者氏名	444 珊瑚婚(35周年) 445 紅梅婚(40周年)	432 古稀	退会	
	446 サファイア婚(45周年) 447 金婚(50周年)	年 月 日生	460 5~9年 461 10年以上	
結婚祝	410	勤続	定年退会	保 險 金
配偶者氏名・婚姻日	480 10年 481 15年 482 20年 483 25年		470 3~4年 471 5~9年	
年 月 日	484 30年 485 35年 486 40年		472 10年以上	
子の出生	420	子の入学	421 小学校 422 中学校 423 高校 424 大学	円
子の氏名・生年月日		(病院・届出役所・学校名等をご記入ください。)	年 月 日生	
年 月 日生			年 月 入会	

【保険金支払先口座】

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

支払口座は、2枚目・3枚目のみご記入ください。全労済協会への申告は不要です。