

ご記入の手引き

様式 第1号

自治体提携慶弔共済保険 給付申請書 兼 給付事由証明書

<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。

公益財団法人 岡崎幸田勤労者共済会 理事長

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
2020年 12 月 1 日

※この用紙は2枚綴りとなっております。2枚目の保険金受取人欄も押印して下さい

※全ての給付事由につき記載事項が確認できる必要書類も添付して下さい

※必要書類はガイドブックをご参照下さい

※複数の給付事由が生じた場合は、事由毎に提出して下さい

事業所名・代表者名
岡崎幸田勤労者共済会
理事長 共済 太郎

被保険者 会員	フリガナ	キョウサイ イチロウ	生年月日	大・昭・平 (西暦)	
	氏名	共済 一郎		35 年 4 月 1 日生	
現住所	フリガナ	アイチケンオカザキシ〇〇チョウ バンチ	Tel (0564) 54 - 8495		
	〒	444 - 〇〇〇〇 愛知県岡崎市〇〇町 番地			
事業所番号	0429	会員番号	0001	加入日 ^{※1}	2000年 6 月 1 日

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害】 事由が発生した際必ず共済会へご連絡ください

※1 共済会から送付した入会承認書に記載した年月日を記載下さい。

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 ^{※2}	※2 前年度以前から会員だった場合…亡くなった年度の初日時点の年齢を記入下さい(4月1日) (例) 2019.5.1入会時点64才で6月1日が誕生日、2020.7.1死亡の場合…満年齢65才 ※2 今年度に入会した会員の場合…入会承認書に記載した年月日時点の年齢 その他、ご不明な点は共済会までお問い合わせください。	
2020年 11 月 1 日	2020年 11 月 1 日	満 59 歳		
請求事由	<input checked="" type="checkbox"/> 110 会員死亡 (65歳未満)	円	<input checked="" type="checkbox"/> 120 不慮の事故による死亡	円
	<input type="checkbox"/> 111 会員死亡 (65歳以上)	円	<input type="checkbox"/> 130 交通事故による死亡	円
	<input type="checkbox"/> 210 重度障害 (65歳未満)	円	<input type="checkbox"/> 不慮の事故による重度・後遺障害 () (級)	円
	<input type="checkbox"/> 211 重度障害 (65歳以上)	円	<input type="checkbox"/> 交通事故による重度・後遺障害 () (級)	円
給付金合計			円	

【住宅災害】 事由が発生した際必ず共済会へご連絡ください

罹災日	2020年 11 月 1 日	物件住所 (現住所と異なる場合記入)			
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 火災等による住宅災害 (300 301 302 303)	<input type="checkbox"/> 2. 自然災害による住宅災害 (310 311 312 313)	建物の延床面積	40 坪	店舗併用住宅部分	坪
火災 落雷 水漏れ 破裂・爆発 その他 ()	台風()号 地震 水災(豪雨・洪水等) 雪害 床上浸水 その他 ()	損害額 (1坪あたりの単価) × 延床面積 × 100 =	損害の程度	支払割合 (契約額)	円
全労済協理会 処理欄	木造 60万円 鉄筋 70万円	坪	%	%	給付金 円

【傷病休業】 給付金合計欄まですべての項目を記載下さい

傷病名	椎間板ヘルニア	休業期間	2020年 2 月 1 日 ~ 2020年 6 月 1 日	左記休業期間におけるご請求(受取)済み期間	1. なし 2. 一部請求(受取)済 年 月 日 分まで
請求事由	<input checked="" type="checkbox"/> 280 14日以上30日未満	5,000 円	給付金合計 25,000 円		
	<input checked="" type="checkbox"/> 281 30日以上60日未満	5,000 円			
	<input checked="" type="checkbox"/> 282 60日以上90日未満	5,000 円			
	<input checked="" type="checkbox"/> 283 90日以上120日未満	5,000 円			
	<input checked="" type="checkbox"/> 284 120日以上	5,000 円			

【慶弔見舞金】 共済会ガイドブックをご参照のうえ、事由確定(発生)日・給付金欄まで記載下さい 子の入学、結婚祝、還暦(60歳)を申請時は事由確定(発生)を必ず記載下さい

家族死亡	<input checked="" type="checkbox"/> 420 子の出生	<input checked="" type="checkbox"/> 410 結婚祝	<input type="checkbox"/> 442 銀婚祝	<input checked="" type="checkbox"/> 431 還暦(60歳)	
<input type="checkbox"/> 400 配偶者 <input type="checkbox"/> 401 子 <input checked="" type="checkbox"/> 402 親	子の入学 <input type="checkbox"/> 421 小学校 <input type="checkbox"/> 422 中学校	配偶者氏名 共済 花子		1960年 4 月 1 日生	
<input type="checkbox"/> 403 住宅災害による同居親族	子の氏名 共済 三郎	結婚は右の事由確定(発生)日に 結婚(25周年)を迎えた日を記載		事由確定(発生)日	
死亡者氏名	共済 次郎	生年月日	2020年 4 月 1 日生	婚姻日	2020年 1 月 1 日
死亡年月日	2020年 4 月 1 日	(病院・届出役所・学校名等をご記入ください)	共済病院	届出役所名	岡崎市役所
				給付金	円
				ガイドブックを参照のうえ 該当金額を記載	

給付金受取人	フリガナ	キョウサイ イチロウ	住 所	フリガナ	アイチケンオカザキシマイチョウアザゴホンマツ68バンチ12	会員との続柄
	氏名	共済 一郎		〒	444 - 0802	
		会員死亡の場合、約款で定められている最高順位の方の氏名と印鑑 会員死亡以外の場合、会員の氏名と印鑑		愛知県岡崎市〇〇町 番地		