

給付金請求書兼証明書

コピーしてお使いください

一般財団法人知多地区勤労者福祉サービスセンター理事長 宛 請求日 20 年 月 日

下記事由のあったことを証明し、一般財団法人知多地区勤労者福祉サービスセンター給付規定に基づき給付金を請求します。

事業所名				事業所代表者名			
Ⓜ				Ⓜ			
会 員 番 号	会 員	性 別	男 女	生 年 月 日	大・昭・平・西暦 年 月 日 生		
住 所					電 話 番 号		

※会員死亡の場合は、会員欄のみ受取人の名前をご記入ください。

区 分	項 目	該当欄に○	給付金額 (円)	内 容	添 付 書 類	
傷 病	本人			医療機関名： 傷病名： 休業期間： 20 年 月 日から 20 年 月 日まで	※通院日数・入院日数ではなく 休業(連続)した日数が対象となります。 ・原則診断書など添付書類は 必要ありません。 (全労済協会の求めにより、提出して いただくことがあります)	
		休業 14日～59日	15,000			
		休業 60日～89日	20,000			
		休業 90日～119日	30,000			
	休業 120日以上		40,000			
障 がい	本人 71歳未満		1,250,000 以内	障がいの症状 症状固定日 20 年 月 日	・所定の後遺障がい診断書 (全労済協会書式) (原本) ・障がい等級の分かる書類 (写し可) ・交通事故証明書 (写し可) ・不慮の事故証明書 (写し可)	
		不慮の事故	750,000 以内			
		疾病(重度障がい)	500,000			
	本人 71歳以上		1,250,000 以内			
	不慮の事故	750,000 以内				
	疾病(重度障がい)	250,000				
死 亡	本人 71歳未満		1,250,000	死亡者氏名： 請求者の続柄： 死亡年月日： 20 年 月 日	・死亡診断書 (写し可) ・死亡された方の戸籍謄本 ・死亡された方と受取人の関係がわかる 戸籍謄本または全部事項証明書 (写し可) ・交通事故証明書 (写し可) ・不慮の事故証明書 (写し可)	
		不慮の事故	750,000			
		疾病	500,000			
	本人 71歳以上		1,250,000			
	不慮の事故	750,000				
	疾病	250,000				
配 偶 者	配 偶 者		100,000	死亡者氏名： 続柄： 死亡年月日 20 年 月 日	・死亡の確認できる証明書 (写し可) (医師の死亡診断書または死体検案書等)	
	子		50,000			
	親 (配偶者の親も対象)		10,000			
住 宅 災 害	火災等		500,000	災害の種別 火災・地震・風水害・ その他 災害発生日 20 年 月 日	災害が発生したら至急連絡ください。 (会員の居住する家屋等が対象となります) ・修理業者による見積書 (写し可)、現場の写真 ・関係官署の罹災証明 (写し可)	
		全焼・全壊	450,000 以内			
		半焼・半壊	150,000 以内			
		一部焼・壊	150,000			
自 然 災 害	自然災害		75,000	死亡者氏名： 続柄： 死亡年月日 20 年 月 日	・医師の死亡診断書または死体検案書等	
		全壊・流失	150,000			
		半壊	75,000			
		一部壊	15,000 以内			
	床上浸水	75,000 以内				
	同居親族の死亡		20,000			

指定振込先口座名

預 金 口 座	銀行 信用金庫 労働金庫 農協	本店 支店 出張所	種 目	預 金 口 座 番 号							
	フリガナ		1. 普通 2. 当座								

※漁業協同組合は、取扱いできません。

この請求書に必要書類及び「保険金請求書兼証明書〈一括用〉」(P89)を添付のうえご請求ください。
 ※慶弔共済保険のうち弔慰金だけを対象としており、祝金は対象としておりません。
 ※振込先の相違により、再振込手数料が必要になる場合、振込金から差引かれます。通帳等をよく
 確認のうえご記入ください。(通帳を繰越した本支店ではなく、口座を作成した本支店をご記入ください)

原本郵送

自治体提携慶弔共済保険 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 (該当制度を○で囲んでください) やすらぎ 全福ネット 保険契約者 団体名 一般財団法人知多地区勤労者福祉サービスセンター 代表者名

会 員 フリガナ 氏名 生年月日 大・昭・平・西暦 年 月 日生 住 所 〒 フリガナ Tel () - 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。

【疾病死亡・重度障害・後遺障害】

Table with 3 columns: 事故日(※), 事由確定日・症状固定日, 保険始期時点の満年齢. Rows include 1. 疾病による死亡 (65歳未満の方), 2. 疾病による死亡 (65歳以上の方), 3. 増加疾病死亡 (65歳以上71歳未満の方), 4. 疾病による重度障害 (65歳未満の方), 5. 疾病による重度障害 (65歳以上の方), 6. 増加疾病重度障害 (65歳以上71歳未満の方), 7. 不慮の事故による死亡, 8. 交通事故による死亡, 9. 不慮の事故による重度・後遺障害, 10. 交通事故による重度・後遺障害. Total insurance amount (保険金合計) in Yen.

※不慮の事故、交通事故の場合に必ずご記入ください。

【住宅災害】

損害を受けた建物住所 フリガナ 事故日 20 年 月 日 事故種類 1. 火災等による住宅災害 (この欄は記入しません) 2. 自然災害による住宅災害 (この欄は記入しません) 3. 床上浸水による住宅災害 (この欄は記入しません) 保険金 Yen

【傷病休業】

Table with 3 columns: 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. Rows include 1. 14日以上30日未満, 2. 30日以上60日未満, 3. 60日以上90日未満, 4. 90日以上120日未満, 5. 120日以上. Total insurance amount (保険金合計) in Yen.

【慶弔見舞金】

Table for bereavement allowances with columns: 家族死亡 (wedding, funeral, etc.), 結婚祝 (wedding), 子の出生 (childbirth), 事由確定(発生日), 在会 (membership duration), 住宅災害事故発生日(※), 保険金. Includes checkboxes for various events and membership periods.

※住宅災害による同居の親族の死亡の場合は、住宅災害事故の発生日をご記入ください。

保険金受取人 フリガナ 氏名 (印) 1. 本人 3. その他 () 2. 配偶者 住 所 〒 フリガナ

【保険金支払先口座】

支払口座は、3枚目・4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。

<協会処理欄>

Table with 2 columns: 県番号, 団体番号

慶 弔

①全労済協会提出用