

# 記入例 8

自治体提携慶弔共済保険

保険金請求書兼証明書<一括用>

捨印

《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  
令和 2 年 8 月 1 日

保険契約者	団体名 (一財)倉敷市勤労者福祉サービスセンター	事業所番号	会員番号
	代表者名 理事長 原 孝吏	2356	0002

会員氏名	現住所	生年月日	満年齢
フリガナ コジマ ジロウ 児島 二郎 (印)	〒 申請者の住所を記入	大・昭・平 20 年 6 月 1 日	満 75 歳

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】

事故日(※1)	事由確定日・症状固定日	保険金合計	フリガナ コジマ タカコ 氏名 児島 たか子 (印)	会員との続柄
平・令 年 月 日 ※1 不慮の事故、交通事故の場合に必ずご記入ください。	平・令 2 年 7 月 25 日	50,000 円	住所 倉敷市稲荷町5番38号	1. 本人 2. 配偶者 3. その他( )

請求事由	110. 疾病による死亡 (65歳未満の方)	100,000 円
	<input type="radio"/> 111. 疾病による死亡 (65歳以上の方)	50,000 円
	210. 疾病による重度障害 (65歳未満の方)	100,000 円
	211. 疾病による重度障害 (65歳以上の方)	50,000 円
	120. 不慮の事故による死亡	150,000 円
	130. 交通事故による死亡	250,000 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	

【住宅災害】	損害を受けた建物住所	※現住所と異なる場合のみご記入ください
--------	------------	---------------------

事故日	平・令 年 月 日
-----	-----------

事故種類	1. 火災等による住宅災害(300 301 302 303) 火災 落雷 水漏れ 破裂・爆発 その他( )
	2. 自然災害による住宅災害(310 311 312 313) 台風( 号) 地震 雪害 水災(豪雨・洪水等) 床上浸水 その他( )

建物の延床面積(店舗併用住宅の居住部分)	坪・㎡
----------------------	-----

保険金合計	円
-------	---

【傷病休業】

傷病名	
請求事由	休業期間
280. 14日以上30日未満	10,000円
281. 30日以上60日未満	さらに5,000円
282. 60日以上90日未満	さらに5,000円
283. 90日以上120日未満	さらに5,000円
284. 120日以上	さらに10,000円
保険金合計	円

【慶弔見舞金】

出生祝金	420	結婚祝金	410	家族死亡弔慰金
子の氏名	出生日 平・令 年 月 日	配偶者氏名	生年月日 昭・平 年 月 日	400. 配偶者 402. 親(会員の親・配偶者の親) 401. 子(死産 ヲ月) 403. 住宅災害による同居親族
病院名	婚姻届出市町村名	婚姻届出年月日 平・令 年 月 日	死亡者氏名	
就学祝金	結婚記念祝金			
421. 小学校	422. 中学校	442. 銀婚(25周年) 444. 珊瑚婚(35周年) 447. 金婚(50周年)		
子の氏名	生年月日 平・令 年 月 日	配偶者氏名	婚姻届出年月日 昭・平 年 月 日	死亡年月日
小・中学校名	入学年月日 平・令 年 月 日	婚姻届出市町村名	事由確定日 平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
20歳祝金・還暦祝金	勤続祝金			保険金合計
430. 20歳	431. 還暦	480. 勤続10年 482. 勤続20年 484. 勤続30年		円
満20歳になった日 平・令 年 月 日	満60歳になった日 平・令 年 月 日	入社年月日 昭・平 年 月 日	事由発生日(応当日の前日) 平・令 年 月 日	

備考

上記のとおり保険事由があったことを証明します。

令和 2 年 8 月 1 日

事業所名 株式会社 岡山産業  
代表者名 代表取締役 岡山 太郎  
電話番号 (XXX) XXX - XXXX

事務局長	担当	入力	受付印

CH04加工(2023.07)