

自治体提携慶弔共済保険 本人死亡・後遺障害 保険金請求書

<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、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 | 佐久市勤労者互助会 | <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div> |
| 代表者名 | 会長 柳田 清二 | |

| | | | | |
|--------------------|------------------|----------------------------------------------------------|------------------|----------|
| (被 会 員 者) | フリガナ | 氏名 | 生 年 月 日 | 大・昭・平・西暦 |
| | | 〒 - フリガナ | | 年 月 日生 |
| 現住所 | 〒 - 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 | |

※後遺障害保険金(重度障害を含む)は、会員本人が保険金受取人です。

※受取人の個人印は必須です。

| | | | | | |
|----------------------------|--------|----------|------------------|----------------------------|-------|
| 保 險 金 受 取 人 | フリガナ | 氏名 | 受 取 人 印 | 会 員 と の 続 柄 | |
| | | 〒 - フリガナ | | 印 | 1. 本人 |
| | 住 所 | 〒 - フリガナ | | | |
| | | 2. 配偶者 | | | |

| 死亡日・症状固定日 | 請求事由 (該当する項目すべてに○をつけてください。) | |
|------------------------------------------------|--------------------------------|---|
| 年 月 日 | 100・110. 死亡 (65歳未満の方) | 円 |
| | 101・111. 死亡 (65歳以上の方) | 円 |
| | 140・150. 増加死亡 (65歳以上71歳未満の方) | 円 |
| 不慮の事故・交通事故の 事故発生日 | 200・210. 重度障害 (65歳未満の方) | 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 |
| 年 月 日 | 120. 不慮の事故による死亡 | 円 |
| | 130. 交通事故による死亡 | 円 |
| 保 險 始 期 時 点 の 満 年 齢 | ()不慮の事故による重度・後遺障害 (級 %) | 円 |
| | ()交 通 事 故 による重度・後遺障害 (級 %) | 円 |
| 満 歳 | | |

※「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 2021年4月1日～2022年3月31日、死亡日 2021年10月10日、誕生日 1956年(S31年)7月1日の場合、「保険始期時点の満年齢」は満64歳です。

| | |
|--------------|-----|
| 保険金合計 | 0 円 |
|--------------|-----|

| 添付書類 | | 確認欄 |
|------|-------------------------------------------------|-----|
| 1 | 死亡診断書または死体検案書<コピー可> | |
| 2 | 後遺障害診断書<コピー可> | |
| 3 | 不慮の事故である証明書<コピー可> | |
| 4 | 交通事故である証明書<コピー可> | |
| 5 | 保険金受取人が会員本人以外の場合は、会員との関係を証明できる書類 (戸籍謄本等) <コピー可> | |
| 6 | その他 () | |