

# 記入方法

## 提携慶弔共済保険 保険金請求書 兼 証明書<一括用>

（配慮個人情報を含む）の取扱いについて

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）  
団体名 駒ヶ根市勤労者互助会  
代表者名 会長 中島 和彦  
※記入・押印省略可  
会員名、フリガナ、生年月日、住所、電話番号を記入してください。

被保険者  
フリガナ  
氏名  
生年月日  
大・昭・平・西暦  
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

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害】 請求する項目すべてに○をつけてください。

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※	※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。	
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  
その他( ) 床上浸水 その他( )

建物 延床面積 坪・㎡ 構造区分 木造 鉄筋  
店舗併用は、居住部の面積のみを申告して下さい。

全労済協会 処理欄 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 保険金 円

木造 60万円 × 坪 % %

鉄筋 70万円 坪

【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 ~ 20 年 月 日	年 月 日分まで
請求事由	280. 4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 (事由確定は当日前日)	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 (満20歳)	450 5年 451 10年	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 (満60歳)		
死亡者氏名(続柄: )	444 珊瑚婚 (35周年) 445 翡翠婚 (40周年)	432 古稀 (満69歳)		
	446 サファイア婚 (45周年)			
結婚祝	410 勤続 (事由確定は当日)			
配偶者氏名・婚姻日 年 月 日	480 10年 481 484 30年 485			
子の出生	420 子の入学 421 小学校 (病院・届出役所・学校名)			
子の氏名・生年月日 年 月 日生			472 10年以上	円

保険金受取人の氏名、フリガナ、続柄、住所を記入して捺印してください。  
 << 保険金受取人 >>  
 ■ 傷病休業 ■ 重度障害・後遺障害 の場合は会員本人  
 ■ 本人死亡 の場合は優先順位により最上位となる保険金受取人

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