

保険金請求書 兼 証明書<一括用>

<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) 団体名 公益財団法人船橋市中小企業勤労者福祉サービスセンター		事業所名	
代表者名 理事長 松戸 徹		(印)	
(被保険者) フリガナ 氏名	生年月日		大・昭・平・西暦 年 月 日生
	〒 - フリガナ		年 月 日生
現住所	〒 () -		
事業所番号	会員番号	サービスセンター等加入日	年 月 日

次のとおり給付金を請求します。※該当する給付項目すべてにチェックし、各内容ごとに○または記入してください。

給付項目	内 容		
<input type="checkbox"/> [1] 死亡保険金 (会員本人)	(110)65歳未満 (111)65歳以上 (120)不慮の事故による死亡 (130)交通事故による死亡 (150)増加疾病死亡(65歳以上71歳未満)	事由確定日 年 月 日	保険始期満年齢 満 歳 保険金 円
<input type="checkbox"/> [2] 重度障害 後遺障害 保険金	(210)疾病重度障害(65歳未満)・(211)疾病重度障害(65歳以上)・(270)増加疾病重度障害(65歳以上71歳未満)・ 不慮の事故による重度・後遺障害・交通事故による重度・後遺障害 不慮の事故・交通事故日	症状固定日 年 月 日	保険始期満年齢 満 歳 保険金 円
<input type="checkbox"/> [3] 住宅災害保険金	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) 物件住所(現住所と異なる場合記入) 〒 -	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() 罹災日 年 月 日	建物の延床面積 坪・㎡ 店舗併用住宅の居住部分 坪・㎡ 保険金 円
<input type="checkbox"/> [4] 傷病休業保険金	(280) 14日以上30日未満 (281) 30日以上60日未満 (282) 60日以上90日未満 (283) 90日以上120日未満 (284) 120日以上	休業期間 年 月 日 ~ 年 月 日 請求済み期間 年 月 日 ~ 年 月 日	傷病名 保険金 円
<input type="checkbox"/> [5] 死亡弔慰金 (家族)	(400) 配偶者 (401) 子 (402) 親 (403) 住宅災害による同居親族の死亡	死亡者氏名 フリガナ 死亡年月日 年 月 日	保険金 円
<input type="checkbox"/> [6] 勤続祝金	(480) 10年・(481) 15年・(482) 20年・(483) 25年・(484) 30年	事由確定日 年 月 日	保険金 円
<input type="checkbox"/> [7] 結婚祝金 (410)	配偶者氏名 フリガナ	届出役所 事由確定日 年 月 日	保険金 円
<input type="checkbox"/> [8] 出生祝金 (420)	子の氏名 フリガナ	病院名 事由確定日 年 月 日	保険金 円
<input type="checkbox"/> [9] 入学祝金	(421) 小学校・(422) 中学校	子の氏名 事由確定日 年 月 日	学校名 保険金 円
<input type="checkbox"/> [10] 成人・還暦祝金	(430) 成人・(431) 還暦	事由確定日 年 月 日	保険金 円

※[5]~[10]の請求については、保険金受取人欄記入不要

保険金受取人住所	フリガナ 氏名	会員との続柄 1. 本人 2. 配偶者 3. その他()
	〒 -	(印)

必要添付書類 (申請前に必ずご確認ください)

※該当する項目に✓してください。

給付項目	必要添付書類
<input type="checkbox"/> 【1】 死亡保険金 (会員本人)	<input type="checkbox"/> 死亡診断書又は死体検案書いずれか1通(写し) <input type="checkbox"/> 事故の場合の必須書類 ①事故の証明書類(労災申請書、交通事故証明、救急搬送証明など事故内容がわかる書類) ②受取人の関係性を確認できる書類(戸籍謄本または全部事項証明書) ※受取人確定のために会員、父母等の出生から一連の謄本が必要になる場合があります。 ③委任状(同順位の受取人が複数の場合) ※保険始期とは、保険期間の初日(新規契約または更新契約の初日)を指します。
<input type="checkbox"/> 【2】 重度障害 後遺障害 保険金	<input type="checkbox"/> 後遺障害診断書(コピー可) <input type="checkbox"/> 等級認定通知(生命保険、自賠責保険など他の保険等に請求をしている場合) <input type="checkbox"/> 事故の場合の必須書類 ①②に加えて ①事故の証明書類(労災申請書、交通事故証明、救急搬送証明など事故内容がわかる書類) ※保険始期とは、保険期間の初日(新規契約または更新契約の初日)を指します。
<input type="checkbox"/> 【3】 住宅災害 保険金	<input type="checkbox"/> 関係官庁(消防署、市町村防災課)の発行する罹災証明書(写し) <input type="checkbox"/> 修繕見積書(写し)または修繕費請求書、修繕費領収書の写し ※損害額の確認できる書類 <input type="checkbox"/> 被害場所の写真 ※別途、添付書類をお願いする場合があります。
<input type="checkbox"/> 【4】 傷病休業 保険金	<input type="checkbox"/> ①医師の診断書(写し) <input type="checkbox"/> ②休業証明書(センター指定)又は出勤簿の写し(医師の診断書に休業期間が記載の場合は省略可) ※休業期間を確認できる書類
<input type="checkbox"/> 【5】 死亡弔慰金 (家族)	<input type="checkbox"/> 死亡届又は死亡診断書いずれか1通(写し) ※死亡日が確認できる書類
<input type="checkbox"/> 【6】 勤続祝金	<input type="checkbox"/> 事業主の証明書(事業所発行の様式又はセンター指定の様式)
<input type="checkbox"/> 【7】 結婚祝金	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本又は婚姻届受理証明書(写し) ※内縁関係は含みません
<input type="checkbox"/> 【8】 出生祝金	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本、お子様の健康保険証、母子手帳、出生証明書いずれか1通(写し) ※お子様の生年月日と会員本人との関係が確認できる書類
<input type="checkbox"/> 【9】 入学祝金	<input type="checkbox"/> 就学通知書、健康保険証いずれか1通(写し) ※お子様の生年月日と会員本人との関係が確認できる書類
<input type="checkbox"/> 【10】 成人・ 還暦祝金	<input type="checkbox"/> 運転免許証、健康保険証いずれか1通(写し) ※生年月日が確認できる書類