

お取扱の制度に○をつけてください。

やすらぎ	
全福ネット	○

自治体提携慶弔共済保険 **本人死亡・後遺障害 給付金請求書**  
(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  
(全労済協会)

以下の内容にて、給付金を請求いたします。

請求日	20	年	月	日
-----	----	---	---	---

本契約に関する個人情報、保険契約の締結・維持管理、給付金の支払い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。

契約者	団体名	公益財団法人 鹿児島市中小企業勤労者福祉サービスセンター		
	代表者名	理事長 井手之上 清治		

会員	フリガナ	生年月日	大・昭・平・西暦	
	氏名		年	月
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

受取人	フリガナ	会員との続柄		
	氏名	①	1. 本人 3. その他 ( )	
住所	〒	フリガナ		
		②	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。)		円
年 月 日	110. 疾病による死亡 (65歳未満の方)		円
	111. 疾病による死亡 (65歳以上の方)		円
	150. 増加疾病死亡 (65歳以上71歳未満の方)		円
事故日 (不慮の事故、交通事故の)	210. 疾病による重度障害 (65歳未満の方)		円
	211. 疾病による重度障害 (65歳以上の方)		円
	270. 増加疾病重度障害 (65歳以上71歳未満の方)		円
保険始期時点の満年齢	120. 不慮の事故による死亡		円
	130. 交通事故による死亡		円
満 歳	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
給付金合計			円

	添付書類	確認欄
1	死亡診断書または死体検案書 (写し可)	
2	後遺障害診断書 (写し可)	
3	不慮の事故である証明書 (写し可)	
4	交通事故である証明書 (写し可)	
5	給付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もの ※保険金が10万円以下の場合は省略可	
6	その他 ( )	

<全労済協会処理欄>

県番号	団体番号								
-----	------	--	--	--	--	--	--	--	--

# 給付金申請書

FAX不可

郵送またはご持参下さい。

公益財団法人 鹿児島市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

平成 年 月 日

の事由により下記の給付金を申請いたします。

\*記入しないでください。

* 金額	千	円
------	---	---

入会 年月日	平成 年 月 日
会 員 番 号	

事業所名 \_\_\_\_\_

自宅住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

申請者本人以外が給付金を受領する場合は、次の委任状に記入してください。

委 任 状

私は、上記給付金の受領を \_\_\_\_\_ (印) に委任します。

平成 年 月 日

受取人が会員ご本人でない場合は、夫婦の場合でも 委任者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
必ず委任状が必要となります。

口座振替の場合	振 込 依 頼 書	
	上記給付金の受領について、下記の口座に振り込んでください。	
	氏 名 _____ (印)	
	金融機関名	鹿児島銀行 その他の金融機関 ( )
口座の種類	普通・当座・貯蓄	
口座番号		
フリガナ		
口座名義		

【注】1. 金融機関名及び本・支店名の記載間違いの場合は、再振込手数料が必要となります。

以下は記入しないでください

会費納入 状況	平成 年 月分 まで納入済	担当者印
------------	------------------	------

データ 更新	平成 年 月 日	担当者印
-----------	----------	------

受 付 印

事務局長	課 長	担 当

	決済日	平成 年 月 日
全 労 済	申請日	※平成 年 月 日
	振込日	※平成 年 月 日
	振込日	平成 年 月 日

裏面もご記入ください。⇒