

自治体提携慶弔共済保険 本人保障・本人財産保障 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	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	印
代表者名	理事長 中馬 秀文	

会員 (被保険者)	フリガナ				会員印	生 年 月 日	西暦 年 月 日
	氏名				印		
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	西暦 年 月 日		

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害】 該当項目の□に✓を入れて、必要事項をご記入ください。

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2025年4月1日～2026年3月31日、死亡日 2025年10月10日 誕生日1959年（S34年）7月1日の場合、「保険始期時点の満年齢」は満65歳です。				
20 年 月 日			20 年 月 日			満 歳						
請求事由	☐	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	保険金合計 円				
	☐	260・270 増加重度障害（65歳以上71歳未満の方）					円					

保 険 金 受 取 人	フリガナ			受取人印	会員との続柄	
	氏名			㊞	☐ 1. 配偶者 ☐ 2. その他（	

※ 会員本人の死亡の場合は、保険金受取人欄をご記入ください。なお、後遺障害保険金(重度障害を含む)は、会員本人が受取人のため記入不要です。

【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		請求済み期間 20 年 月 日分まで	再休業初日 20 年 月 日
事 請 求 由	☐ 280 14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

【住宅災害】

罹災日	20 年 月 日	延床面積 ※店舗併用は、居住部の面積のみを申告	坪または m ²	構造区分	☐ 木造 ☐ 鉄筋
物件住所		〒 フリガナ			
※現住所と異なる場合記入					
☐ 1. 火災等による住宅災害 ☐ 火災 ☐ 落雷 ☐ 破裂・爆発 ☐ 建物外部からの物体の落下 ☐ 水漏れ ☐ 第三者の加害行為 ☐ その他 ()			☐ 2. 自然災害による住宅災害 ☐ 地震等 ☐ 台風 () 号 ☐ 風災 ☐ 水災(豪雨・洪水等) ☐ 雪災等 ☐ その他 ()		

全 労 済 協 会 処 理 欄	損害額	円	損害の程度	支払割合	火災等 (300 301 302 303)
	(1坪あたりの単価) 木造 60万円 鉄筋 70万円	延床面積 × 坪	×100= %	⇒ (契約額 万円) %	自然災害 (310 311 312 313)
	保険金				円

※郵送または
ご持参ください。

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

(事由) _____ により下記の給付金を申請します。 令和 年 月 日

※金額は記入しないでください。

金額			千				円
----	--	--	---	--	--	--	---

入会 年月日	平成・令和 年 月 日					
会 員 番 号						

お勤め先 _____

自宅住所 _____

T E L _____

(日中につながる連絡先)

会員氏名 _____

給付金受領者が申請者本人以外の場合、自署または記名押印してください。(夫婦の場合でも必要です。)

委 任 状

※自署の場合、押印不要です

私は、上記給付金の受領を _____ ⑩ に委任します。

令和 年 月 日 委任者氏名 _____ ⑩

口座振込の場合	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 _____									
	金融機関名	1. 鹿児島銀行 2. その他の金融機関 ()						支店名	支店	
	口座の種類	普通・当座・貯蓄		口座番号						
	口座名義	フリガナ _____								

[注]1. 初回の振込手数料はかかりません。ただし、記載間違いで振り込みができなかった場合の再振り込みについては、振込手数料がかかりますので、記載間違いにご注意ください。

2. ゆうちょ銀行は、通帳の見開きページ下に記載された漢数字3桁(七八八など)が支店名となります。

※裏面(2枚目)の「給付金申請内容」もご記入ください。⇒

以下は記入しないでください。

会費納入 状況	年 月分まで納入済
------------	-----------

事務局長	課 長	担 当

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

受付印