

留萌市勤労者共済会共済金 給付 請求書

金額	¥	万	千	百	十	円
			0	0	0	0

ただし、留萌市勤労者共済会事業による【(給付種別)：】を上記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

会員氏名

上記代理人 企業番号

事業所所在地

事業所名

共済契約代表者名

印

留萌市勤労者共済会

理事長 串橋 伸幸 様

(事業所)

委任状

私は、(財)全国勤労者福祉振興協会に対する共済金の請求及び受領に関することの一切を留萌市勤労者共済会に委任いたします。

令和 年 月 日

留萌市勤労者共済会

理事長 串橋 伸幸 様

事業所所在地

事業所名

共済契約代表者名

印

(会 員)

委任状

私は、を代理人と定め、留萌市勤労者共済会及び(財)全国勤労者福祉振興協会から受ける共済金【(給付種別)：】の請求及び受領に関する一切を委任いたします。

令和 年 月 日

会員番号

住 所

会員氏名 (ふりがな)

印

代表者印

同意書

私の個人情報が、共済会の請求及び支払いなど、留萌市勤労者共済会事業の目的のために使用されることに同意いたします。

令和 年 月 日

会員氏名

印

第 14 号様式

採用証明書

会員番号

住 所

会員氏名

上記会員 年 月 日より採用したことを証明
いたします。

令和 年 月 日

企業番号

事業所所在地

事業所名

共済会契約代表者

㊞

退会証明書

令和 年 月 日

留萌市勤労者共済会

理事長 串橋 伸幸 様

下記のものが退会したことを証明します。

事業所所在地

事 業 所 名

代表者

⑩

電話番号

記

会員番号

退会者名

退会年月日 令和 年 月 日

會員資格喪失届

令和 年 月 日

留萌市勤労者共済会
理事長 串橋 伸幸 様

企業番号

所在地

企 業 名

代表者氏名 _____ 印 _____

次の理由により資格を喪失したので、お届けします。

[illegible]

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	留萌市勤労者共済会		
代表者名	理事長 串橋 伸幸		

会員 (被保険者)	フリガナ	会員印	生年月日	西暦	
	氏名	印			
現住所	〒 ー フリガナ				
	Tel () ー				
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			
	☐ 260・270 増加重度障害 (65歳以上71歳未満の方)		円			
				保険金合計		円

保険金受取人	フリガナ	受取人印	会員との続柄	
	氏名	印	☐ 1. 配偶者	
	住所		☐ 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			
請求事由	☐ 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		〒 ー 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		☐ 2. 自然災害による住宅災害			
☐ 火災 ☐ 落雷 ☐ 破裂・爆発 ☐ 建物外部からの物体の落下		☐ 地震等 ☐ 台風 () 号 ☐ 風災 ☐ 水災 (豪雨・洪水等)			
☐ 水漏れ ☐ 第三者の加害行為 ☐ その他 ()		☐ 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)	延床面積	×100=	⇒	(契約額 万円)		
	木造 60万円 鉄筋 70万円	× 坪	%	%	自然災害 (310 311 312 313)		
					保険金		円

第 13 号様式

休業証明書

会員番号

住 所

会員氏名

上記会員は別添診断書の理由にもとづき

令和 年 月 日より
令和 年 月 日まで

休業したことを証明いたします。

令和 年 月 日

企業番号

事業所所在地

事業所名

共済会契約代表者



自治体提携慶弔共済保険 保険金請求に関する

同意書 兼 委任状

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会 御中

この度_____の死亡に伴う保険金請求については、私、甲_____が
代表受取人となり保険金を請求します。

もし後日、新たな保険金請求権者を含め、他の保険金請求権者により保険金受け取りについて異議の申し立てがあった場合には、当方にて解決します。

また、保険金受領後、新たな保険金請求権者からの請求手続きが正当な場合は、受領した保険金のうち、新たな保険金請求者に支払うべき金額を代表受取人が貴会に返納することに同意します。

20____年____月____日

甲) 住所

(代表受取人)

氏名

印

乙) 住所

氏名

印

丙) 住所

氏名

印

丁) 住所

氏名

印

戊) 住所

氏名

印

注) 同一順位に保険金受取人が複数名いる場合、亡くなられている方や署名・押印をもらえない人がいるケースについては代表受取人はその旨をご記入願います