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**

【記入例　傷病休業】

請求日　20 25 年 7 月 25 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
団体名　一般財団法人　焼津市勤労者福祉サービスセンター 代表者名　理事長　藁科　信行　㊞	(株)令和工業　令和工業㊞

会員（被保険者）	フリガナ　ヤイヅ　タロウ 氏名　焼津　太郎		会員印　焼津㊞	生年月日	西暦　1974 年 7 月 10 日
現住所	〒 425 － 0000　フリガナ　ヤイヅシヤイヅ 焼津市焼津4-15-20　TEL（ 054 ） 628 － 0000				
事業所番号	12345	会員番号	001	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※
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 氏名		受取人印　㊞	会員との続柄 □ 1. 配偶者 □ 2. その他（　）
住所	〒　－　フリガナ		

※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。　のため記入不要です。

仕事を休んだ期間(土日含む)

【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
右足首骨折	20 25 年 5 月 3 日 ～ 20 25 年 6 月 10 日 20　年　月　日 ～ 20　年　月　日	☑ 1. なし　□ 2. 一部請求(受取)済 請求期間　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

金額は入れないでください。

【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
物件住所 ※現住所と異なる場合記入	〒　－　フリガナ			

□ 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	