

<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 24 年 6 月 30 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 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			

(被保険者)	フリガナ ヤイツ タロウ	生年月日	大・昭(平)・西暦
氏名	焼津 太郎		5 年 10 月 10 日生

現住所	〒 425 - 0026 フリガナ ヤイツシヤイツ4チヨウメ	〒 (054) 628 - 9882
	焼津市焼津4丁目15-24	

事業所番号	12345	会員番号	100	サービスセンター等加入日	年 月 日
-------	-------	------	-----	--------------	-------

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害 請求する項目すべてに○をつけてください。】

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	
年 月 日	年 月 日	満 歳	(例)保険期間2022年4月1日～2023年3月31日、死亡日 2022年10月10日 誕生日1956年(S31年)7月1日の場合、「保険始期時点の満年齢」は満65歳です。	
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		

【住宅災害】			
罹災日	20 年 月 日	物件住所 ※現住所と異なる場合記入	
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)	建物の延床面積	坪・㎡ 構造区分 木造 鉄筋
火災 落雷 水漏れ 破裂・爆発	台風()号 地震 水災(豪雨・洪水等) 雪害	店舗併用は、居住部の面積のみを申告して下さい。	
その他()	床上浸水 その他()		
全労済協会処理欄	損害額 円 (1坪あたりの単価) 延床面積 ×100= 損害の程度 支払割合 ⇒ (契約額 円)	保険金	円
	木造 60万円 × 坪		
	鉄筋 70万円		

【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	年 月 日分まで
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	円
	283. 90日以上120日未満 円	284. 120日以上 円
		保険金合計 円

入籍日を記入

【慶弔見舞金】				
家族死亡	結婚記念	二十歳・長寿	在会 (事由確定は応当日前日)	事由確定(発生日)
400 配偶者 401 子 402 親	442 銀婚(25周年)	430 二十歳の祝金	対象外	2024 年 6 月 10 日
403 住宅災害による同居親族		431 還暦(満60歳)		
死亡者氏名(続柄:)		年 月 日生		
結婚祝	410 勤続(事由確定は応当日前日)例:2004年4月1日就職→2024年3月31日	退会(死亡退会は対象外)	対象外	保険金
配偶者氏名・婚姻日	482 20年 483 25年 484 30年			
桜子 R6年 6月 10日				
子の出生	420 子の入学 421 小学校 422 中学校	定年退会	対象外	円
子の氏名・生年月日	(病院・届出役所・学校名等をご記入ください。)			
年 月 日生				

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