

共済給付金請求書

自治体提携慶弔共済保険

保険金請求書兼証明書

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会 御中

下記の事由があったことを証明し、請求いたします。
本契約に関する個人情報、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の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

制度	全福ネット	保険契約者	団体名 大和市勤労者サービスセンター	理事長	印
会員	フリガナ 氏名	生年月日	大・昭・平・西暦 年 月 日生		
住所	〒 - フリガナ				
事業所番号	会員番号	サービスセンター加入日 年 月 日			

該当する項目すべてに○をつけてください。

【慶弔見舞金】

家族死亡	死亡者名	死亡年月日 年 月 日	性別 男・女	年齢 歳	生活区分 同居・別居
	会員との関係 400 配偶者 401 子 402 親(実・継・養・義) 403 住宅災害による同居親族				
410 結婚	配偶者氏名	婚姻届日 年 月 日	届出役所名		
子の出生	子の氏名	出生年月日 年 月 日	/		
	病院名、住所、電話等				
子の入学	421 小学校 422 中学校	子の氏名	入学年月日 年 4 月 1 日	学校名	子の生年月日 年 月 日生
	成人祝				
還暦祝	430 (満 20 歳) 事由確定日 年 月 日				
	431 (満 60 歳) 事由確定日 年 月 日				
結婚記念	442 銀婚祝(25周年) 444 珊瑚婚祝(35周年) 447 金婚祝(50周年)				
	事由確定日 年 月 日	婚姻届出日 年 月 日	配偶者氏名		
勤続祝	481 15年 482 20年 484 30年				
	事由確定日 年 月 日	就職年月日 年 月 日	/		

保 険 金
円