

給付金等請求書兼証明書

(あて先) 全労済協会
小諸・北佐久勤労者互助会

会員番号	No. -	会員氏名	印		
住 所		電話		保険金	円
取扱金融機関: 下記より選択し、○印をお願いいたします。 八十二長野銀行・長野県労働金庫・長野県信用組合 上田信用金庫・JA佐久浅間			支店・支所名		
			フリガナ		
			口座名義		
			口座番号	普通・当座	
○印	給付事由	証 明 内 容			添付書類
	会員死亡	年 月 日死亡	死亡原因	年齢	満 歳
	家族死亡	死亡者氏名	男・女	年齢	満 歳
		会員との関係	(義)父・(義)母・配偶者・子(死産 月)		
		年 月 日死亡	生活区分	同居・別居	
	傷病による休業	傷 病 名			
		休 業 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
		給 付 済 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
		病 院 名	電 話		
		所在地・連絡先			
	結 婚	配 偶 者 氏 名	配偶者生年月日	年 月 日生	
		婚 姻 届 提 出 日	年 月 日	婚姻届出役所名	
	出 生	産 婦 氏 名	出生年月日	年 月 日生	
		病 院 名	出生児氏名 及び 会員との続柄	フリガナ	続柄
	就 学	児 童 氏 名	生年月日	年 月 日生	
		小 学 校 名	生活区分	同居・別居	
			入学年月日	年 月 日入学	
	銀 婚	婚 姻 年 月 日	年 月 日		戸籍抄本 (コピー可)
		婚 姻 25年目到来日	年 月 日		
	勤 続	入 社 日	年 月 日 (勤続 年)		
	退 職	入 社 日	年 月 日	退職日	年 月 日 (勤続 年)
		互 助 会 加 入 日	年 月 日 (互助会 年間加入)		
	人間ドック 脳ドック PET検査	受 診 日	年 月 日	種 類	日帰り・宿泊
		受 診 内 容	人間ドック 脳ドック PET検査 ※いずれかに○		
		受 診 医 療 機 関 名			
	予防接種	接 種 日	年 月 日	※会員本人のみとなり、申請期間は10月1日～翌年2月末日までとなります	
		接 種 内 容	インフルエンザ コロナ ※いずれかに○		
		受 診 医 療 機 関 名			

上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、給付金の支払などの判断に関する業務のために利用されることに同意します。

年 月 日

事業所名
代表者名

印

※会員の死亡、傷病による休業、障害見舞金、住宅災害見舞金申請の場合、別様式での申請も必要となりますので事務局へご連絡ください。