

保 険 金 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。				支店・支所名				
八十二銀行・長野県労働金庫・長野県信用組合 上田信用金庫・長野銀行・JA佐久浅間				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)					戸籍謄本・死亡届 など 続柄と死亡 が確認できるもの 死産、住宅災害の 場合は他に死亡 診断書・検案書等 (コピー可)	
年 月 日 死亡		生活区分		同居・別居				
	傷病に よる休業	傷 病 名						休業日数の 確認できるもの (タイムカード等)
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		戸籍謄本など 婚姻日が確認 できるもの (コピー可)
		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		会員と出生児の関 係が確認できる 戸籍謄本・ 母子手帳の出生 届出済証明 など(コピー可)
		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)					
	デイズニー	利 用 予 定 日	年 月 日	補助券希望家族氏名				
	人間ドック	受 診 日	年 月 日	種 類		日 帰 り ・ 宿 泊		領収書 (コピー)
		受 診 医 療 機 関 名						
	インフルエンザ	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				領収書 (コピー)
		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、保険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、別様式での申請が必要となりますので事務局へご連絡ください。