

お取扱の制度に○をつけてください。

やすらぎ	<input type="checkbox"/>
全福ネット	<input type="checkbox"/>

自治体提携慶弔共済保険 **傷病休業保険金請求書**

慶弔

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会 御中
(全労済協会)

以下の内容にて、保険金を請求いたします。

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

保険契約者	団体名	
	代表者名	<input type="checkbox"/> 印 ご捺印ください。

会員	フリガナ	生年月日	大・昭・平・西暦		
	氏名		年 月 日生		
住所	〒 - フリガナ	TEL () -			
	事業所番号	会員番号			

該当する項目すべてに○をつけてください。

傷病名	休業期間	左記休業期間におけるご請求(受取)済期間	
	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	1. なし 2. 一部請求(受取)済 20 年 月 日分まで	
請求事由	1. 14日以上30日未満	円	保険金合計
	2. 30日以上60日未満	円	
	3. 60日以上90日未満	円	
	4. 90日以上120日未満	円	
	5. 120日以上	円	
			円

保険金受取人	フリガナ	会員との続柄	
	氏名	<input type="checkbox"/> 印 1. 本人 3. その他 () 2. 配偶者	
住所	〒 - フリガナ		

	添付書類	確認欄
1	医師の診断書または健康保険等の傷病手当金の請求書等、傷病による休業期間が確認できる書類(写し可)各サービスセンター等において、休業期間を確認してください。全労済協会への提出は不要です。	
2	その他 ()	

<全労済協会処理欄>

県番号		団体番号					
-----	--	------	--	--	--	--	--