傷病休業

自治体提携慶弔共済保険　**保険金請求書 兼 証明書<一括用>**

記入例

慶弔

①全労済協会提出用（全労済協会へは1枚目のみご提出ください）

〈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××年　○月　△日

保険契約者（サービスセンター・共済会・互助会等

団体名　公益財団法人
徳島県勤労者福祉ネットワーク

代表者名　理事長　**久積　育郎**

事業所名　※記入・押印
株式会社あわっきぃ
代表取締役　阿波　喜衣

申請される会員本人の住所をお書きください。

申請される会員本人の氏名をご記入ください。

会員（被保険者）	フリガナ（必須）	トクシマ　タロウ	生年月日　大・昭・平・西暦 ←該当するものに○
	氏名	徳島　太郎	××××年　○月　△日生
現住所	〒 ○○○ － ○○○○　フリガナ	現住所のフリガナは、最後までお書きください。	
	○○県○○市○○町○○丁目　○○-○○		TEL.（ ○○○-○○○○ ）
事業所番号	12345	会員番号	67890
サービスセンター等加入日	年　月　日		

該当する項目すべてに○をつけてください。

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害】

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※
年　月　日	年　月　日	満　歳

※「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）時点の満年齢であり、死亡日時点の満年齢ではありません。
（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。

請求事由				
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
		円			
		円			

保険金合計　円

医師により診断された傷病名をお書きください。
※出産のための休業は対象になりません。

異なる場合記入

然災害による住宅災害（310　311　312　313）
号）　地震　水災（豪雨・洪水等）　雪害
水　その他（　）

建物の延床面積　坪・m²
店舗併用の場合：居住部面積　坪・m²
構造区分　木造　鉄筋

程度 ⇒ 支払割合　（契約額　円）
%　%

保険金　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 ←該当するものに○ 2. 一部請求（受取）済　20　年　月　日　分まで

請求事由			
280 連続14日以上30日未満	→ 5,000円	5,000 円	保険金合計
281. 30日以上60日未満	→ 10,000円	円	5,000 円
282. 60日以上90日未満	→ 15,000円	円	
283. 90日以上120日未満	→ 20,000円		
284. 120日以上	→ 25,000円		

休業期間は、土曜・日曜・祝日等の公休日を含んでカウントしてください。

【慶弔見舞金】

家族死亡	結婚記念	事由確定（発生）日
400 配偶者　401 子　402 親 403 住宅災害による同居親族	440 水晶婚（15周年） 442 銀婚（25周年） 444 珊瑚婚（35周年） ファイア婚（45周年）	20　年　月　日
死亡者氏名		保険金
	0年　481 15年 0年　485 35年　486 40年	
	小学校　422 中学校　423 高校　424 大学	
	・届出役所・学校名等をご記入ください。）	470 3～4年　471 5～9年 472 10年以上
		年　月入会
		円

保険金受取に該当する方に○をお付けください。
※保険金受取人の㊞必須

※慶弔見舞金請求は、保険金受取人　不要

保険金受取人		
フリガナ　トクシマ　タロウ	会員との続柄	
氏名　徳島　太郎 ㊞	1. 本人　2. 配偶者 3. その他（　）	
住所　〒○○○-○○○○　フリガナ　フリガナは最後まで記入。 ○○県○○市○○町　○○－○○		

<添付書類>
- タイムカード・出勤簿の写しを別途添付。
(休業前と休業後の部分がついているもの)