

自治体提携慶弔共済保険 保険金請求書 兼 証明書〈一括用〉

請求日 20 年 月 日

〈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、保険金の支払事由に該当することを確認し、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。

保険契約者(サービスセンター・共済会・互助会等)

団体名 (公財)高岡市勤労者福祉サービスセンター

Form with fields: フリガナ, 氏名, 事業所名, 会員番号, 事業所番号, 個人番号, 生年月日, 年, 月, 日, 生

該当項目を○で囲み、必要事項をご記入ください ※ 結婚祝・子の入学・子の出生については、サービスセンター独自給付

Table with columns: 結婚祝, 子の出生, 家族死亡, 勤続, 子の入学, 長寿, 保険金. Includes sub-headers like 婚姻日, 子の氏名, 子の性別, etc.

【傷病休業】(傷病休業を請求する場合、下記の「休業証明書」と「保険金受取人」欄についてもご記入ください。)

Form for injury/illness: 傷病名, 休業期間, 請求事由, 280 連続14日以上, 保険金, 円

休業証明書 (Certificate of Leave) form with fields for dates and names.

【会員本人の死亡・重度障害・後遺症障害】

(会員本人の死亡・重度障害・後遺症障害を請求する場合、下記の「保険金受取人」欄についてもご記入ください。また、添付書類として死亡診断書または後遺障害診断書のコピーが必要です。)

Table for death/disability claims with columns: 死亡日・症状固定日, 請求事由, 110 会員死亡, 210 重度障害, etc.

Form for beneficiary: 保険金受取人, 住所, フリガナ氏名, 印, 会員との続柄, 1. 本人, 2. 配偶者, 3. その他