

お取扱の制度に○をつけてください。

やすらぎ	
全福ネット	○

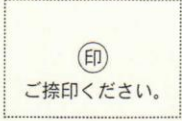
自治体提携慶弔共済保険 傷病休業保険金請求書

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 13 年 7 月 1 日

保険契約者	団体名	貝塚市中小企業勤労者福祉共済センター	
	代表者名	会長 藤原 龍男	
			

会員	フリガナ	カイツカ タロウ	生年月日	大・昭・平・西暦	1975 年 6 月 1 日生
	氏名	貝塚 太郎			
住所	〒	597 - 0000	フリガナ	カイツカシハタケナカ0000	
	貝塚市島中0000		TEL ( 072 )	000 - ΔΔΔΔ	
事業所番号	K-0001		会員番号	00001	

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
左大腿骨頸部 内側骨折	2013年3月1日～2013年4月8日	<input checked="" type="radio"/> 1. なし <input type="radio"/> 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
	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
		保険金合計 円

※「請求事由」欄および「保険金合計」欄は空白のままでご提出ください。

保険金受取人	フリガナ	カイツカ タロウ	会員との続柄	
	氏名	貝塚 太郎	<input checked="" type="radio"/> 1. 本人 <input type="radio"/> 2. 配偶者	<input type="radio"/> 3. その他 ( )
住所	〒	597 - 0000	フリガナ	カイツカシハタケナカ0000
	貝塚市島中0000			

	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					
-----	--	------	--	--	--	--	--

慶弔  
①全労済協会提出用