

給付請求書 (ワンコイン共済・医療共済・生命共済・交通災害共済)

福祉保育労共済会 御中

給付申請日	20 年 月 日
-------	----------

下記のとおり共済事由が発生しましたので、必要書類を添えて給付を請求します。

共済会 コード							組合員 番号			加入者氏名 (共済契約者)	㊞
分会名								連絡先電話			

※共済事由発生の原因となった方について記入してください。

氏名 (被共済者)	続柄(本人・配偶者・子ども) 年齢 歳 ; 性別(男・女)	<input type="checkbox"/> 就労者(平均週 日勤務) <input type="checkbox"/> 未就労者(専業主婦・学生など) <small>どちらかに○をして、ご記入ください。</small>
--------------	----------------------------------	--

※加入している共済種目に○をつけ、口数を記入してください。

<input type="checkbox"/> 【ワンコイン共済】	<input type="checkbox"/> 【医療共済… 口】	<input type="checkbox"/> 【生命共済… 口】	<input type="checkbox"/> 【交通災害共済… 口】
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

※枠内の該当する共済事由・項目に○をつけ、必要事項を記入してください。

※共済金額については、共済会で記入しますので空欄にしてください。

(業務中 ・ 業務外) *必ず記入してください。(健康給付をのぞく)							
<input type="checkbox"/> 死亡	死亡年月日	年 月 日					
	(傷病名)	(病気 ・ ケガ ・ 不慮の事故 ・ 交通事故 ・ その他)					
	共 済 金	(ワンコイン) 円	(個人) 円	(小計) 円			
<input type="checkbox"/> 後遺障害	障害等級						
	(傷病名)	(病気 ・ ケガ ・ 不慮の事故 ・ 交通事故 ・ その他)					
	共 済 金	(ワンコイン) 円	(個人) 円	(小計) 円			
<input type="checkbox"/> 入院	(傷病名)	(病気 ・ ケガ ・ 不慮の事故 ・ 交通事故 ・ その他)					
	年 月 日 ~ 年 月 日					日間	
	年 月 日 ~ 年 月 日					日間	
	共 済 金	(ワンコイン) 円	(個人) 円	(小計) 円			
<input type="checkbox"/> 休業・通院	(傷病名)	(病気 ・ ケガ ・ 不慮の事故 ・ 交通事故 ・ その他)					
	年 月 日 ~ 年 月 日					日間(日分)	休業・実通院
	年 月 日 ~ 年 月 日					日間(日分)	休業・実通院
	共 済 金	(ワンコイン) 円	(個人) 円	(小計) 円			
<input type="checkbox"/> 健康給付	共済加入日	年 月 1日		入院・休業の 給付歴	(なし ・ あり 最終給付 決定月 年 月)		
	共 済 金	(ワンコイン) 円	(個人) 円	(小計) 円			
	共 済 金 (合計) 円						

【共済金振込先】 希望するほうに○をつけてください。

<input type="checkbox"/> 個人掛金引落口座	<input type="checkbox"/> 分会共済会口座
-----------------------------------	----------------------------------

空欄の方は「個人掛金引落口座」に振込になります。

健康給付のみを請求される場合、分会でまとめて請求し「分会共済会口座」を指定していただくとありがたいです。

登録されていない口座を指定する場合は別途手続きが必要になりますので、共済会までご相談ください。

受付日	入力日	本部給付決定日	給付決定 担当者	給付決定 役員	本部給付決定番号