

慶弔(自治体提携用)共済 本人死亡・後遺障害 共済金請求書

(どちらか共済に○を付けてください)

やすらぎ	
全福ネット慶弔共済	

財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会 御中

下記の内容にて、共済金を請求いたします。

本契約に関する個人情報、共済契約の締結・維持管理、共済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	年	月	日
-----	---	---	---

サービスセンター等名		サービスセンター等代表者名	
一般財団法人 盛岡市勤労者福祉サービスセンター		理事長 吉田 弘 躬 ㊟	
事業所番号	事業所名	共済金	
	㊟	¥	

会員番号	会員名	カタカナで記入して下さい	性別	男・女	生年月日	西暦
		㊟*				年 月 日
〒	フリガナ				電話番号	市外
住所						局番
						番号

※本人死亡の場合は押印不要

共済原因	本人の死亡	1.病気による 2.交通事故以外の不慮の事故による 3.交通事故による	原因傷病名	
			死亡日	年 月 日 年齢 歳
	本人の後遺障害	1.病気による 2.交通事故以外の不慮の事故による 3.交通事故による	原因傷病名	
			症状固定日	年 月 日 年齢 歳

共済金受取人	フリガナ		会員との続柄
	氏名	㊟	1. 本人 2. その他 ()
	〒	フリガナ	
住所			

備考	
----	--

	添付書類	確認欄
1	死亡診断書または死亡検案書(写し可)	
2	後遺障害診断書(写し可)	
3	事故証明書(写し可)	
4	交通事故証明書(写し可)	
5	共済金受取人が会員本人以外の場合は、会員との関係を証明できるもの ※共済金が10万円未満の場合は省略可	
6	印鑑証明 ※共済金が100万円以下の場合は省略可	
7	その他 ()	

共済金振込口座届 兼 支払通知書

(一財)盛岡市勤労者福祉サービスセンター様

事業所名

印

ご希望口座をお選びください。

1 会費引落口座

2 その他

対象会員名	振込先		振込決定金額
	当・普 ふりがな 名義人	銀行 口座番号	支店 円
	当・普 ふりがな 名義人	銀行 口座番号	支店 円
	当・普 ふりがな 名義人	銀行 口座番号	支店 円

※太枠内をご記入下さい。

様

貴事業所より請求のありました慶弔共済について、上記の通りお支払いしましたので通知します。

支払日 平成 年 月 日

一般財団法人盛岡市勤労者福祉サービスセンター

印