

下記の事由があったことを証明し、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 年 月 日

制度	(該当制度を○で囲んでください)	保険契約者	団体名	彦根地域勤労者互助会	印
	やすらぎ・全福ネット		代表者名		

会員	フリガナ	生年月日	大・昭・平・西暦
	氏名		年 月 日生
住所	〒	フリガナ	〒 () -
	事業所番号	会員番号	勤労者互助会入会日 昭・平・西暦 年 月 日

該当する項目すべてに○をつけてください。

【疾病死亡・重度障害・後遺障害】

事故日(※)	事由確定日・症状固定日	保険始期時点の満年齢
20 年 月 日	20 年 月 日	満 歳
請求事由	110. 疾病による死亡 (65歳未満の方)	円
	111. 疾病による死亡 (65歳以上の方)	円
	210. 疾病による重度障害 (65歳未満の方)	円
	211. 疾病による重度障害 (65歳以上の方)	円
	120. 不慮の事故による死亡	円
	130. 交通事故による死亡	円
	不慮の事故による重度・後遺障害(級:コード)	円
	交通事故による重度・後遺障害(級:コード)	円
※不慮の事故、交通事故の場合に必ずご記入ください。		保険金合計 円

【住宅災害】

損害を受けた建物住所	フリガナ
事故日	20 年 月 日
事故種類	1. 火災等による住宅災害 全焼・全壊 (50%以上: コード 300) 半焼・半壊 (30%以上: コード 301) 半焼・半壊 (20%以上: コード 302) 一部焼・壊 (20%未満: コード 303)
	2. 自然災害による住宅災害 全壊・流失 (70%以上: コード 310) 半壊 (20%以上: コード 311) 一部壊 (20%未満: コード 312)
	3. 床上浸水による住宅災害 一律20% (コード 313)
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 (日間)	1. なし 2. 一部請求(受取)済 20 年 月 日 分まで
請求事由	病院名	保険金
	病院の所在地	
	病院の電話番号 () -	
281. 30日以上90日未満		円
283. 90日以上		円

【慶弔見舞金】

家族死亡	事由確定(発生日)
死亡者氏名	20 年 月 日
性別	保険金
生活区分	
同居・別居	円

事業主証明	事業所名	印
	上記の請求について相違ないことを証明します。	
	事業所代表者名	

保険金受取人	フリガナ	印	会員との続柄	
	氏名		1. 本人	3. その他()
	住所		2. 配偶者	
	〒	フリガナ		
	<input type="checkbox"/> 会員住所と同じ			

※保険金受取人が会員本人と同住所の場合、にチェックを入れてください。

<協会処理欄>

県番号	団体番号
●●●●●●	●●●●●●●●●●