



慶弔共済給付請求書 (本人死亡・後遺障害)

平成 年 月 日

注意事項

■本人死亡、後遺障害については請求内容によっては給付の対象とならない場合があります。
まずはサービスセンター慶弔共済担当までご連絡ください (TEL 043-216-3838)。

事業所番号				事業所名・代表者名 <small>この欄の印はどちらか一方でかまいません</small>				印
電話番号				-				印

下記の会員について、次の給付事由が発生したので給付の請求をします。

会員番号				フリガナ				男		生年月日					
				氏名				印		昭・大		年 月 日			
								女		明・平		年 月 日			
電話番号				-				住所				〒 -			

共 済 原 因	<input type="checkbox"/> 本人の死亡	<input type="checkbox"/> 交通事故による	原因	
		<input type="checkbox"/> 交通事故以外の不慮の事故による	傷病名	
		<input type="checkbox"/> 病気による	死亡日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 本人の後遺障害	<input type="checkbox"/> 交通事故による	原因	
		<input type="checkbox"/> 交通事故以外の不慮の事故による	傷病名	
		<input type="checkbox"/> 病気による	死亡日	年 月 日

共 済 金 受 取 人	フリガナ	会員との続柄			
	氏名	印			
	住所	フリガナ			
		<input type="checkbox"/> 本人			
		<input type="checkbox"/> その他 ()			

添付書類チェック欄

- 死亡診断書(または死体検案書) 後遺障害診断書
- 交通事故証明書(交通事故のみ) 事故証明書(不慮の事故のみ)
- 共済金受取人が会員本人・登録家族以外の場合は、会員との関係を証明できるもの(登録家族は不要)

【サービスセンター事務欄 (以下は記入しないでください)】

処理欄

検印	係

S.C受付印

--

請求金額 *金額は記入しないでください。

	円
--	---