

慶弔共済保険金等給付事由発生申告書

(死亡・住宅災害保険金等)

令和 年 月 日

島田榛北勤労者福祉共済会会長 様

事業所番号

個人番号

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

事業所名 _____

会員住所 _____

代表者名 _____ (印)

会員氏名 _____ (印)

次のとおり、共済給付事由が発生したので、関係書類を添えて共済保険金等を請求します。
 なお、本申告書に係る個人情報、保険金等の支払いの審査などの業務目的に利用されることに同意します。

死亡保険金等	本人死亡	満71歳未満の会員	死亡年月日 年 月 日	死亡原因	交通事故	不慮の事故	疾病	
		満71歳以上の会員	死亡年月日 年 月 日		交通事故	不慮の事故	疾病	
	甲 慰 金	配偶者	死亡者氏名	生年月日 年 月 日	年齢 才	死亡年月日 年 月 日		
		子 (実・継・養・義)	死亡者氏名	生年月日 年 月 日	年齢 才	死亡年月日 年 月 日		
		親 (実・継・養・義)	死亡者氏名	生年月日 年 月 日	年齢 才	死亡年月日 年 月 日		
			死亡者住所 (※ 別居の場合)					
	住宅災害による同居親族の死亡	死亡者氏名	会員との続柄		年齢 才	死亡年月日 年 月 日		
	会員本人	重度障害及び後遺障害	満71歳未満 (疾病)		病院名		傷病名	
			満71歳以上 (疾病)		病院名		傷病名	
			年齢の制限なし	交通事故	病院名		傷病名	
不慮の事故				病院名		傷病名		
会員の居住する住宅災害保険金		火災等	損害の程度	・50%以上・30%以上50%未満・20%以上30%未満・20%未満				
		自然災害		・70%以上・20%以上70%未満・20%未満・床上浸水				

注) 上記の保険金請求については、別途「保険金請求書(複写)」、死亡等診断書及び戸籍謄本(コピー可)等の添付を必要とする場合がありますので、詳細は共済会事務局へお問い合わせください。

共済会事務局	決裁者	担当者	受付

整理No. _____