

支払日 年 月 日

事業所・会員コード			
		—	

会 長	副会長	総務理事	事務局長	事務局

箕輪町勤労者互助会 慶弔共済保険事由申請書兼請求書

【本人保障・本人財産保障】

箕輪町勤労者互助会 会長 様

このたび下記のとおり支払事由が発生したので、規約第17条により給付金を支給されたく添付書類を添えて申請します。

支 払 事 由 :	給 付 金 額	円
-----------	---------	---

傷病休業	14日から29日までの休業	休業期間	
	30日から59日までの休業	年 月 日から	年 月 日まで
	60日から89日までの休業	初 診 日	年 月 日
	90日から119日までの休業	傷 病 名	
	120日以上 of 休業	病 院 名	

本 人 死 亡	死亡年月日 年 月 日	保険金受取人	会員との続柄
------------	----------------	--------	--------

重度障害・ 後遺障害	事由発生日 年 月 日	保険金受取人	会員との続柄
---------------	----------------	--------	--------

住宅災害	事由発生日 年 月 日	災害事由
------	----------------	------

※各保険申請には専用の請求書が必要となりますので、事務局までお問い合わせください。



会 員	氏名	生年月日 年 月 日	男・女
	住所		

○をしてください 受取方法	現 金	口 座					
	受領者または代理受取人	銀行 信金	支店	口座名義 (カタカナ)			
		普通・当座	口座番号				

上記のとおり、支払事由の発生があったことを証明し、給付金を請求します。

年 月 日 事業所名 印
代表者名 印