

お取扱の制度に○をつけてください。

やすらぎ	<input type="checkbox"/>
全福ネット	<input checked="" type="checkbox"/>

自治体提携慶弔共済保険 傷病休業保険金請求書


2014年8月31日迄に発生した場合に  
必要となる請求書用紙です。

一般財団法人 全国勤労者福祉・共済振興協会 御中  
(全労済協会)

以下の内容にて、保険金を請求いたします。

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 2015 年 01 月 05 日

保険契約者	団体名	ハートアイ記入欄		
	代表者名			

保険金受取人	フリガナ おうしゅう たろう	事業所番号	09013	会員番号	0001
	氏名 奥州太郎 	〒 023 - 0801	フリガナ いわてけんおうしゅうしみずきわく〇〇〇-123	住所 岩手県奥州市水沢区〇〇〇-123	
TEL ( 0197 ) 51 - 1484					

該当する項目すべてに○をつけてください。

傷病名	〇〇〇〇病		
休業期間	左記休業期間におけるご請求(受取)済期間		
2014年12月01日～2014年12月30日	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部請求(受取)済 20 年 月 日分まで		
請求事由	1. 14日以上30日未満	10,000 円	保険金合計
	2. 30日以上60日未満	5,000 円	
	3. 60日以上90日未満	円	15,000 円
	4. 90日以上120日未満	円	
	5. 120日以上	円	

	添付書類	確認欄
1	医師の診断書または健康保険等の傷病手当金の請求書等、傷病による休業期間が確認できる書類(写し可)各サービスセンター等において、休業期間を確認してください。全労済協会への提出は不要です。	
2	その他 ( )	

<全労済協会処理欄>

県番号	団体番号						
-----	------	--	--	--	--	--	--