

共済金請求書

全国労働者共済生活協同組合連合会 宛

事業規約・細則に基づき、必要書類を添え下記のとおり共済金の請求をいたします。
貴会が個人情報(要配慮個人情報を含む)を取得することに、被共済者とともに同意します。

記入日	20 年 月 日	WEB受付番号	担当部門 受付番号
ご請求内容 該当する数字に○印を記入してください。		ご請求の原因 ①病気による ②ケガによる ③交通事故による ④その他 [] による	ご請求の内容 ①入院 ②通院 ③手術 ④後遺障害(重度障害) ⑤その他 [] による

受取人氏名・口座は必ずご本人が記入してください。
訂正する場合は、二重線を引き、訂正印を押印または署名してください。

印鑑登録証明書をご提出いただく場合は実印をご捺印ください。
ご提出が不要な場合は、ご捺印も不要です。

受取人(契約者) 署名	フリガナ 姓 [] 名 []	連絡先電話番号 自宅 [] 携帯 [] ()	請求印
※受取人が未成年者又は法律行為が行えない場合には、親権者・後見人等の氏名・受取人との関係をご記入ください。			
親権者・ 後見人等 署名	セイ 姓 [] メイ 名 []	受取人との関係	実印

現住所	※受取人の方の住所をご記入ください。受取人が手続きを行えず親権者・後見人等の方が請求される場合はその方の住所をご記入ください。 〒 [] - [] フリガナ		
-----	---	--	--

送付先	※「お支払い共済金のご案内」の送付先は現住所宛ですが、現住所以外に送付希望の場合にご記入ください。 〒 [] - [] フリガナ		
-----	---	--	--

治療を受けた方 (被共済者) 署名	私は、個人情報(要配慮個人情報を含む)を貴会が取得することに同意します。また、共済契約の存続および共済金の支払に関する確認の範囲に限って、貴会が要配慮個人情報を第三者から取得すること、利用することおよび第三者に提供することに同意します。		
フリガナ 姓 [] 名 []	生年 月日 []	契約者との続柄	

どちらか一方を必ずご記入ください。 共済金は口座への入金をもって、上記受取人が受領したものと認めます。

金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫	支店コード 本店 [] 支店 [] 出張所 []
	預金種目 ①普通・総合 ②当座 ③貯蓄 ④その他()	口座番号	口座 名義人 フリガナ 氏名
ゆうちょ 銀行	記号 1 0 -	通帳番号	口座 名義人 フリガナ 氏名

※上記口座欄へのご記入がない場合、口座確認後のお支払いとなります。予めご了承ください。

納税義務国確認欄	日本国外に納税義務国はありますか。ある場合のみ該当国家をご記入ください。 (該当国家の記入がない場合は、日本国外に納税義務国がないものとします)	→ 該当国家
----------	---	--------

事務処理欄