

# 全労連共済 共済金給付申請書 (慶弔共済・火災共済のぞく共済制度用)

加入者給付申請日		年	月	日
共済会コード		共済会名		
加入者コード		加入者氏名		
被共済者氏名	(生年月日 年 月 日) (性別 男・女)	就労者(週1日以上働いている方) 未就職者(専業主婦・学生など) どちらかに○をしてください。		

加入されている共済種目に口数を記入してください。

医療共済	組織 <input type="checkbox"/>	個人 <input type="checkbox"/>	個人・医療緩和型 <input type="checkbox"/>
交通災害共済	組織 <input type="checkbox"/>	個人 <input type="checkbox"/>	労組事故見舞①型 <input type="checkbox"/>
生命共済	組織 <input type="checkbox"/>	個人 <input type="checkbox"/>	労組事故見舞②型 <input type="checkbox"/>
シニア共済	生命 <input type="checkbox"/>	医療 <input type="checkbox"/>	

事務局使用欄

有  [ 入 休 と通算 ]  
OK  [ 別病・別年度 1年以上空 ]  
無  [ ]

太枠内の該当する共済事由・項目に○をつけ、必要事項を記入してください。

( 業務中 ・ 業務外 ) \*必ず記入してください。

<input type="checkbox"/> 死亡	死亡年月日	年	月	日
	(傷病名) ( 病気 ・ 不慮事故 ・ 交通事故 ・ その他 )			
	共 済 金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円
<input type="checkbox"/> 後遺障害	障害等級	級	(症状固定日 年 月 日)	
	(傷病名) ( 病気 ・ 不慮事故 ・ 交通事故 ・ その他 )			
	共 済 金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円
<input type="checkbox"/> 入院	(傷病名) ( 病気 ・ 不慮事故 ・ 交通事故 ・ その他 )			
	年 月 日	~	年 月 日	日間
	年 月 日	~	年 月 日	日間
	共 済 金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円
<input type="checkbox"/> 通院 <small>※安静休業か実通院か必ず○をしてください</small>	(傷病名) ( 病気 ・ 不慮事故 ・ 交通事故 ・ その他 )			
	年 月 日	~	年 月 日	日間
	年 月 日	~	年 月 日	日間
	共 済 金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円

上記のとおり給付事由が発生しましたので、必要書類を添えて共済金の給付申請を致します。  年 月 日 共済会名・代表者氏名  <div style="text-align: right;">(印)</div>	共済金合計額	全労連共済受付日印
	円	

ご提出いただいた書類にもとづき、全労連共済で審査のうえ共済金額を決定し、共済会へ給付決定通知書にてお知らせ致します。