

組合の国公共済会担当者は、この書類と給付請求必要書類の内容を確認のうえ、組合証明・押印をして国公共済会に送ってください。後日、国公共済会より記載内容について確認することがありますので、書類一式をコピーして、お手元に保管してください。

役員	役員	照合	給付担当

団体生命共済給付請求書

〈注意点〉

太枠内を記入・押印してください。

給付請求の効力は3年間です。

請求年月日	20	年	月	日
団体生命共済単位共済会コード	D	-		
団体生命共済証書(加入者)番号				
フリガナ				
組合員氏名	印			
連絡先 TEL・FAX・メール・携帯 ※平日の日中に連絡が可能な連絡先を記入してください。				

フリガナ				
契約者死亡のとき ※死亡請求の場合のみ必要 請求者の氏名を記入	(続柄) 印			

共済事由発生者氏名	(本・配・子・他)			
-----------	-----------	--	--	--

送付年月日	20	年	月	日
単位共済会名 および 代表者名	組合印			
国公共済会 担当者名				
連絡先 TEL・FAX メール・携帯	※平日の日中に連絡が可能な連絡先を記入してください。			

共済金振込口座 必ずご記入ください。

※ゆうちょ銀行で支店名がわからないときは、余白に記号・番号をご記入ください。

金融機関名	銀行・信金 労金・信組	銀行コード	
支店名	本店・支店	支店コード	
預金種目	普通・当座 その他 ()	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

共済事由発生年月日	20	年	月	日
-----------	----	---	---	---

コード	共済事由	共済金	日数	一律	上積	合計	共済金請求金額(円)			
001	一般死亡	10万円		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
002	事故死亡	20万円		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
003	一般後遺障害			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
004	事故後遺障害			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
005	事故入院	100円		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
請求合計										

年度・期間	共済金請求金額(円)			
給付合計				

国公共済会 使用欄				
--------------	--	--	--	--

国公共済会受付日		共済センター入力日		決定番号	
				受付番号	

お預かりした個人情報は、国公共済会の共済事業以外には使用しません。