

室蘭市勤労者共済センター生命共済・共済金請求書

友愛共済協同組合 宛

請求日 令和 5 年 10 月 25 日

生命共済規定に基づき、下記の通り請求します。

団体コード	会員番号	加入者（被共済者）氏名	加入コース (不明な時は省略可)
813	1234-0001	フリガナ キョウサイ タロウ 共済 太郎	D

<請求内容> (該当する共済金に○を付け、必要添付書類と共に提出してください。)

1 病気/傷害死亡共済金	2 高度/後遺障害共済金	3 傷害入院共済金
①死亡診断書（コピー可） ②受取人の戸籍謄本（原本）	①当組合所定の障害診断書 (下記共済係までご連絡下さい)	①入院先病院の入院証明書 (原本)

* 「2 高度/後遺障害共済金」及び「3 傷害入院共済金」の受取人は加入者ご本人様です。

<死亡共済金受取人> (加入時に受取人をご指定されていた場合はその受取人様)

住所	〒 050-0085	電話番号	0143-222-9999
	フリガナ	ホッカイドウ ムロランシ ホンドオリ 1-1-1 北海道 室蘭市 本通 1-1-1	
氏名 (自署)	フリガナ	加入者との続柄	生年月日
	共済 花子	妻	昭和 55 年 5 月 15 日 平成

死亡共済金受取人が未成年者の親権者・後見人署名欄

氏名 (自署)	フリガナ	受取人との続柄
	印	

<共済金振込口座> 死亡共済金の場合は受取人の口座、その他の共済金は加入者様の口座を指定下さい。

札幌信用 銀行 金庫 農協	支店 室蘭 営業部 出張所	口座番号	普通 貯蓄	7654321
口座名義人		(カタカナで記入して下さい。) キョウサイ ハナコ		

<書類送付：お問合せ先>

〒130-0026 東京都墨田区両国4-37-2 TKFビル4F

友愛共済協同組合 共済係 TEL 03-3634-7858

<共済係記載欄>	受付日	令和	年	月	日	
支払共済金額	円	支払日	令和	年	月	日