

全私教共済

申請年月日 年 月 日

生命共済・医療共済・総合共済 給付申請書

県番号	9 3	職場番号		個人番号		総合共済
県名		職場名		フリガナ氏名		加入 未加入

住所 〒 -

TEL

太線内は必ずご記入ください

給付対象者	1.本人	※ ※ ※ ※ ※ ※	事由発生日(入院・通院期間)	年 月 日 ~ 年 月 日
	2.配偶者	氏名		年 月 日 ~ 年 月 日
	3.子ども	氏名		年 月 日 ~ 年 月 日

該当する内容に○印をするか、または必要事項を記入してください

生命・医療共済給付事由	生命共済	死亡 交通死亡 公務死亡 後遺障害 胎児死亡 人間ドック補助金 61歳以上の退職者
	医療共済(医療契約)	出産 一般入院 交通傷害入院 悪性新生物入院 手術見舞金 長期入院見舞金 臓器移植見舞金
	医療共済(傷害特約)	交通傷害通院 一般傷害通院 交通傷害自宅療養

文書料	文書料 領収書添付	1. 文書料の支払い対象は全私教共済の入院手術療養証明書・傷害事故診断書・後遺傷害診断書の原本を提出した場合に限ります。 2. 文書料は実費とします。(ただし限度額は5,000円+消費税)
-----	-----------	---

総合共済給付事由	出産 療養	30日以上の療養期間をご記入ください 年 月 日 ~ 年 月 日
----------	-------	-------------------------------------

振込口座	銀行 労金 農協	支店名	支店NO.	口座番号
	信用金庫 信用組合	預金種類 (普通)(貯蓄)	フリガナ	口座名義人※

※口座名義人は加入者本人とします(加入者死亡時を除く)

本人死亡時の受取人氏名	続柄	住所
フリガナ		

以下は記入しないでください

県受付年月日		備考
全私教共済受付年月日		

「個人情報に関するお知らせ」 給付申請書と給付申請にかかわる書類等にご記入いただいた個人情報は給付のみ利用させていただきます。給付申請のできる期間は、給付事由発生日より3年間です