

# 全労連共済 共済金給付申請書 (慶弔・火災以外)

加入者申請日  
年 月 日

共済会コード									
加入者コード									

共済会名	
組合員名	<input type="checkbox"/> 自筆の場合 押印 不要

被共済者氏名	
組合員からの続柄 (本人・配偶者・子・親・その他)	
生年月日	年 月 日 歳 性別
事由	(傷病名) ( 病気・不慮事故・交通事故・その他 )

医療共済	組織 <input type="checkbox"/>	個人 <input type="checkbox"/>	高齢医療共済	<input type="checkbox"/>
生命共済	組織 <input type="checkbox"/>	個人 <input type="checkbox"/>	高齢生命共済	SA型 <input type="checkbox"/> SB型 <input type="checkbox"/>
交通災害共済	組織 <input type="checkbox"/>	個人 <input type="checkbox"/>	自転車災害共済	有 <input type="checkbox"/>
労働組合活動事故 見舞共済 ( )	<input type="checkbox"/>		共済	<input type="checkbox"/>

該当の項目に○ ( 業務中 ・ 業務外 ) ※必ず記入してください

○	死亡	死亡年月日	年 月 日		
		共済金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円
○	後遺障害	障害等級	級	障害固定日	年 月 日
		共済金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円
○	入院	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		日間 <input type="checkbox"/> うち外泊 <input type="checkbox"/>
		共済金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円
○	安静休業	自宅安静	年 月 日 ~ 年 月 日		日間 <input type="checkbox"/> どちらかに○ <input type="checkbox"/> 就労者 <input type="checkbox"/> 未就労者
		共済金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円
○	通院	通院期間	年 月 日 ~ 年 月 日		日間 <input type="checkbox"/> どちらかに○ <input type="checkbox"/> 接骨院なし <input type="checkbox"/> 接骨院あり
		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申請をいたします。

共済会名・代表者名 年 月 日

印

事務局使用欄	給付制限等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 別病、別年度有	<input type="checkbox"/> 事故証明書無
<input type="checkbox"/> 1年以上空き無	<input type="checkbox"/> 他覚所見無
<input type="checkbox"/> 加入期間制限有	<input type="checkbox"/> 接骨院有
<input type="checkbox"/> ( )	
<input type="checkbox"/> ( )	

共済金合計額
円
No.

全労連共済受付印
----------

全労連共済(京滋労働共済)で審査の上、共済金額を決定し、各共済会へ「共済金お支払いのお知らせ」で通知します。  
加入者の個人情報は、法令等による開示が必要な場合を除き共済業務遂行の目的以外には利用いたしません。