

全国商工会 会員福祉共済 共済金支払請求書

記入日 20 年 月 日

全国商工会連合会 御中

下記の内容が事実と相違ないことを確認し、個人情報の取扱に関するご案内の内容について同意し、共済金を請求しますので下記口座へお振込み下さい。

請求者等	住所	フリガナ 〒 □□□□ - □□□□ 都道 府県		電話	()
	氏名	フリガナ	印	被共済者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ()
	加入者氏名	契約者番号	被共済氏名	被共済者コード	
	被共済者情報	(西暦) 年 月 日 生 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご職業:	
代理請求確認欄	私は請求者が私に代わり共済金を請求することに同意します。				
	※共済金を被共済者以外が請求する時にご記入下さい。		被共済者署名	印	
受取口座	下記口座へ送金して下さい。口座への送金をもって支払がなされたものと認めます。				
	(銀行) (信用金庫) (本店) (信用組合) (農協) (漁協) (支店)		口座名義人		
	金融機関コード	支店コード	フリガナ		
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号			
事故情報	発生日時	20 年 月 日 時 頃			
	おけがをされた場所	都・道・府・県			
	おけがの原因・状況				
	おけがの内容	診断書をご提出いただく場合は下記のご記入は不要です			
	(体の部位)	頭・顔・眼・歯・首・肩・胸・腹・脊柱・腰・臀部・腕・足・手指・足指 (左記以外)			
(おけがの状態)	打撲・捻挫・切り傷・すり傷・骨折・脱臼・火傷 (左記以外)				
請求情報	請求する共済金の種類	<input type="checkbox"/> 入通院共済金 <input type="checkbox"/> 後遺障害共済金 <input type="checkbox"/> 死亡共済金 <input type="checkbox"/> 手術共済金			
	死亡日・治癒日・中止日	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 内払 <input type="checkbox"/> 確定払		
	後遺障害の状況				
	手術の内容	手術日	20 年 月 日		
		手術名: (手術の同意書等手術内容が分かる書類があればコピーを添付下さい)			
入院・通院	入院日数	日	} 詳細は別添 診断書 或いは 入・通院状況申告書 を参照		
	通院日数	日			
運転免許証番号	(車を運転中の事故の場合のみご記入下さい) □□□□□□□□□□□□				
届出警察署	(事故等を届け出た場合のみご記入下さい) (届出日 月 日)				

全国連使用欄	受付番号		取扱商工会	商工会
商工会 (受付完了)	県連	全国連 (受付)	全国連 (査定)	全国連 (支払)
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
印	印	印	印	印

「個人情報の取扱いに関するご案内」

全国商工会連合会（以下、全国連といいます。）及び都道府県商工会連合会（以下、県連といいます。）・商工会は、本契約に関する個人情報（過去に取得したものを含みます。）を、共済引受の判断、本契約の管理・履行及び付帯サービスの提供ならびに他の共済・保険・金融商品等の各種商品・サービスの提供・案内、会員の確認、加入者からの照会・応答の他、全国連及び県連・商工会が行う各種情報・サービスの提供・案内等を行うために利用させていただきます。

本契約のご加入者及び被共済者には、共済金の請求にあたり、全国連及び県連・商工会が個人情報を下記①から④に記載の提供・利用の他、上記目的のために提供・利用することについてご同意いただきたくお願い申し上げます。なお、ご同意いただけない場合には、本契約をお引き受けすることができませんのでご了解下さい。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、医師、調査会社、保険会社、金融機関等に対して個人情報を提供すること。
- ②契約締結、契約内容変更、共済金・給付金支払い等の可否を判断するために、個人情報を県連・商工会やリスクヘッジ会社と共同して利用すること。
- ③全国連と県連・商工会との間で各種金融商品・サービス等の提供・案内のために、個人情報を共同利用すること。
- ④リスクヘッジ契約の締結、リスクヘッジ契約に基づく通知、リスクヘッジの請求等のために個人情報をリスクヘッジ会社等に提供すること。

全国連と県連・商工会の一覧、各種商品やサービスの一覧、全国連における個人情報の取扱いについては、全国連ホームページ（<http://www.shokokai.or.jp/>）をご覧ください。