

# しおかぜ湘南経営者傷害共済・共済金請求書

友愛共済協同組合 宛

請求日 令和 年 月 日

しおかぜ湘南経営者傷害共済規定に基づき、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	加入口数
802		フリガナ	(不明な時は省略可)

<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 傷害死亡共済金	2 高度障害共済金	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。

<災害死亡共済金受取人> (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	〒	電話番号	
	フリガナ		
氏名 (自署)	フリガナ	加入者との続柄	生年月日
	印		昭和 平成 年 月 日

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。

銀行 金庫 農協	支店 営業部 出張所	口座番号	普通 貯蓄	
		口座名義人	(カタカナでご記入ください。)	

<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