

特別弔慰保険金・特別障害保険金 支払請求書

(団体定期保険 保険金・給付金請求書)



医療互助
現職会員用

特別弔慰保険金	1,000,000 円
脱退一時金	円
特別障害保険金	1,000,000 円

互助会記入				

公益社団法人 東京都教職員互助会 御中

◆下記のとおり保険金・給付金の支払いを請求します。

互助会記入欄

契約者	証券番号	2 1 2 9 2 0 7 5
	団体名	公益社団法人 東京都教職員互助会
	代表者役職名・ 代表者氏名	(印) (属出印)

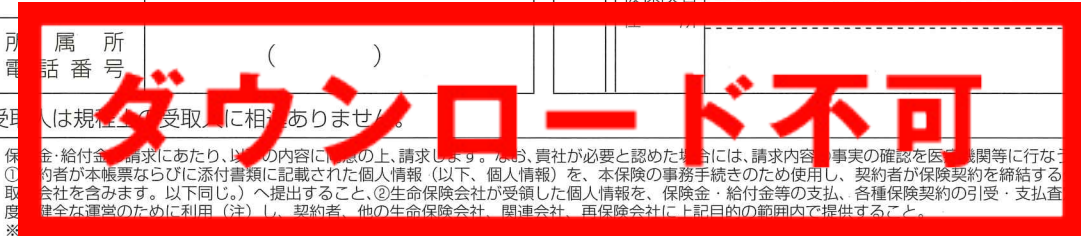
所属所記入欄

所属所	所属所名	
	所属所長 氏名印	(印)
	所属事務 取扱者氏名印	(印)
	所属所 電話番号	()

被保険者

所属所番号 (右詰め)		① 本人	
職員番号 (右詰め)		② 配偶者	
氏名 (フリガナ)			
性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	生年月日	昭和 平成 年 月 日
加入日	昭和 平成 年 月 日	死傷日	昭和 平成 年 月 日
被保険者 (フリガナ) 〒 都道府県			

*下記受取人は規定の受取人に相違ありません。



受取人記入欄

保険金・給付金請求にあたり、以下の内容に同意の上、請求します。なお、貴社が必要と認めた場合には、請求内容・事実の確認を医療機関に行なうことを承諾します。
 ① 契約者が本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報(以下、個人情報)を、本保険の事務手続きのため使用し、契約者が保険契約を締結する生命保険会社(共同取組会社を含みます。以下同じ。)へ提出すること、②生命保険会社が受領した個人情報、保険金・給付金等の支払、各種保険契約の引受・支払直前を含む生命保険制度健全な運営のために利用(注)し、契約者、他の生命保険会社、関連会社、再保険会社に上記目的の範囲内で提供すること。
 ※(注) 保険医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。2 枚目にも押印ください。印鑑証明書提出の場合は、印鑑証明書の印を押印ください。

受取人※	受取人氏名	(フリガナ)	ご印鑑	(印)
	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
	受取人住所(自宅)	〒 (フリガナ) 都道府県 市区郡	電話(日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()
	アパート・マンション・寮の場合は、名称・号楼・室番号までご記入ください(フリガナもご記入ください)。			

送金先	銀行コード		支店コード		口座名義人 (フリガナ)	
	銀行・労金・信託・ 信金・信組・農協					本店 支店 出張所 店
	口座種目	普通(総合)	口座番号(右詰め)			

訂正される場合は訂正印を押印ください。

- 注1 特別弔慰保険金は本人または配偶者会員が死亡したときに給付します。脱退一時金は本人会員の死亡のときに給付します。
 特別障害保険金は本人または配偶者会員が所定の高度障害状態に該当したときに給付します。
- 2 添付いただく書類
 <特別弔慰保険金>
 ●死亡診断書又は死体検案書 ●被保険者の死亡の事実のある戸籍謄本 ●受取人の戸籍謄本 ●受取人が配偶者以外の場合は誓約書(18-②)及び印鑑証明書
 <特別障害保険金>
 ●障害診断書 ●被保険者の戸籍謄本 ●受取人の戸籍謄本 ●受取人の印鑑証明書