

西条商工会議所うちぬき共済制度

家族災害死亡見舞金申請書兼請求書

申請・請求額	円
--------	---

上記給付金の支給を受けたく、下記記載事由が事実と相違ないことを証明し、申請及び請求致します。

平成 年 月 日

西条商工会議所 御中

事業所番号	住 所		
	事業所名		電話番号
	代表者名	印	

事 由

5. 上記給付金該当者

加入者番号		加入者名	(口)
住 所			

6. 給付金該当事由

傷 害 名			
該当家族名			
病院又は 診療所	所在地		
	名 称	TEL	
	医師氏名		
年 月 日	(死亡)	年 月 日	(発生日) 年 月 日
添付書類	① 死亡診断書 (写) ② 続柄を証明する住民票・健康保険証等書類		

処 理 欄	受付日		受付番号	
	専務	局長	課長	担当者

【家族災害死亡見舞金の支払】

会議所は、被保険者の特定親族が傷害を被り、死亡（傷害発生の日から180日以内に死亡した場合に限ります。）した場合には下記金額を家族災害死亡見舞金として支払います。なお、傷害が保険期間中に生じた場合に限ります。

特定親族…①配偶者

②加入者または配偶者の同居の親族

③加入者または配偶者の別居の未婚の子

見舞金額

前項により支払う見舞金の額は、下記の通りとする。

1口	2口	3口	4口	5口
20,000	40,000	60,000	80,000	100,000