

(様式3)

No. _____

互助金・障害給付金請求書
(団体定期保険 保険金・給付金請求書)

加入団体名	
加入番号	
加入年月日 (継続加入の場合は) (当初の加入年月日)	年 月 日
加入者氏名	フリガナ -----
死亡年月日	年 月 日
傷病名	
請求金額	互助金額 万円 特別互助金額 万円
上記加入者の互助金・給付金を請求いたします。 年 月 日 全国町村議会議員互助会長殿 都道 町 府県 村 加入代表者 印	
添付書類 1. 死亡の場合 死亡診断書・除籍謄(抄)本※コピー可・在籍証明書(様式7) 2. 高度障害・障害の場合 障害診断書(様式5)・在籍証明書(様式7) 3. 上記1・2ともに不慮の事故による場合は次の書類を併せて添付 ○事故状況報告書(様式6) ○交通事故の場合は交通事故証明書(自動車安全運転センター発行)を併せて提出	
加入者または 互助金の受給者 の記入欄	上記の互助金または給付金の請求を了知しました。 また、〈個人情報のお取扱いについて〉に提出書類に記載の者全員が同意 していることを確認しています。 (加入者との続柄) (氏名) 印

〈個人情報のお取扱いについて〉

契約者(全国町村議会議員互助会)は、本請求に伴って取得する本帳票ならびに添付書類(診断書類、本籍地が記載された戸籍書類等)に記載された個人情報を、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引受保険会社(大樹生命保険株式会社)へ提出いたします。

引受保険会社は、受領した個人情報を、この保険契約の支払査定、各種保険契約の引受・支払査定を含む生命保険制度の健全な運営、その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、契約者に上記目的の範囲内で提供いたします。

(注)保健医療等の機微(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。

※ この欄は使用しないでください。

査定欄	受付日	団体No	加入日	支払額	承認印
	.	32	.		

注：4部作成2部全国町村議会議員互助会に提出して下さい。