

1. 下記の情報をご記入ください

|                |                |     |   |   |
|----------------|----------------|-----|---|---|
| 記入日            | 20             | 年   | 月 | 日 |
| 共済会名           |                | 職場名 |   |   |
| 個人番号<br>(職員番号) | ※マイナンバーではありません |     |   |   |
| フリガナ           |                |     |   |   |
| 共済契約者<br>氏名    |                |     |   |   |

全教共済で定める個人情報の取り扱いについて同意し、共済金請求をします。

|         |           |      |   |                   |  |  |  |  |  |  |
|---------|-----------|------|---|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| 共済現住契約者 | 〒         |      |   |                   |  |  |  |  |  |  |
|         | 連絡先TEL    |      |   |                   |  |  |  |  |  |  |
| 振込口座    | 銀行 労金 農協  | 支店名  | 支店番号  | 口座番号<br>※右詰めで記入   |  |  |  |  |  |  |
|         | 信用金庫 信用組合 | 預金種目 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄 | 口座名義人<br>※カタカナで記入 |  |  |  |  |  |  |

※共済契約者の口座をご記入ください(共済契約者死亡時は受取人のもの)

2. 事由発生日及び必要項目を記入し、申請する項目にを入れてください

|         |  |  |  |
|---------|--|--|--|
| 事由発生日   | 年 月 日  |  |  |
| 慶事祝金    | <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 結婚記念日 [ <input type="checkbox"/> 水晶婚式(満15年) <input type="checkbox"/> 銀婚式(満25年) <input type="checkbox"/> 翡翠婚式(満35年)]<br><input type="checkbox"/> 出産(人) <input type="checkbox"/> クリスタル給付(年 月 日)<br>※双子以上の場合の子の数を記入 ※総合共済加入歴10年以上かつ40歳以上の独身者で結婚・出産・結婚記念日祝金を受けていない方 |  |  |
| 療養見舞金   | <input type="checkbox"/> 連続した30日以上療養休暇(期間 年 月 日 ~ 年 月 日)   |  |  |
| 死亡見舞金   | <input type="checkbox"/> 教職員加入者本人死亡 → 下記受取人情報をご記入ください<br><input type="checkbox"/> 配偶者死亡 <input type="checkbox"/> 子ども死亡 <input type="checkbox"/> 親死亡<br>※25歳未満の未婚、未就業の子 ※給付は2回を上限、ただし、義父母、養父母も対象とします<br>フリガナ 亡くなられた方の氏名   |  |  |
| 火災見舞金   | <input type="checkbox"/> 全焼 <input type="checkbox"/> 半焼 <input type="checkbox"/> 部分焼   |  |  |
| 自然災害見舞金 | <input type="checkbox"/> 全壊・流出 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 部分壊  |  |  |
| 災害見舞金   | <input type="checkbox"/> 救助法適用見舞金<br>単独の申請(建物被害がない場合)は「救助法適用見舞金申請書」で給付申請できます<br>居住する建物の被害がある場合は自然災害見舞金を合わせて給付申請できます<br>(り災証明書・被災写真が別途必要)   |  |  |

【共済契約者死亡時のみ】受取人の情報をご記入ください

|     |        |    |         |
|-----|--------|----|---------|
| 受取人 | フリガナ氏名 | 続柄 | 〒住所 TEL |
|     | 印      |    | — —     |

「個人情報に関するお知らせ」

給付申請書と給付申請にかかわる書類等にご記入いただいた個人情報は給付の用にのみ利用させていただきます。詳しくは、全教共済ホームページ等で公表している「全教個人情報保護方針(プライバシーポリシー)」をご参照ください。

|            |   |   |  |       |       |
|------------|---|---|--|-------|-------|
| ※ 以下共済会で記入 | ①相殺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | ②返金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 救助法適用地域の確認   | 共済会   | 全教共済  |
| 共済         | 年 月 ~ 年 月   | 円 相殺・返金   | <input type="checkbox"/> 適用地域<br><input type="checkbox"/> 隣接地域 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 共済         | 年 月 ~ 年 月   | 円 相殺・返金   |  |       |       |
| 共済         | 年 月 ~ 年 月   | 円 相殺・返金   |  |       |       |