

※正社員組合員または組合費1,970円のパートナー社員に適用されます。

共 済 事 由		保障額	
死 亡	組 合 員	病死(含む自殺)	1,060,000円
		不慮の事故等の死亡	2,020,000円
		交通事故死亡	2,020,000円
	配 偶 者	40,000円	
	子	20,000円	
	親	6,000円	
障 害	病 気 に よ る 重 度 障 が い		1,060,000円
	不慮の事故等	第1級 ~ 第2級	2,060,000円
		第3級	900,000円
	による障がい		~
	交通事故	第1級 ~ 第2級	2,060,000円
		第3級	900,000円
	による障がい		~
		第14級	40,000円
	疾病障害見舞金		40,000円
	療 養	不慮の事故による入院 (日 額)	
病気等による入院 (日 額)		1,000円	
交通事故による		入 院 (日 額)	1,000円
		通 院 (日 額)	
傷病見舞金		14日以上	4,000円
		30日以上 さらに	6,000円
		90日以上 さらに	8,000円
	120日以上 さらに	8,000円	
ドナー支援金		10,000円	

共 済 事 由			保障額	
住 宅 災 害	1.火災 2.落雷	全 焼	70%以上	200,000円
	3.爆発 4.破裂	半 壊	50%以上	180,000円
	5.車両の 飛び込み	半 焼	30%以上	140,000円
			20%以上	100,000円
	6.航空機 の墜落	一部焼 ・ 一部壊	10%以上	60,000円
			5%以上	40,000円
			5%未満	10,000円以内
	風水害等	全壊・流出		60,000円
		半 壊		30,000円
		一 部 壊		2,000円 ~ 6,000円
床上浸水		2,000円 ~ 30,000円		
地震等		全 損		20,000円
	大規模半損		12,000円	
	半 損		10,000円	
	一 部 損		2,000円	
同居親族の死亡			20,000円	
結 婚 祝 金			24,000円	
銀 婚 祝 金			15,000円	
子 の 出 生 祝 金			9,000円	
就 学 祝 金	子の小学校入学		6,000円	
	子の中学校入学		6,000円	
	子の高校入学		6,000円	
	子の大学入学		6,000円	

こくみん共済(全労済)福岡
coop

口座振り込み依頼書

提出日： 年 月 日

下記の指定口座への振り込みを依頼します。

店舗名： _____

氏名： _____ (印)

振込口座			
金融機関	銀行	支店名	支店
	郵便局 その他		
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座 名義人			

正社員組合員または組合費1,970円のパートナー社員に適用されます。

事由発生から90日以内に申請をしてください。

別紙の『総合・慶弔共済証明書』をご記入の上、こちらの用紙と購入した切手を同封し、組合事務所まで郵送をお願いします。

事務手続きが完了次第、上記の振り込み口座に振り込みをします。

ご不明な点は下記組合事務所もしくは18廿木店 平道までご連絡ください。

基本的に平日9時~13時は事務員が常駐しています。

申請書送付先：〒813-0031 福岡市東区八田2丁目21-21-203

嘉穂無線労働組合 TEL/FAX 092-404-2345

組合員居住地(勤務地)の所在する都道府県の全労済の会員たるまたは、当該職域内(生協ごとの定款で定めた区域)に勤務する全労済の会員たる

総合(慶弔)共済 証明書

(共済金請求に伴う個人情報の取り扱いについて)

①支払請求書に記載されている個人情報、添付いただいた書面に記載されている個人情報等は、法律に定められた場合を除き、共済金支払等に関する業務や全労済の事業・各種商品・サービスの案内等の目的に利用し、他の目的には利用いたしません。
②前記個人情報は、全労済が適切かつ厳重に管理し、一定期間を経過したものは内部に定めたルールに従い責任を持って処分します。

生活協同組合 御中

▼必要事項を正確に記入してください。

慶弔

契約者↓団体↓生活協同組合へ

契約者(組合員)	契約者氏名 (フリガナも必ず記入してください)		契約者印	生 年 月 日
	フリガナ 氏	名		平成・昭和・大正・19 年 月 日

共済金の種類	証 明 内 容			
死亡弔慰金	該 当 者 氏 名	生 年 月 日	性 別	
	フリガナ 氏	名	平成・昭和・19・20 年 月 日	1. 男 2. 女
	契 約 者 と の 続 柄 (該当するものに○をつけてください)			死 亡 年 月 日
	父母(配偶者の父母含む)	配偶者	子(妊娠7カ月以上の死産含む)	平成・20 年 月 日
傷病見舞金	傷 病 名			
	休 業 期 間	平成・20 年 月 日 ~ 平成・20 年 月 日 (日間)		
	給 付 済 期 間	平成・20 年 月 日 ~ 平成・20 年 月 日 (日間)		
	病 院 名		電 話 番 号	()
	所 在 地			
結婚祝金 銀婚祝金	配 偶 者 氏 名	生 年 月 日	婚 姻 届 提 出 日	
	フリガナ 氏	名	平成・昭和・19 年 月 日	平成・昭和・19 年 月 日
	事 由 (該当するものに○をつけてください)		婚 姻 届 出 役 所 名 (事由が「1.結婚」の場合のみ記入してください。)	
	1. 結婚	2. 銀婚記念		
出生祝金	子 の 氏 名	生 年 月 日		
	フリガナ 氏	名	平成・20 年 月 日	
就学祝金	子 の 氏 名	学 校 名		
	フリガナ 氏	名	(1. 小学校 2. 中学校 3. 高校 4. 大学(短大・専門学校を含む))	
	生 年 月 日	平成・昭和・19・20 年 月 日	入 学 年 月 日	平成・20 年 月 日
勤続祝金	団体所属期間	平成・昭和・19・20 年 月 日から加入	勤 続 (1 0 ・ 2 0 ・ 3 0) 年	
退職餞別金	団体加入年月日	平成・昭和・19・20 年 月 日	退 職 年 月 日	平成・20 年 月 日
	退 職 事 由	1. 定年退職 2. その他退職 ()		
備 考				

上記の共済金請求に該当する事由があったことを証明します。

20 年 月 日

団 体 名 _____

印

県番号

団体番号

組合員番号

代 表 者 名 _____

記入にあたってのご注意

以下の注意事項等をご確認のうえ、所定欄の必要項目を正確にご記入ください。

共済金の種類	支払事由・注意事項など
死亡弔慰金	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約者のご家族(配偶者・子^{※1}・父母)が死亡された場合にお支払いします。 ・ 該当の方の氏名、生年月日、年齢、性別、契約者との続柄、死亡年月日を記入してください。 ※1：妊娠7ヶ月以上の死産の場合も含まれます。
傷病見舞金	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約者が傷病により休業された場合にお支払いします。 ・ 傷病名、休業期間^{※1}、給付済み期間^{※2}、病院名および病院の電話番号・所在地を記入してください。 ※1：休業期間とは、就業不能で、かつ医師によって治療を受けた期間をいいます。 ※2：給付済み期間は、同一傷病によって既に給付を受けた場合に、その休業期間を記入してください。
結婚祝金 銀婚祝金	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約者のご結婚、銀婚記念の際にお支払いします。 ・ 配偶者の氏名、生年月日、婚姻届提出日^{※1}、事由（結婚または銀婚記念）、および結婚の場合は婚姻届を提出された市区町村役所名を記入してください。 ※1：婚姻届提出日とは、結婚式を挙げた日ではありません。
出生祝金	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約者のお子様の出生時にお支払いします。 ・ お子様の氏名、生年月日を記入してください。
就学祝金	<ul style="list-style-type: none"> ・ お子様の氏名、生年月日、入学年月日、学校名、入学された学校の区分を記入してください。 ・ 契約者と同一生計のお子様が、「学校教育法」にもとづく小学校・中学校・高校・大学（短期大学・専門学校を含む）またはこれと同程度の教育段階の学校（教育施設）へ入学された際にお支払いします。
勤続祝金	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約者が、団体に一定期間所属された場合にお支払いします。 ・ 団体所属期間（加入年月日、勤続年数）を記入してください。
退職餞別金	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約者が団体に3年以上所属のうえ、退職される際にお支払いします。 ・ 団体への加入年月日、退職年月日、退職事由を記入してください。

<その他>

1. 複数の方について同時に同じ支払事由が発生した場合は、お手数ですが複数枚のご記入をお願いします。ただし、双子以上の死産の場合はその旨を備考欄に記入のうえ、1枚のみご提出ください。
2. 住宅災害見舞金、契約者ご本人の死亡弔慰金・重度障害見舞金の場合は、この証明書は使用いただけません。別途、提出書類が必要となりますので、全労済までお問い合わせください。

<団体のご担当者様へ>

団体名・代表者名および押印のないものは無効となります。必ずご記入・押印をお願いします。

総合(慶弔)共済 証明書

組合員居住地(勤務地)の所在する都道府県の全労済の会員たるまたは、当該職域内(生協ごとの定款で定めた区域)に勤務する全労済の会員たる

生活協同組合 御中

▼必要事項

赤枠内の項目で対象の申請の記入欄に必要事項を記入。

(共済金請求に伴う個人情報の取り扱いについて)

①支払請求書に記載されている個人情報、添付いただいた書面に記載されている個人情報が、定められた場合を除き、共済金支払等に関する業務や全労済の事業・各種商品・サービス等に利用いたしません。また、共済金が適切かつ厳重に管理し、一定期間を経過したものは廃棄いたします。

必要事項を記入して、必ず印鑑を押して、組合事務送付、もしくは執行部へ手渡し。

慶弔
契約者↓団体↓生活協同組合へ

契約者(組合員)	フリガナ	氏名	契約者印	平成・昭和・大正・19
	氏名	名		年 月 日

共済金の種類	証明内容		
死亡弔慰金	該当者氏名	生年月日	性別
	フリガナ 氏名	平成・昭和・19・20 年 月 日	1. 男 2. 女
	契約者との続柄(該当するものに○をつけてください)		死亡年月日
	父母(配偶者の父母含む) 配偶者 子(妊娠7カ月以上の死産含む)	平成・20	年 月 日
傷病見舞金	傷病名		
	休業期間	平成・20	年 月 日 (日間)
	給付済期間	平成・20	年 月 日 (日間)
	病院名	番号	()
	所在地		
結婚祝金 銀婚祝金	配偶者氏名	生年月日	婚姻届提出日
	フリガナ 氏名	平成・昭和・19	平成・昭和・19
	事由(該当するものに○をつけてください)	婚姻届出役所名(事由が「1.結婚」の場合のみ記入してください)	
出生祝金	子の氏名	生年月日	
	フリガナ 氏名	平成 年 月 日	
就学祝金	子の氏名	学校名	
	フリガナ 氏名	大学(短大・専門学校を含む)	
	生年月日	平成・昭和・19・20	入学年月日 平成・20
勤続祝金	団体所属期間	平成・昭和・19・20	勤続(10・20・30)年
退職餞別金	団体加入年月日	平成・昭和・19・20	
	退職事由	1. 定年退職 2. その他退職()	
備考	退職餞別金制度は、ありません。		

上記の共済金請求に該当する事由があったことを証明します。

20 年 月 日 団体名

この欄は、組合事務が記入します。

県番号 団体番号

印