

共済制度補完事業 保険金請求報告書

依頼日 年 月 日

所属所名

担当者名

記号番号	—
組合員氏名	
対象者氏名	(続柄)

※ 該当する制度に○をしてください。

	遺族附加年金制度
	遺族附加年金プラス制度
	退職後継続保障制度
	<ul style="list-style-type: none">死亡日・高度障害日 年 月 日上記になった原因 (※下記のいずれかに○をしてください。病気の場合は病名までご記入ください。) 病 気 (病 名 :) 自 殺遺族の代表者名 () (受取人数 : 人)
	重病克服支援制度
	<ul style="list-style-type: none">病 名 (悪性新生物 (がん) の場合その種類) : ()初 診 日 年 月 日
	医療費支援制度
	<ul style="list-style-type: none">病 名 : ()初 診 日 年 月 日[ご注意 保険期間開始時より前に発病した疾病または発生した事故による傷害の治療を目的とした入院はお支払の対象となりません。]入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送にて共済組合事務担当者様よりご報告ください。