

ライフアップのだ生命共済・共済金請求書

友愛共済協同組合 宛

請求日 令和 年 月 日

生命共済規定に基づき、下記の通り請求します。

団体コード	会員番号	加入者（被共済者）氏名	加入コース (不明な時は省略可)
808		フリガナ	

＜請求内容＞（該当する共済金に○を付け、必要添付書類と共に提出してください。）

1 死亡共済金	2 高度/後遺障害共済金	3 傷害入院共済金
①死亡診断書（コピー可） ②受取人の戸籍謄本（原本）	①当組合所定の障害診断書 (下記共済係までご連絡下さい)	①入院先病院の入院証明書 (原本)

＊「2 高度/後遺障害共済金」及び「3 傷害入院共済金」の受取人は加入者ご本人様です。

＜死亡共済金受取人＞（加入時に受取人をご指定されていた場合はその受取人様）

住所	〒	電話番号	
	フリガナ		
氏名 (自署)	フリガナ	加入者との続柄	生年月日
	印	昭和 平成 年 月 日	

死亡共済金受取人が未成年者の親権者・後見人署名欄

氏名 (自署)	フリガナ	受取人との続柄
	印	

＜共済金振込口座＞ 死亡共済金の場合は受取人の口座、その他の共済金は加入者様の口座を指定下さい。

銀行 金庫 農協	支店 営業部 出張所	口座番号	普通 貯蓄	
		口座名義人	(カタカナでご記入ください。)	

＜書類送付：お問合せ先＞

〒130-0026 東京都墨田区両国4-37-2 TKFビル4F

友愛共済協同組合 共済係 TEL 03-3634-7858

＜共済係記載欄＞	受付日 令和 年 月 日
支払共済金額 円	支払日 令和 年 月 日