ハッピーパック生命共済・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）
821	－	フリガナ	

＜請求内容＞（該当する共済金に〇を付け、必要添付書類と共に提出してください。）

1 病気/傷害死亡共済金	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 印	加入者との続柄	生年月日 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 印	受取人との続柄

＜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