共助会様式15号－③
共助会会員用

共助会総合保険の契約者死亡に伴う解約・給付金申込書

JA福島共助会

受付日

●ご記入前に必ず、お読みください。
（1）本書類は、申請者の自筆でご記入ください。
（2）本書類に記入いただいた内容について、確認のため連絡をさせていただく場合があります。
（3）本書類提出後の取消・変更はできませんので、内容が確定してからご提出ください。
（4）死亡日以降に発生した給付金については補償されません。
（5）退職互助医療保険の契約はできません。退職互助積立金は返戻いたします。

一般財団法人　福島県農協役職員共助会　宛

申込日	年	月	日

▼契約者会員本人の死亡により、共助会総合保険契約の解約をします。
解約による解約返戻金および死亡給付金等がある場合は、この申込書により請求をします。

保険契約者	会員コード		会員氏名	死亡日
	団体コード	会員番号	フリガナ	令和　年　月　日 死亡日で契約は終了します。

申請者				
氏名	印		会員との続柄	
住所	〒		電話番号（日中の連絡先）	

■契約者本人死亡に伴い添付いただく書類 ※①②必須添付＋該当する場合のみ③添付	確認チェック
① 契約者会員の死亡日が確認できる書類(死亡診断書または除籍謄本)の写し	必須添付 □
② 申請者の身元確認ができる書類（運転免許証または健康保険証）の写し	必須添付 □
③ 給付金等振込先口座の通帳の写し （注）共助会給付金の振込先が個人口座振替の場合のみ、申請者名義の口座に変更させていただくことになります。	個人口座の場合のみ添付 □

［お願い］ 給付金等の振込先変更について、事業所の担当者に確認してご記入ください。

Q：これまで共助会の医療給付金は、どちらの方法で給付されていますか？

A：**①団体経由で給付** ⇒ ※口座の変更は必要ありません。
※給付金は事業所から給付されます。

②個人口座に振込　申請者名義口座を指定してください。

▼共助会給付金振込先口座が会員本人名義口座（個人口座振替）でしたので、申請者名義口座を指定します。

振込先指定口座	金融機関名（JA名）	支店・店舗名	口座名義人
			フリガナ
	金融機関コード	店舗コード	口座番号（右詰めで記入してください。）
			漢　字

共助会使用欄

共助会総合保険			
契約年月	昭和 平成 令和　年　月		
解約年月	令和　年　月		
共助会給付状況	無	脱退給付金（～平成19年3月）	
		有	円
		無	※平成19年4月以降の契約者が該当
	有	※脱退給付金発生しない	

退職互助積立金		
積立状況・積立開始年月		解約（積立）返戻金
積立満了者	昭和 平成　年　月	円
積立期間中	昭和 令和 平成　年　月	
積立開始前	積立なし	※脱退給付金発生しない
未加入者	積立なし	

共助会死亡給付金			
共助会契約締結10年以上		共助会契約締結10年未満	
50，000円		30，000円	
承認	事務局長 □	検証（一次） □	起案 □

退職互助香典			
積立あり		積立なし	
10，000円		香典なし	
承認	事務局長 □	検証（一次） □	起案 □

団体名（事業所名）	印	事務局長	検証	起案