

●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		[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。
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(マイナンバーカード(顔写真面)または運転免許証等)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 ☐ <		

▼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			
									漢 字			
	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。)							

共助会使用欄

共助会総合保険			
契約年月		昭和 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	

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

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	

退職互助香典	
積立あり	積立なし
10, 000円	香典なし

団体名
(事業所名)

印

事務局長	検証	起案