

1. 下記の情報をご記入ください

記入日	20	年	月	日
共済会名		職場名		
個人番号 (職員番号)	※マイナンバーではありません			
フリガナ				
共済契約者 氏名				

全教共済で定める個人情報の取り扱いについて同意し、共済金請求をします。

共済現住契約者	〒										
	連絡先TEL										
振込口座	銀行 労金 農協	支店名	支店番号	口座番号 ※右詰めで記入							
	信用金庫 信用組合	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座名義人 ※カタカナで記入							

※共済契約者の口座をご記入ください(共済契約者死亡時は受取人のもの)

救助法適用見舞金

- ・救助法適用地域(または隣接地域)に居住し以下の被害を受けた方が対象
 適用地域の場合 建物、身体等に何らかの被害があった場合に対象となります
 隣接地域の場合 居住する建物に被害があった場合対象となります

2. 事由発生日、災害内容、被害状況及び給付事由証明書を記載してください

事由発生日	年	月	日	災害内容
-------	---	---	---	------

被害状況

給付事由証明書

上記の給付事由があったことを証明します。

年 月 日

職場名 _____

分会長氏名 _____

全日本教職員組合共済会理事長 殿

※申請者本人が分会長の場合は、共済会または組合役員の証明が必要です。

「個人情報に関するお知らせ」

給付申請書と給付申請にかかわる書類等にご記入いただいた個人情報は給付の用にのみ利用させていただきます。
 詳しくは、全教共済ホームページ等で公表している「全教個人情報保護方針(プライバシーポリシー)」をご参照ください。

※ 以下共済会で記入		①相殺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	②返金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	救助法適用地域 の確認	共済会	全教共済
共済	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金	<input type="checkbox"/>		
共済	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金			
共済	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金			
共済	年 月 ~ 年 月	円	相殺・返金			
					年 月 日	年 月 日