

スクラム共済（組織共済・団体共済）給付請求書

下記のとおり共済事由が発生しましたので、必要書類を添えて給付を請求します。

福祉保育労共済会御中

共済会 コード										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

請求年月日	年 月 日	代表者氏名	
単位共済会名		担当者氏名	印
		連絡先電話	

請求事由（この用紙で5件まで請求できます）

※1 該当番号欄には給付区分一覧表の該当する番号を記入します。 ※2 度合は療養見舞金の請求の際の入院・休業日数を記入します。

組合員番号	組合員氏名	※1 該当 番号	事由発生日 (期間)	※2 度合	共済金給付 請求額	本部記入	
						度合	決定額
							円
							円
							円
							円
							円
					掛金入金	合計	円
本部給付決定番号					済・未		
本部記入欄					印	本部決定	印

〈給付区分一覧表〉

組織共済				団体共済		
祝い金	弔慰金	療養見舞金	介護給付金	①型	②型	③型
101 結婚 102 銀婚 103 出生 104 小学校 入学	301 本人 302 配偶者 303 子ども 304 親・同一 生計の養 父母 305 同一生計 の兄弟・ 姉妹	401 病気入院 度合7～180日 402 ケガ入院 度合1～180日 403 病気休業 度合10～90日 404 ケガ休業 度合10～90日 405 異常妊娠・ 出産入院 度合7～180日 406 異常妊娠・ 出産休業 度合10～90日	701 介護給付 福祉用具利 用の自己負 担金の8割 を給付	503 病気入院 度合7～180日 504 ケガ入院 度合1～180日 505 病気休業 度合10～90日 506 ケガ休業 度合10～90日 507 異常妊娠・出産入院 度合7～180日 508 異常妊娠・出産休業 度合7～180日	501 普通死亡 (障害1～3級2・3・4) 502 事故死亡 (障害1～2級) 503 病気入院 度合7～180日 504 ケガ入院 度合1～180日 505 病気休業 度合10～90日 506 ケガ休業 度合10～90日 507 異常妊娠・出産入院 度合7～180日 508 異常妊娠・出産休業 度合10～90日	501 普通死亡 (障害1～3級2・3・4) 502 事故死亡 (障害1～2級) 503 病気入院 度合7～180日 504 ケガ入院 度合1～180日 505 病気休業 度合10～90日 506 ケガ休業 度合10～90日 507 異常妊娠・出産入院 度合7～180日 508 異常妊娠・出産休業 度合10～90日
共済金額の基準				共済金額の基準		
5,000円	301 30,000 円 他 5,000円	入院日額600円 休業日額300円 405・406 (3分の1)		入院日額2,500円 休業日額1,250円	普通死亡100万円・不慮死亡200万円 入院日額2,000円 休業日額1,000円	普通死亡100万円・不慮死亡200万円 入院日額1,500円 休業日額 750円