愛知県学校生活協同組合　御中

年　　月　　日

グループ保険申請 連絡票

学生協受付欄

学生協使用欄[記入不要]		
新規加入年月	当年コース	
	前年コース	

フリガナ		
本人氏名（掛金負担者）		
被保険者番号（職員番号）	－　区分	
分会名（学校名）		
分会番号（学校番号）		
フリガナ		区分（○をつけて下さい）
該当者名		本人 / 配偶者 / 子供

・被保険者番号及び分会番号を**右詰め**で記入
・区分は未記入でお願い致します

給付事由（自家共済）	チェック欄
病気による5日以上の入院	
病気による5日未満の入院	

※通院及び外来手術は非該当になります

＊病気による入退院日

入退院日	年　月　日～　年　月　日	手術の有無　有・無
入退院日	年　月　日～　年　月　日	手術の有無　有・無
入退院日	年　月　日～　年　月　日	手術の有無　有・無
入退院日	年　月　日～　年　月　日	手術の有無　有・無
入退院日	年　月　日～　年　月　日	手術の有無　有・無

給付事由（損害保険）		チェック欄
急激かつ偶発的な **事故/怪我** 注意(2)参照	＊手術（事故連絡票に詳細を記入）	
	＊入院（事故連絡票に詳細を記入）	
	＊通院（事故連絡票に詳細を記入）	

給付事由		チェック欄
高度障害	＊事故/怪我が原因の場合は事故連絡票が必要	
死亡	＊事故/怪我が原因の場合は事故連絡票が必要	

備考（連絡事項があればご記入下さい。）

注意(1)一つの給付事由につき、その都度FAX願います。

(2)上記(＊)の請求については、別紙「事故連絡票」についてもご記入の上FAX願います。

◎死亡の場合は、下記欄についても記載願います。（該当欄を○で囲んで下さい。）

死亡日	死亡原因	死亡前入院	入院日数
年　月　日	病気 / 事故	有り / 無し	日

学生協使用欄	受取人

＊自宅送付希望の方は自宅住所をご記入ください。

＊保険金（死亡・高度障害）請求の場合は自宅住所必須

自宅の住所	住所（〒　－　）　電話番号（　）　－

送信（担当）者　/分会名　　氏名

申請書No.

愛知県学校生活協同組合　FAX　(052) 261-7103