

ここに記載の私の個人情報を、甲賀広域勤労者互助会の利用目的の範囲内において利用されることに同意いたします。

(第8号様式)

(本部用)

## 保険金支払申請書

平成 年 月 日

甲賀広域勤労者互助会会長 様

事業所No. \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

評議員名 \_\_\_\_\_ 印

このたび下記のとおり保険金支払事由が発生したので、甲賀広域勤労者互助会保険金支払規程の規定により保険金の支払いをされたく、証明書を添えて申請します。

### 記

1. 保険金支払事由
2. 事由発生年月日 年 月 日
3. 保険金額 円
4. その他

保険金の支払いは、原則として事業所の指定預金口座へ振り込みます。

会員の退会又は死亡については指定の預金口座に振り込みますので、次にご記入下さい。

金融機関名	預金口座名	口座番号	口座名義 <small>(個人名の場合はカタカナで記入して下さい)</small>
支店	当座預金 普通預金		

支部受付印