

リビングリスク・所得補償制度請求受付票

連絡日 年 月 日

組合員名 (カタカナ)	苗字のみ記入	職員番号	
連絡先	TEL	勤務先	・ 自宅 ・ 携帯

【リビングリスク・所得補償制度】

給付請求項目はどれですか？			
リビングリスクの場合、○で囲んでください。			所得補償制度
ケガ・事故による入院・通院・手術等	賠償責任	携行品損害	
レンタル用品賠償責任	キャンセル費用	救援者費用等	
保障を受けられる方はどなたですか？			
氏名	続柄	本人	・ 配偶者 ・ 子供
事故日はいつですか？	年 月 日 ※日にちが不明の時は、年月までで結構です		
【所得補償制度の場合】 就業ができなくなった日はいつからですか？	年 月 日 ※日にちが不明の時は、年月までで結構です		
学校生協より保険会社所定の事故連絡票を <u>FAX</u> で送付します。			
事故連絡票の送付先	所属所宛て ・ 自宅宛て		
ご自宅の場合は FAX 番号をお教えてください。	自宅 FAX : () -		
※ご自宅に FAX がない場合は下記住所をご記入ください。			
〒			

こちらの連絡票で不明点がありましたら、再度ご確認をさせていただきますのでご了承ください。

鹿児島県学校生活協同組合 グループ共済担当

FAX 0120-15-3194



番号をお確かめの上送信ください