

記入日 令和 年 月 日

三重県市町村職員共済組合 経理課 貸付貯金係  
(FAX 059-253-1355)

所属所名 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_

## 必要情報連絡票（特定疾病保険金請求用）

① ご請求する方を選択してください

- 組合員本人  
 配偶者

② ご請求する方について、以下の情報を記入してください

氏名	生年月日	被保険者番号
カガキ	S・H	
診断年月日	病名	電話番号
令和 年 月 日		

記入いただいた内容をもとに、ご請求方法についてご連絡させていただきます

下記の【個人情報のお取扱いについて】を確認のうえ、三重県市町村職員共済組合 経理課 貸付貯金係にご提出をお願いします。

**【個人情報の取扱いについて】**

本連絡票に記載の個人情報は、保険制度運営等のために、三重県市町村職員共済組合および生命保険会社の間で相互提供いたします。

**【個人情報の利用目的】**

本連絡票に記載の個人情報については、三重県市町村職員共済組合および同組合が保険契約を締結する生命保険会社が以下の目的で使用いたします。  
生命保険会社の事務幹事会社（明治安田生命保険相互会社）の個人情報の取扱いにつきましては、ホームページ（<https://www.meijiyasuda.co.jp/>）  
をご参照ください。

三重県市町村職員共済組合

- ・本保険の加入案内

生命保険会社

- ・各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い
- ・子会社・関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- ・当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- ・その他保険に関連・付随する業務