

病気の請求に必要な書類<次の①～③をお取り揃えください>

① 共済金支払請求書 **生命系**

② 入院・通院・手術等治療証明書 (診断書)*裏表両面あり

③ 個人情報の取得・提供に関する同意書

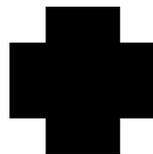
<請求書類の一部省略>

一部省略の場合、診断書料補助金は支払対象外です

- (A) 組織加入単組の60歳以下の組合員で、A型・B型・F型+23コースのみの共済契約のとき
- (B) 支払事由の発生日が新規加入および保障増額にかかる契約発効日から2年以上経過しているとき
- (C) 支払事由の発生日が新規加入および保障増額にかかる契約発効日から2年未満の場合でかつ2回目以降の病気入院共済金の請求のとき
※初回請求時に告知義務違反にかかる調査実施済でかつ有効契約として判断がされている契約の2回目以降の請求時に限ります。
- (D) 病気入院共済金を支払った後の退院後病気通院共済金の請求のとき

上記(A)～(D)のいずれかに該当する場合に限り、所定の「入院・通院・手術等治療証明書(診断書)」以外でも請求が可能な場合があります。認定に必要な入院期間や通院日が確認できる、次の(ア)～(オ)のいずれかの書類の写しとあわせて、所定の「自己申告書」に必要事項を記入しご提出ください。

- (ア) 保険会社、または他の共済事業で使用された診断書
- (イ) 医療機関発行の各種証明書
- (ウ) 医療機関発行の入院・通院費の領収書
- (エ) 医療機関発行の診療明細書
- (オ) その他、じちろう共済が認める証明書
(必要事項が記入されている場合)



(イ)～(オ)の書類の場合は **プラス**

<自己申告書>

**ご確認
ください!**

- * 成人病入院共済金を請求する場合は、上記(ア)の書類の写しに限り請求が可能です。
- * 手術共済金を請求する場合は、上記(ア)(エ)の書類の写しに限り請求が可能です。ただし、**放射線治療・温熱療法の場合は、上記(ア)の書類の写しが必要**です。
- * 「傷病障害共済金」および「疾病診断共済金」を請求する場合は所定の診断書の提出が必要です。



ご記入の際は、以下の点をご確認ください

共済契約者は組合員です。組合員本人のおなまえをご記入ください

支払決定通知をお送りします。現住所をご記入ください

受取人は組合員が死亡・重度障害状態等で請求できない場合を除き、組合員本人です

被共済者は診断書におなまえがある方となります。事由に該当される方のおなまえをご記入ください

該当の請求事由・請求契約に〇印をしてください

受取人が契約者本人の場合、捺印は不要です

受取人名義の口座情報をご記入ください

0051 生命系 0003

（共済金請求に伴う個人情報（要配慮個人情報を含む）の取扱いについて）

①こくみん共済＜全労済＞は、共済金請求書や添付いただいた診断書に記載されている個人情報（要配慮個人情報を含む）など、取得した個人情報に基づき定められた法令を遵守し、共済契約の締結・維持管理、共済金の支払などを含む共済契約の目的に関する業務、こくみん共済＜全労済＞の事業、各種共済商品、各種サービスののご案内などの目的のために利用させていただきます。②ご提供いただいた個人情報は共済金支払い取扱いに関する支払履歴作成業務のみに利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

共済金支払請求書（自治労共済用）

全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 COOP） 御中

請求日（記入日）：西暦でご記入ください。 20 年 月 日

▼組合員の所属番号・組合員番号は、必ず必ず確認してください。

氏名	組合	支部	職員コード	組合員番号

▼電話番号をご記入ください。 連絡先電話番号

共済契約者	性別	契約者生年月日(西暦)	①男	年 月 日	①自宅 ②その他
	②女				

▼電話番号をご記入ください。 連絡先電話番号

被共済者	性別	被共済者生年月日(西暦)	①本人 ①配偶者	年 月 日	②子ども ②その他
	②女		②子ども ②その他		

▼請求事由に〇印を記入してください。

請求事由	①疾病	②事故	③交通事故	成人病 (あり/なし)	①団体生命 ②長期共済
	④死亡	⑤重度障がい	⑥後遺障がい	④入院 ⑤通院	③親子共済 ④交通共済
	⑥手術	⑦傷病障がい/疾病診断	⑧ドナー	⑨がん保障	⑩先進医療

▼住所・電話番号・受取人名義・続柄・受取人区分をご記入（自署）の上、印鑑の押印（共済金額により捺印回数）をお願いします。なお、共済契約者が共済金受取人で、共済契約者の口座にお支払いする場合は、印鑑の押印は不要です。契約者死亡または重度障害発生が受取人です。また、共済金をお支払いした際は、こちらの旨に通知書をお送りします。

共済金受取人 住所 〒 市 区 丁目 番 号 連絡先電話番号

受取人区分(請求のときの〇印)

①指定代理請求人	②その他
----------	------

▼必ず受取人名義の口座をご指定ください。また、共済金は下記口座への入金をもって受領したものと認めます。

金融機関名	支店名	預金種目	口座(通帳)番号	口座名義人
銀行・金融 ()	本店	①貯蓄・普通		お名前でご記入ください
	支店	②当座		
	コード	③定期		
		④その他		

ゆうちょ銀行(郵便局) 1 0 - 口座名義人 お名前でご記入ください

▼団体生命共済の死亡・重度障害共済金をご請求の場合、一括で受取る方法の他に、「年金(分割)で受取る方法」があります。年金受取りをご希望の方は〇印をご記入ください。(本人死亡の場合は、事前に死亡共済金受取人指定がされていることが条件となります。)

死亡・重度障害共済金受取方法 年金受取 「年金受取」をご選択の場合は、別途、「団体生命共済 共済年金払出申請書 兼 年金請求書」をご提出ください。

納税義務国別認識 日本国外に納税義務国はありますか。ある場合はみ該当国をお記入ください。▶ 該当国 (該当国のお記入がない場合は、日本国外に納税義務国がないものとします)

事由に該当される方が未成年の場合は、親権者または後見人のおなまえ・続柄・押印をお願いします

被共済者は診断書におなまえがある方となります。事由に該当される方のおなまえ・押印をお願いします (未成年の場合は押印不要です)

事由に該当される方が組合員本人以外の場合は、組合員本人のおなまえ・押印をお願いします

個人情報（要配慮個人情報含む）の取得・提供に関する同意書

【被共済者記入欄】

- 私は、本件共済金請求にあたり、私の個人情報および要配慮個人情報（傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等。以下同じです。）を全国労働者共済生活協同組合連合会および都道府県生協等（以下、貴会）が取得することに同意します。また、貴会が共済金支払いに関する結果（私の個人情報および要配慮個人情報を含む）を、契約者（私を被共済者とする他の共済契約の契約者を含む）、共済金受取人および私が被共済者となっている共済契約の事務を行う団体（協力団体・労働組合・単産共済等）に対して、共済契約に係る事務手続き（共済金等の請求処理など）のために必要な範囲内で通知することに同意します。
- 私は、貴会もしくは貴会が委託した者が、共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認および通知の範囲に限り、以下の事項を行うことに同意します。なお、本書については、複製でも本書と同じ効力があるものと認めます。
 - 私の要配慮個人情報に関する以下の事項。
 - 私の要配慮個人情報に第三者（契約者を含みます。以下同じです。）から取得すること。
 - 私の要配慮個人情報を利用すること。
 - 私の要配慮個人情報に第三者に提供すること。
 - 治療・検査等を受けていた医療機関ならびに警察署・検察庁・消防署その他関係者に対して行う以下の事項。
 - 傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等、および事故内容、他の保険会社や共済団体等に関する事項、その他関連事項の照会および回答受理。
 - 診断書、診断書説明書、証明書等の作成依頼および交付受理。
 - X-ray、CT、MRI その他検査結果およびカルテ等の借用。または、これらの写しの交付依頼および交付受理。
 - 他の保険会社や共済団体等に対し、私に関する保険（共済）契約締結の有無、契約状況（傷病内容（診断書等関係書類の開示を含む））に関して照会し、回答を受理すること。

年 月 日	
被共済者 氏名	印
(患者様/承継者) 生年月日	年 月 日
住所	

受取者（被共済者の親権者、法定代理人または死亡共済金受取人等が署名・押印する場合）

承継者 氏名	印
被共済者との続柄 ()	

■被共済者（患者様）が署名・押印してください。

■被共済者（患者様）が未成年者や成年後見人である場合、またはお亡くなりになっている場合は、被共済者（患者様）の法定代理人または共済金受取人様が被共済者氏名および承継者氏名の署名・押印をお願いします。

【契約者記入欄】 ※契約者と被共済者が異なる場合のみご記入ください。

私は、貴会が共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認の範囲に限り、他の保険会社や共済団体、その他関係者に対し、私に関する保険（共済）契約締結の有無、契約状況および傷病内容（診断書等関係書類の開示を含む。）に関して照会をすること、および回答を受理することについて同意します。

年 月 日	
契約者 氏名	印
生年月日	年 月 日

■契約者の方が署名・押印してください。

書類が揃いましたら、所属の支部または共済サービスセンターへご提出ください