

〈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 coop<全労済>は、共済金請求書や添付いただいた書類に記載されている個人情報（要配慮個人情報を含む）など、取得した個人情報は法律で定められた場合を除き、共済契約の締結・維持管理、共済金のお支払などを含む共済契約の判断に関する業務や、こくみん共済 coop<全労済>の事業、各種共済商品、各種サービス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番号は共済金支払い取引に関する支払調書作成事務のみに利用し、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

事業規約・細則に基づき、必要書類を添えて下記のとおり共済金の請求をいたします。

組合名

印

こくみん共済 coop<全労済>が個人情報（要配慮個人情報を含む）を取得することに同意します。

請求日（記入日）：西暦でご記入ください。

請求日（記入日）			
20	年	月	日

▼組合員の所属番号・組合員番号は、必ず単組で確認してください。

県	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。

共済契約者 (組合員)	フリガナ	性別	契約者生年月日(西暦)	連絡先電話番号
		① 男 ② 女	年 月 日	① 自宅 ② その他 - -
被共済者	フリガナ	性別	被共済者生年月日(西暦)	ご契約者との続柄
		① 男 ② 女	年 月 日	① 本人 ① 配偶者 ② 子ども その他 ()

▼該当に○印をご記入ください。

請求事由	(原因) ① 疾病 ② 事故 ③ 交通事故	成人病	あり なし	請求契約	① 団体生命 ② 長期共済
	(事由) ① 死亡 ② 重度障がい ③ 後遺障がい ④ 入院 ⑤ 通院 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				③ 親子共済 ④ 交通災害 ⑤ 税適年金 ⑥ 子ども保障

▼住所・電話番号・受取人氏名・続柄・受取人区分をご記入（自署）のうえ、ご押印（共済金額により登録印鑑）をお願いします。契約者死亡以外は契約者本人が受取人です。また、共済金をお支払いした際は、こちらの住所に通知書をお送りします。

共済金受取人	〒	フリガナ	連絡先電話番号
	住所		- -
	名前 (自署)	印	ご契約者との続柄 ① 本人 ① 配偶者 ② 子ども その他 () 受取人区分(該当のときのみ○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。

どちらか一方を指定していただきます	金融機関名	支店名	預金種目	口座(通帳)番号	口座名義人
	ゆうちょ銀行 以外の金融機関 銀行・金庫・() コード	本店 支店	① 総合・普通 ② 当座 ④ 貯蓄 その他 ()		カタカナでご記入ください▼
	ゆうちょ銀行(郵便局)	記号	番号	口座名義人	カタカナでご記入ください▼
		1 0 -			

▼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○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 共済年金申出書 兼 年金請求書」をご提出ください。
----------------	--------	-----------------------------------------------------

納税義務国確認欄	日本国外に納税義務国はありますか。ある場合のみ該当国家をご記入ください。▶ 該当国家 (該当国家の記入がない場合は、日本国外に納税義務国がないものとします)
----------	-----------------------------------------------------------------------------------

処理欄	自治労単組	受付日	発送日	自治労支部	受付日	共済金C	受付日	備考
		/	/		/		/	

新型コロナウイルス感染症 入院・療養申告書

※本申告書は、契約者または被共済者にてご記入ください。

ご記入日： 年 月 日

1. 被共済者氏名 (陽性で療養された方)	生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日
2. 傷病名	新型コロナウイルス(COVID-19)感染症	
3. 陽性が判明した日 (診断日)	20 年 月 日	
4. 療養(*)・入院の状況		
(1) 療養(*)の場合	該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> のうえご記入をお願いします。	
	<input type="checkbox"/> 自治体が発行した臨時宿泊施設での療養 ● 施設名： ● 療養期間：20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自宅での療養 ● 療養期間：20 年 月 日 ~ 20 年 月 日	
	提出書類	医療機関や保健所発行の、患者氏名・傷病名・診断日・療養(*)指示期間などの記載がある書類もあわせてご提出ください。 例：「入院(延長)勧告書」、「就業制限通知」、「入院勧告終了通知」、「就業制限解除通知」、「退所証明書」、「『My HER-SYS』の療養証明書の画面コピー」、「宿泊施設に関するご案内文書」など
(2) 入院の場合	医療機関名	
	入院期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日
	提出書類	医療機関発行の、患者氏名・入院期間・医療機関名などの記載がある書類もあわせてご提出ください。 例：診断書、退院証明書、領収書、診療明細書など 医療機関からの発行書類がない場合は上記「療養の場合」に記載している書類をご提出ください。

(*)「療養」とは、以下の①・②に該当する場合をいいます。

①2020年4月2日付の厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」等に定められている宿泊療養または自宅療養であること。

②「新型コロナウイルス感染症」に対して、本来は入院による治療が必要であったにもかかわらず、医療機関の事情により入院ができず宿泊療養または自宅療養となったこと。

ご申告いただいた内容について、追加書類のご提出をお願いする場合や、療養を指示した機関等に照会させていただく場合がございます。万が一、申告内容と異なる事実が判明した場合には、お支払いした共済金を返金いただく場合がございます。

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】

1. 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。）をこくみん共済 coop<全労済>が取得することに同意します。
2. 私は、こくみん共済 coop<全労済>もしくはこくみん共済 coop<全労済>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の範囲に限って、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、複写でも本書と同じ効力があるものと認めます。
 - (1) 要配慮個人情報に関する以下の事項。
 - ① 私の要配慮個人情報を第三者（契約者を含みます。以下同じ。）から取得すること。
 - ② 私の要配慮個人情報を利用すること。
 - ③ 私の要配慮個人情報を第三者に提供すること。
 - (2) 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。
 - ① 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。
 - ② 診断書、診療報酬明細書、証明書等の作成依頼および交付受理。
 - ③ X-P、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受理。
 - (3) 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）に関して照会し、回答を受理すること。

年 月 日

被共済者 (患者様/承諾者)	お名前	印
	生年月日	年 月 日
	住所	

承諾者（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）

承諾者 お名前 _____ 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）が未成年者や成年被後見人である場合、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のお名前および承諾者のお名前の署名・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、こくみん共済 coop<全労済>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って、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	お名前	印
	生年月日	年 月 日

■契約者の方が署名・押印してください。