



ご記入・押印ください

ボールペンなど消えない筆記具にてご記入ください

## 不慮の事故が原因の入院、通院、手術 共済金請求の記入例

**全労済**  
全国労働者共済生活協同組合連合会

＜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、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。

A欄

# 共 済 金 請 求 書

全労済 宛

事業規約・細則に基づき、必要書類を添え下記のとおり共済金の請求を

ご記入日 2018年 4月 1日

共済金受取人は契約者となります。

取得することに、被共済者とともに

担当部門

受付番号

| 該当する数字に○印を記入してください。 |              |        |
|---------------------|--------------|--------|
| ご請求の原因              | ご請求の内容       |        |
| ① 病気による             | ① 入院         | ⑤ 特定損傷 |
| ② ケガによる             | ② 通院         | ⑥ その他  |
| ③ 交通事故による           | ③ 手術         |        |
| ④ その他( )による         | ④ 後遺障害(重度障害) | ( )    |

▼受取人氏名・口座は、必ずご本人が署名・押印してください。訂正する場合は訂正印(請求印)を押印して下さい。

|                                |                 |         |     |                    |
|--------------------------------|-----------------|---------|-----|--------------------|
| 受取人(契約者)                       | フリガナ ゼンロウサイ タロウ | 契約者との続柄 | 請求印 | 連絡先電話番号            |
| 氏名                             | 全労済 名太郎         | 本人      |     | 自宅 携帯 012(345)6789 |
| 親権者等代理人欄(代理人がご請求する場合にご記入ください。) | フリガナ            | 受取人との関係 |     |                    |
| 氏名                             | 署 名             |         |     |                    |

※受取人(契約者)の方の住所をご記入ください。なお、代理人の方が請求される場合、代理人の方の住所をご記入ください。

|    |                     |                             |
|----|---------------------|-----------------------------|
| 住所 | 〒 1 5 1 - 8 5 7 1   | フリガナ トウキョウト シブヤク ヨギ 2-12-10 |
|    | 東京都 渋谷区 代々木 2-12-10 |                             |

※「お支払共済金のご案内」の送り先として、上記受取人の住所に

代理人(親権者や後見人等、受取人に代わり共済金をご請求される方)が請求される場合は、親権者等代理人欄へ代理人の氏名・フリガナをご記入ください。

「請求印」の押印を必ずお願いします。「印鑑証明書」の提出が必要になる場合は印鑑証明書の印鑑(実印)を押印してください。代理人がご請求される場合は、代理人の印鑑を押印してください。

▼今回、ケガをされた方または病気にかかられた方

|      |                                                                                                                          |           |         |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|
| 被共済者 | 私は、個人情報（要配慮個人情報を含む）を全労済が取得することに同意します。また、共済契約の存続および共済金の支払に関する確認の範囲に限って、全労済が要配慮個人情報を第三者から取得すること、利用することおよび第三者に提供することに同意します。 |           |         |
| フリガナ | ゼンロウサイ タロウ                                                                                                               | 生年月日      | 契約者との続柄 |
| 氏名   | 全労済 署太郎                                                                                                                  | 1960年1月1日 | 本人      |

▼共済金は下記の口座への入金をもって、上記受取人が受領したものと認めます。

|           |       |      |                                   |                   |                           |
|-----------|-------|------|-----------------------------------|-------------------|---------------------------|
| 金融機関名     | 支店名   | 預金種目 | 口座番号（右詰め）                         | 口座名義人(加付でご記入ください) |                           |
|           | 〇〇〇   | 新宿   | ① 総合・普通<br>② 当座<br>④ 貯蓄<br>その他( ) | 1234567           | フリガナ ゼンロウサイ タロウ<br>全労済 太郎 |
| 銀行・金庫・( ) | 本店・支店 | コード  |                                   |                   |                           |
| コード       | コード   |      |                                   |                   |                           |

  

|             |       |    |                   |
|-------------|-------|----|-------------------|
| ゆうちょ銀行(郵便局) | 記号    | 番号 | 口座名義人(加付でご記入ください) |
|             | 1 0 - |    | フリガナ              |

納税義務国確認欄

ゆうちょ銀行を指定される場合は、通帳記号もご記入ください。

請求をご記入ください。→ 該当国家がないものとします)

全労済使用欄

共済金請求書欄の記入が終わりましたら裏面へお進みください。

## B欄

## ▼ご請求の原因となった傷病についてご記入ください。

この欄は医師が記入する項目ではなく、被共済者(患者様)にご記入・ご申告いただくものです。正確にご記入・ご申告をいただけなかった場合、共済金がお支払いできない場合があります。

|                                                                   |                                               |    |          |              |    |       |           |    |    |    |    |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----|----------|--------------|----|-------|-----------|----|----|----|----|
| 傷病名<br>(診断名)                                                      | 〇〇〇〇〇〇                                        |    | 受傷日(発病日) | 2018年 3月 10日 |    |       |           |    |    |    |    |
|                                                                   |                                               |    | 初診日      | 2018年 3月 10日 |    |       |           |    |    |    |    |
| 身体の部位                                                             | 頭部                                            | 顔面 | 眼球       | 歯牙           | 頸部 | 胸部・腹部 | 背部・腰部・でん部 | 上肢 | 下肢 | 手指 | 足指 |
| ケガの状態                                                             | 骨折<br>または脱臼                                   |    |          |              |    |       |           |    |    |    |    |
| 入院期間                                                              | ① 2018年 3月 10日～ 2018年 3月 25日( 16日間) 病院名: 〇〇病院 |    |          |              |    |       |           |    |    |    |    |
| 通院期間                                                              | ② 年 月 日～ 年 月 日( 日間) 病院名:                      |    |          |              |    |       |           |    |    |    |    |
| 現在の状態                                                             | 治療 中止 治療継続中 転医 → [ 転医先病院名: ]                  |    |          |              |    |       |           |    |    |    |    |
| 固定具の使用期間                                                          | 年 月 日 ～ 年 月 日 現在使用中                           |    |          |              |    |       |           |    |    |    |    |
| 固定具の種類                                                            | ギブス シーン その他 → [ ]                             |    |          |              |    |       |           |    |    |    |    |
| 今回の傷病に関する前医および既往症についてご記入ください。ご記入がない場合は、それぞれの項目について「無し」として取り扱いします。 |                                               |    |          |              |    |       |           |    |    |    |    |
| 前医の有無                                                             | 無し 有 →                                        |    |          |              |    |       |           |    |    |    |    |
| 既往症の有無                                                            | 無し 有 →                                        |    |          |              |    |       |           |    |    |    |    |

## ▼手術のご請求がある場合はご記入ください。

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| 1回目 手術日/手術名            | 2回目 手術日/手術名 |
| 2018年 3月 12日/( 〇〇〇〇〇 ) | 年 月 日/( )   |

ケガ(不慮の事故・交通事故)の場合は、C欄へお進みください。

## C欄

## ▼ご請求の原因となった事故についてご記入ください。

この欄は、被共済者(患者様)にご記入・ご申告いただくものです。正確にご記入・ご申告をいただけなかった場合、共済金がお支払いできない場合があります。

|                       |                                                                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故日                   | 2018年 3月 10日 午前 午後 2時 00分頃                                                                                                          |
| 事故発生場所                | 東京都府中市三好町1-4 路上                                                                                                                     |
| 場所                    | 道路上 建物内 自宅敷地内 駅構内(改札内) 駅構内(改札外)                                                                                                     |
| 右記、該当する項目にチェックしてください。 | <input checked="" type="checkbox"/> 受傷した「ケガ」は、今回の事故以前に治療を受けたこと<br><input checked="" type="checkbox"/> 受傷した「ケガ」の症状は今回の事故以前に発生したものである |
| 事故発生状況                | 買い物帰りに両手に荷物を抱えて歩いていたところ、道路の段差に気づかず、つまづいて転倒した。                                                                                       |

## ▼交通事故の場合は以下についてもご記入ください。該当項目に○をしてください。

|      |                                                                                                                                                                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被共済者 | ① 運転中の事故 → ② 同乗中の事故<br>③ 歩行中の事故<br>交通機関 自動車<br>自動車・バイクの場合は下記もご記入ください。<br>事故日時点での運転免許証の有無 → 有 無<br>事故当時飲酒の有無 → 有 無<br>自動車またはバイク → 自動車 他車<br>相手方 → 自動車 バイク 自転車 歩行者 物体 なし その他 → [ ] |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

事故日、事故にあわれた場所をご記入ください。  
※番地などが不明な場合は、わかる範囲でご記入ください。

どのようにして事故が発生したのかご記入ください。

入院・手術等状況報告欄(請求の原因を問わず記入が必須です)  
※ただし診断書をご提出の方はこの欄の記入は不要です。

ケガ(不慮の事故・交通事故)の場合は必須です