

# 共済金請求のガイドブック



2021年6月版

## もくじ

ご請求手続きの流れ	P1～P2
請求に関する注意事項	P3～P4
《共済金のご請求について》	
ご請求に必要な書類目次	P5～P6
お亡くなりになった場合	P7～P8
所定の後遺障害（重度障害）になった場合	P9～P10
入院をした場合	P11～P12
通院をした場合	P13～P14
手術（放射線治療等）を受けた場合	P15～P16
特定の病名診断を受けた場合	P17
特定の身体の障害の状態になった場合	P18
所定の部位にお怪我を負った場合	P19～P20
所定の損傷状態（骨折・関節脱臼・腱断裂）になった場合	P21～P22
《その他》	
その他の場合	P23
（リビングニーズ（特定状態）共済金、介護支援共済金、重度障害支援共済金 介護・重度障害支援共済金、先進医療共済金、介護共済金、扶養者死亡共済金 扶養者重度障害共済金）	
交通事故の証明書	P24
《共済金請求書類の見本》	P26～P39

## ご請求手続きの流れ

### STEP 1 ご連絡いただく前に

①お手元に「共済契約証書」と「ご契約のしおり」をご準備ください。

ご請求をいただいた際、以下の項目について確認させていただきます。  
なお、お伺いした内容によっては確認させていただく項目が異なる場合もございます。

#### 被共済者がお亡くなりになった場合

- ・組合員番号
- ・お亡くなりになった方のお名前、生年月日
- ・お亡くなりになった日
- ・お亡くなりになった原因（事故内容や病名など）
- ・受取人の方のお名前、ご連絡先
- ・お亡くなりになる前の入院や手術の有無等

#### ご入院やご通院等をされた場合

- ・組合員番号
- ・ご入院、ご通院、手術等された方のお名前、生年月日
- ・ご入院、ご通院、手術等の原因（事故内容や病名など）
- ・事故日、発病日
- ・入院日、通院日
- ・手術日、手術名（手術を受けられている場合）

## ご請求手続きの流れ

### STEP 2 共済金受取人からご連絡ください

①ご準備いただいた「共済契約証書」と「ご契約のしおり」でご契約内容と共済金受取人をご確認ください。

共済金の請求は共済金受取人ご本人様からご連絡いただきますようお願ひいたします。

#### 共済金受取人とは

共済金の種類によって受取人が違います。

- 死亡共済金・死亡弔慰金 ⇒ 契約者または死亡共済金受取人
- 死亡共済金・死亡弔慰金以外（入院・通院・手術共済金等） ⇒ 契約者
- こくみん共済キッズタイプ・キッズワイドタイプ・こども保障タイプの扶養者事故（病気）死亡共済金・扶養者事故（病気）重度障害共済金 ⇒ 被共済者

以下の場合には当会の担当者もしくは共済金センターまでお問い合わせください。  
詳しい案内の後、ご請求に必要な書類をお届けします。

#### ■共済金受取人が意識障害などで請求行為能力がない場合

「指定代理請求人」を指定されている場合 ⇒ ご指定いただいた「指定代理請求人」からご請求いただきます。

「指定代理請求人」を指定されていない場合 ⇒ 代理の方からご請求いただける場合があります。

#### ■共済金受取人がすでに死亡されている場合

相続人の方から請求をしていただく必要があります。

#### ■共済金受取人が未成年の場合

親権者もしくは未成年後見人の署名・押印が必要になります。ただし、共済金受取人が既婚者

### STEP 3 当会にご連絡ください

#### 共済金センターへのお電話

TEL 0120-580-699

【受付時間】平日 9:00~19:00 (※) 土曜日 9:00~17:00  
(日曜・祝日・年末年始を除く)

#### インターネットでのご連絡

当会ホームページ <http://www.zenrosai.coop/>

## 請求に関する注意事項

### 請求書類到着後の取扱い

規定にしたがい、死亡共済金・入院共済金などをお支払いいたします。  
お支払いにあたっては、共済金受取人が指定した口座に共済金を送金した後に、支払内容の明細を郵送します。

### 請求内容に関する事実の確認について

お支払いの可否判断にあたって、事実の確認（治療の経過・内容、障害の状態、事故の状況などについて、共済金受取人・医療機関・検査機関などへ確認すること）をする場合があります。その際は、当会の担当者もしくは当会が確認業務を委託した会社の担当者よりご連絡させていただきます。事実の確認には、確認先の都合により日数を要する場合がありますのであらかじめご了承ください。

事実の確認が終了し共済金などの取扱いが決まり次第、遅滞なく手続きをさせていただきます。

### 診断書取得費用の補助

当会では、組合員の皆さまが安心してご請求いただけるよう品質の向上に努めております。その一環として、当会所定の診断書（原本）をご提出いただいた結果、お支払いする共済金の額が15,000円以下の場合には、その取得費用補助として一律5,000円をお支払いいたします。

#### 1. 対象となる当会所定の診断書

- 入院・手術等治療証明書（診断書）
- 診断書（部位・症状別傷害共済金用）
- 後遺障害診断書
- 死亡診断書（死体検案書）
- 診断書（介護保障用）または診断書（総合医療共済介護保障特約用）
- 診断書兼参考意見書

#### 2. お支払方法

共済金受取人が指定した口座にお振込みいたします。

## 請求に関する注意事項

### 書類の簡素化のご案内

共済金請求のお手続きは、共済金請求書に加えて、当会所定の診断書が原則として必要です。ただし、当会では、より負担なく共済金をご請求いただけるよう、一定の要件を満たしている場合には「当会所定の診断書」に代えて「他社所定の診断書」や「医療機関発行の各種証明書」によりご請求いただく方法があります。  
必要書類は次ページ以降でご確認ください。

### 共済金をもれなくご請求いただくために

ご請求に必要な書類が発行可能か、事前に医療機関にお問い合わせください。  
必要書類をご提出いただけない場合は「当会所定の診断書」もしくは「他社所定の診断書」をご準備のうえ、ご提出ください。  
また、必要事項が記載されていない場合は、改めて当会から書類のご提出をお願いする場合もあります。

### その他ご注意いただくこと

以下の場合は、次ページ以降の必要書類以外に追加で書類が必要となることがあります。  
必ず事前に当会までお問い合わせをお願いいたします。

- 共済金受取人（契約者）が既にお亡くなりの場合
- 代理請求制度のご利用を希望される場合
- （未）成年後見人からご請求いただく場合

## ご請求に必要な書類

### 病気の場合の保障

お亡くなりになった場合

死亡共済金

所定の重度障害に  
なった場合

重度障害共済金

入院をした場合

病気入院共済金  
長期入院見舞金  
入院時諸費用サポート共済金

通院をした場合

入院前通院共済金  
退院後通院共済金  
必要書類はP13~P14へ

手術（放射線治療等）を受け  
た場合

手術共済金  
放射線治療共済金  
必要書類はP15~P16へ

特定の病名診断を受けた場合

各診断共済金

特定の身体の障害の状態に  
なった場合

疾病障害共済金

## ご請求に必要な書類

### 事故（交通事故）の場合の保障

「交通事故」の場合、それぞれの共済金に「交通事故（災害）」と冠する場合があります。

お亡くなりになった場合

災害死亡共済金  
必要書類はP7～P8へ

所定の後遺障害（重度障害）になった場合

重度障害共済金  
障害共済金  
必要書類はP9～P10へ

入院をした場合

災害入院共済金  
災害長期入院見舞金  
災害長期入院一時金共済金  
入院時諸費用サポート共済金

通院をした場合

災害通院共済金  
入院前通院共済金  
退院後通院共済金  
必要書類はP13～P14へ

手術（放射線治療等）を受けた場合

手術共済金  
放射線治療共済金  
必要書類はP15～P16へ

所定の部位にお怪我を負った場合

部位・症状別傷害共済金  
必要書類はP19～P20へ

所定の損傷状態（骨折・関節脱臼・腱断裂）になった場合

骨折等諸費用サポート共済金  
必要書類はP21～P22へ

## お亡くなりになった場合

「必要書類 フローチャート」でご準備いただく書類の確認をお願いします。

### 必要書類 フローチャート

ご契約は  
発効日後2年以上経過していますか。



はい



いいえ

次ページで必要書類をご確認ください。

「当会所定の死亡診断書（死体検案書）」をご準備ください。



死亡原因が「自殺」または「災害死亡」であることが明らかな場合は  
次ページの書類でご請求いただけます。

## お亡くなりになった場合

### 必要書類 イメージ



下記のいずれかの書類をご準備ください。



他社所定の死亡診断書（死体検案書）をお持ちの場合

- 他社所定の死亡診断書（死体検案書）（写）

+

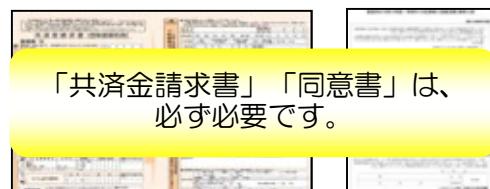
- 被共済者の戸籍謄本（全部事項証明書）（写）
- 共済金受取人の戸籍謄本（全部事項証明書）（写）

市（区町村）役所その他公的機関で発行される証明書（写）をお持ちの場合

- 市（区町村）役所その他公的機関で発行される証明書（写）

+

- 被共済者の戸籍謄本（全部事項証明書）（写）
- 共済金受取人の戸籍謄本（全部事項証明書）（写）



共済金請求書

同意書

「」または、「」の書類と併せて「共済金請求書」、「同意書」、「印鑑登録証明書」※1をご準備ください。

※「交通事故」「不慮の事故」の場合には「共済金請求書」のC欄の記入が必要です。

※交通事故の場合は「交通事故証明書」の提出もお願いいたします。

※1以下の場合は、印鑑登録証明書の省略が可能です。

- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円以下の場合
- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円を超えて400万円以下の場合は契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の口座を送金にご指定の場合
  - ・契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の掛金振替口座を送金先にご指定の場合(金額に関わらず省略可)

## 所定の後遺障害（重度障害）になった場合

「必要書類 フローチャート」でご準備いただく書類の確認をお願いします。

### 必要書類 フローチャート

公的災害補償制度※1で使用された後遺障害診断書（写）をお持ちですか。

はい



次ページで必要書類をご確認ください。

いいえ



※1 公的災害補償制度とはつぎに掲げるものをいいます。

- ・労働者災害補償保険法による災害補償制度
- ・国家公務員災害補償法による災害補償制度
- ・地方公務員災害補償法による災害補償制度
- ・自動車損害賠償保障法による自動車損害賠償責任保険および政府保証事業制度

他社所定の後遺障害診断書（写）をお持ちですか。

はい



次ページで必要書類をご確認ください。

いいえ

「当会所定の後遺障害診断書」をご準備ください。

## 所定の後遺障害（重度障害）になった場合

### 必要書類 イメージ



下記の書類をご準備ください。  
書類は下記の順序を優先してご提出をお願いします。



公的災害補償制度で使用された後遺障害診断書（写）をお持ちの場合

- 公的災害補償制度で使用された後遺障害診断書（写）



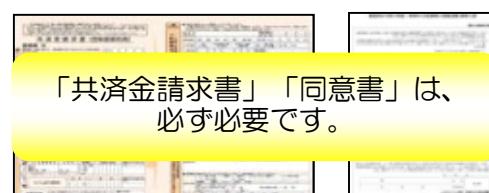
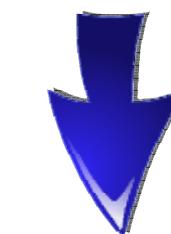
※「後遺障害診断書」は両面印刷・複数枚の場合がありますので、コピーの際はご注意ください。

- 労働者災害保障保険支給決定・支払通知書（写）
- 公務災害認定通知書（写）
- 自動車損害賠償責任保険の支払通知書、事前認定票（写）

※障害認定の詳細がわかる資料がある場合は併せて

他社所定の後遺障害診断書（写）をお持ちの場合

- 他社所定の後遺障害診断書（写）



共済金請求書 同意書

「」または、「」の書類と併せて「共済金請求書」、「同意書」、「印鑑登録証明書」※1をご準備ください。

※「交通事故」「不慮の事故」の場合には「共済金請求書」のC欄の記入が必要です。

※交通事故の場合は「交通事故証明書」の提出もお願いいたします。

※1以下の場合は、印鑑登録証明書の省略が可能です。

- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円以下の場合
- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円を超えて400万円以下の場合は契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の口座を送金にご指定の場合
- ・契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の掛金振替口座を送金先にご指定の場合(金額に関わらず省略可)

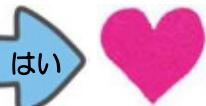
## 入院をした場合

「必要書類 フローチャート」でご準備いただく書類の確認をお願いします。

### 必要書類 フローチャート

他社所定の診断書（写）をお持ちですか。

いいえ



次ページで必要書類をご確認ください。

原因は「災害（不慮の事故・交通事故）」もしくは、事故の日からその日を含めて180日経過後に開始した入院ですか。

いいえ



次ページで必要書類をご確認ください。

原因は病気ですか。※1



※1 原因が不明な場合は「当会所定の診断書」もしくは「他社所定の診断書（写）」をご準備ください。

はい

入院の開始日は契約の発効日から2年以上経過していますか。

いいえ



次ページで必要書類をご確認ください。

病気による共済金の請求ははじめてですか。

はい



次ページで必要書類をご確認ください。

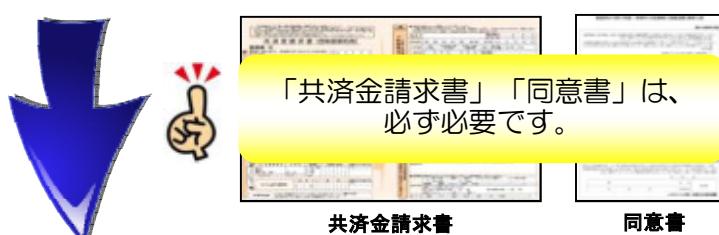
「当会所定の診断書」をご準備ください。

## 入院をした場合

### 必要書類 イメージ



※1 「他社所定の診断書（写）」、「医療機関発行の各種証明書（写）」や「診療明細書（写）」で、「入院期間」が確認できる場合は「領収書（写）」の提出は不要です。（確認できない期間がある場合は、その期間の領収書（写）が必要です）



「」、「」もしくは「」の書類と併せて「共済金請求書」、「同意書」、「印鑑登録証明書」※2をご準備ください。

※「交通事故」「不慮の事故」の場合には「共済金請求書」のC欄の記入が必要です。

※交通事故の場合は「交通事故証明書」の提出もお願いいたします。

※2以下の場合は、印鑑登録証明書の省略が可能です。

- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円以下の場合
- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円を超えて400万円以下の場合は契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の口座を送金にご指定の場合
- ・契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の掛金振替口座を送金先にご指定の場合(金額に関わらず省略可)

## 通院をした場合

ご請求いただく共済金の種類が「通院」に関連する場合は、「通院の原因となった傷病名」と「実際に通院した日」が確認できる書類が必要になります。以下の「必要書類 フローチャート」でご準備いただけた書類の確認をお願いします。

### 必要書類 フローチャート

他社所定の診断書（写）をお持ちですか。

はい



いいえ

次ページで必要書類をご確認ください。

医療機関発行の各種証明書（写）をお持ちですか。

はい



いいえ

次ページで必要書類をご確認ください。

診療明細書（写）をお持ちですか。

はい



いいえ



公費負担等で通院日を証明する書類がご準備できない場合はP39をご確認ください。

次ページで必要書類をご確認ください。

「当会所定の診断書」をご準備ください。

## 通院をした場合

### 必要書類 イメージ



下記の書類をご準備ください。書類は下記の順序を優先してご提出をお願いします。  
※下記の書類をご準備できない場合には「通院日確認書」で請求できる場合があります。使用には条件がありますので、P39で詳細をご確認ください。



他社所定の診断書  
(写)をお持ちの場合

- 他社所定の診断書  
(写)

医療機関発行の各種証明書(写)をお持ちの場合

医療機関発行の各種証明書の具体例は、以下に掲げるものをいいます。

- 退院証明書(写)
- 健康保険・傷病手当金の請求書(写)
- 労働者災害補償保険請求書(写)
- 医療機関指定様式の診断書(写)
- 診療報酬明細書(写)

※お支払いに必要な事項(疾患名・実通院日)が記載されている必要があります。

- 領収書(写)※1

医療機関発行の診療明細書  
(写)をお持ちの場合

- 診療明細書(写)



- 領収書(写)※1

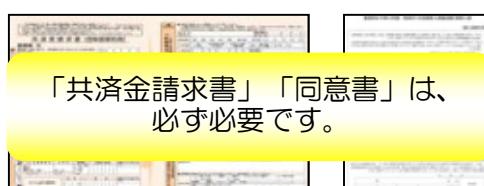
※「診療明細書(写)」でご請求いただく場合は「共済金請求書」のB欄(入院・手術等状況報告欄)の記入が必要です。



※1 「他社所定の診断書(写)」、「医療機関発行の各種証明書(写)」や「診療明細書(写)」で「実通院日」が確認できる場合は「領収書(写)」の提出は不要です。(確認できない通院日がある場合は、その通院日の領収書(写)が必要です)



「共済金請求書」「同意書」は、必ず必要です。



同意書

「」、「」もしくは「」の書類と併せて「共済金請求書」、「同意書」、「印鑑登録証明書」※2をご準備ください。

※「交通事故」「不慮の事故」の場合には「共済金請求書」のC欄の記入が必要です。

※交通事故の場合は「交通事故証明書」の提出もお願いいたします。

※2以下の場合は、印鑑登録証明書の省略が可能です。

- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円以下の場合
- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円を超えて400万円以下の場合は契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の口座を送金にご指定の場合
- ・契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の掛金振替口座を送金先にご指定の場合(金額に関わらず省略可)

## 手術（放射線治療等）を受けた場合

「必要書類 フローチャート」でご準備いただく書類の確認をお願いします。

### 必要書類 フローチャート

他社所定の診断書（写）をお持ちですか。

いいえ



次ページで必要書類をご確認ください。

原因は「災害（不慮の事故・交通事故）」もしくは、事故の日からその日を含めて180日経過後に受けた手術ですか。

いいえ



次ページで必要書類をご確認ください。

原因は病気ですか。※1



※1 原因が不明な場合は「当会所定の診断書」もしくは「他社所定の診断書（写）」をご準備ください。

はい

手術を受けた日は契約の発効日から2年以上経過していますか。

いいえ



次ページで必要書類をご確認ください。

病気による共済金の請求ははじめてですか。

はい



次ページで必要書類をご確認ください。

「当会所定の診断書」をご準備ください。

## 手術（放射線治療等）を受けた場合



放射線治療もしくは温熱療法の場合、ご契約のタイプによっては診療明細書ではご請求いただけません。

### 必要書類 イメージ



下記の書類をご準備ください。  
書類は下記の順序を優先してご提出をお願いします。



他社所定の診断書（写）を  
お持ちの場合

- 他社所定の診断書（写）

医療機関発行の診療明細書（写）を  
お持ちの場合

- 診療明細書（写）

- 領収書（写）※1

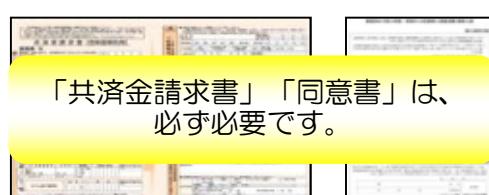
※「診療明細書（写）」でご請求いただく場合は  
「共済金請求書」のB欄（入院・手術等状況報告  
欄）の記入が必要です。



※1 「診療明細書（写）」で正確な「手術実施日」が確認できる場合は「領収書（写）」の提出は不要です。



「共済金請求書」「同意書」は、  
必ず必要です。



共済金請求書

同意書

「」、「」の書類と併せて「共済金請求書」、「同意書」、「印鑑登録証明書」※2をご準備ください。

※「交通事故」「不慮の事故」の場合には「共済金請求書」のC欄の記入が必要です。

※交通事故の場合は「交通事故証明書」の提出もお願い

※2以下の場合は、印鑑登録証明書の省略が可能です。

- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円以下の場合
- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円を超えて400万円以下の場合は契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の口座を送金にご指定の場合
- ・契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の掛金振替口座を送金先にご指定の場合(金額に関わらず省略可)

## 特定の病名診断を受けた場合

ご請求いただく共済金の種類が「悪性新生物診断共済金」「上皮内新生物診断共済金」「急性心筋梗塞診断共済金」「脳卒中診断共済金」の場合は以下の「必要書類イメージ」で必要な書類をご確認いただき、ご準備をお願いします。

### 必要書類 イメージ



下記のいずれかの書類をご準備ください。



他社所定の診断書（写）をお持ちの場合

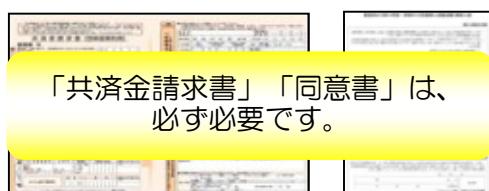
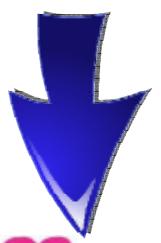
●他社所定の診断書（写）

※お支払いに必要な事項が  
記載されている必要があります。

他社所定の診断書（写）を  
お持ちでない場合

●当会所定の診断書

※診療明細書や領収書では、  
ご請求いただけません



共済金請求書

同意書

「」または、「」の書類と併せて「共済金請求書」、「同意書」、「印鑑登録証明書」※1をご準備ください。

※1以下の場合は、印鑑登録証明書の省略が可能です。

- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円以下の場合
- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円を超えて400万円以下の場合は契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の口座を送金にご指定の場合
- ・契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の掛金振替口座を送金先にご指定の場合(金額に関わらず省略可)

## 特定の身体の障害の状態になった場合

ご請求いただく共済金の種類が「疾病障害共済金」の場合は以下の「必要書類 イメージ」で必要な書類をご確認いただき、ご準備をお願いします。

### 必要書類 イメージ



下記のいずれかの書類をご準備ください。



他社所定の診断書（写）をお持ちの場合

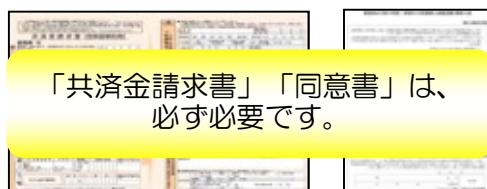
●他社所定の診断書（写）

※お支払いに必要な事項が  
記載されている必要があります。

他社所定の診断書（写）を  
お持ちでない場合

●当会所定の診断書

※診療明細書や領収書では、  
ご請求いただけません



共済金請求書

同意書

「」または、「」の書類と併せて「共済金請求書」、「同意書」、「印鑑登録証明書」※1をご準備ください。

※1以下の場合は、印鑑登録証明書の省略が可能です。

- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円以下の場合
- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円を超えて400万円以下の場合は契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の口座を送金にご指定の場合
- ・契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の掛金振替口座を送金先にご指定の場合(金額に関わらず省略可)

## 所定の部位にお怪我を負った場合

ご請求いただく共済金の種類が「部位・症状別傷害共済金」の場合は、以下の「必要書類 フローチャート」でご準備いただく書類の確認をお願いします。

### 必要書類 フローチャート

他社所定の診断書（写）をお持ちですか。

はい



次ページで必要書類をご確認ください。

いいえ

医療機関発行の各種証明書（写）をお持ちですか。

はい



次ページで必要書類をご確認ください。

いいえ

つぎのいずれかに該当しますか。

- i 打撲、擦過傷、挫傷または捻挫
- ii 筋、腱または靭帯の損傷または断裂  
(いずれも完全に切断されず、手術を伴わないもの)
- iii 熱傷
- iv 挫創、切創または挫滅創
- v 部位・症状が歯牙の欠損
- vi 不慮の中毒による事故

はい



次ページで必要書類をご確認ください。

いいえ

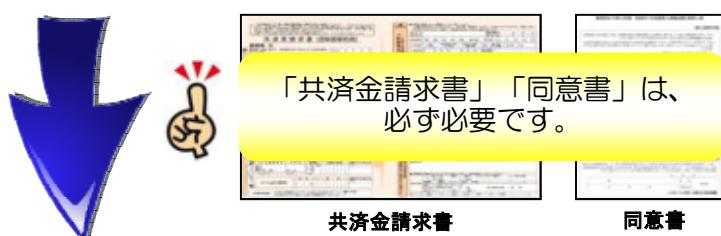
「当会所定の診断書」をご準備ください。

## 所定の部位にお怪我を負った場合

### 必要書類 イメージ



※1 「他社所定の診断書(写)」、「医療機関発行の各種証明書(写)」や「診療明細書(写)」で、「治療期間」が確認できる場合は「領収書(写)」の提出は不要です。



「」、「」もしくは「」の書類と併せて「共済金請求書」、「同意書」、「印鑑登録証明書」※2をご準備ください。

※「交通事故」「不慮の事故」の場合には「共済金請求書」のC欄の記入が必要です。

※交通事故の場合は「交通事故証明書」の提出もお願いいたします。

※2以下の場合は、印鑑登録証明書の省略が可能です。

- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円以下の場合
- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円を超えて400万円以下の場合は契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の口座を送金にご指定の場合
- ・契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の掛金振替口座を送金先にご指定の場合(金額に関わらず省略可)

## 所定の損傷状態（骨折・関節脱臼・腱断裂）になった場合

ご請求いただく共済金の種類が「骨折等諸費用サポート共済金」の場合は以下の「必要書類 フローチャート」でご準備いただけ

### 必要書類 フローチャート

他社所定の診断書（写）を  
お持ちですか。



はい



次ページで必要書類をご確認ください。

いいえ

医療機関発行の各種証明書（写）を  
お持ちですか。



はい



次ページで必要書類をご確認ください。

いいえ

「当会所定の診断書」をご準備ください。

## 所定の損傷状態（骨折・関節脱臼・腱断裂）になった場合

### 必要書類 イメージ



下記のいずれかの書類をご準備ください。



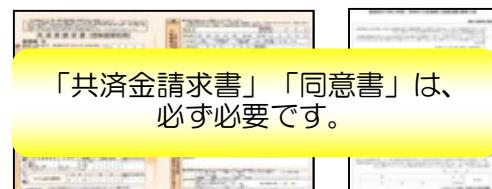
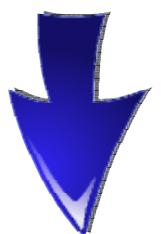
他社所定の診断書（写）をお持ちの場合

- 他社所定の診断書（写）

医療機関発行の各種証明書（写）をお持ちの場合

- 医療機関発行の各種証明書の具体例は、以下に掲げるものをいいます。
- 退院証明書（写）
  - 健康保険・傷病手当金の請求書（写）
  - 労働者災害補償保険請求書（写）
  - 医療機関指定様式の診断書（写）
  - 診療報酬明細書（写）
  - 医療等の状況（日本スポーツ振興センター）

※お支払いに必要な事項（傷病名・部位・治療期間）が記載されている必要があります。



「共済金請求書」「同意書」は、必ず必要です。

共済金請求書

同意書

「」、「」の書類と併せて「共済金請求書」、「同意書」、「印鑑登録証明書」※1をご準備ください。

※「交通事故」「不慮の事故」の場合には「共済金請求書」のC欄の記入が必要です。

※交通事故の場合は「交通事故証明書」の提出もお願いいたします。

※1以下の場合は、印鑑登録証明書の省略が可能です。

- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円以下の場合
- ・お支払いする共済金の合計金額が200万円を超えて400万円以下の場合は契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の口座を送金にご指定の場合
- ・契約者と共済金受取人が同じでかつ、契約者名義の掛金振替口座を送金先にご指定の場合(金額に閑わらず省略可)

## その他の場合



以下の共済金をご請求の場合は、事前に当会までお問い合わせをお願いいたします。

リビングニーズ（特定状態）共済金

介護支援共済金  
重度障害支援共済金  
介護・重度障害支援共済金

先進医療共済金

介護共済金

扶養者死亡共済金  
扶養者重度障害共済金



以下の場合は、事前に当会までお問い合わせをお願いいたします。

乳幼児医療費助成制度やひとり親家庭医療費助成制度など、全額公費負担の対象者で領収書や診療明細書の発行を受けられない場合

## 交通事故の証明書



交通事故証明書の交付を受けられなかった場合は、次の証明書のいずれかをご提出ください。いずれの書類もご提出ができない場合は、事前に当会までお問い合わせをお願いいたします。

交通事故による場合

自動車損害賠償責任共済（保険）支払通知書の写し

列車、駅構内等における事故の場合

専務車掌、駅長または助役の証明書

航空機、船舶の事故による場合

機長、船長、事務長または会社代表者の証明書

エレベーター、エスカレーターの事故、建造物の倒壊、物の落下による事故の場合

その建物等の管理者の事故証明書

道路通行中の事故の場合

その道路等の管理者の証明書

交通事故の場合で、上記に規定する書類が取得できない場合

下記のいずれかの書類  
ア 労働者災害補償保険請求書および支給決定・支払通知書の写し  
イ 公務災害認定申請書ならびに公務災害認定書の写し

その他、上記のいずれかの書類も取得できない場合

下記のいずれかの書類  
ア 第三者の目撃者(現認)証明書  
イ 示談書

# 共済金請求書類の見本

- ・共済金請求書
- ・同意書
- ・入院・手術等治療証明書（診断書）
- ・診断書（部位・症状別傷害共済金用）
- ・後遺障害診断書
- ・死亡診断書（死体検案書）
- ・診断書兼参考意見書
- ・診断書（介護保障用）
- ・診断書（総合医療共済 介護保障特約用）
- ・他社所定の診断書
- ・退院証明書
- ・医療機関指定様式の診断書
- ・診療明細書
- ・通院日確認書

## 共済金請求書類の見本

## 共済金請求書

共済金請求に必ず必要な書類です。書類はA4表裏です。

表面のA欄（共済金請求書欄）は共済金受取人の住所や共済金の振込先を記載いただきます。

裏面上段のB欄（入院・手術等状況報告欄）は治療の状況を記載いただきます。B欄は請求の事由を問わず記載が必要ですが、診断書をご提出の方はご記入いただく必要はありません。

※診療明細書でご請求の場合は必ず記載をお願いします。

裏面下段のC欄（事故発生状況報告欄）は事故の状況を記載いただきます。ケガ（不慮の事故・交通事故）の請求の場合はC欄の記入が必要です。

# 見本

## 共済金請求書類の見本

### 同意書

共済金のご請求には必ず必要な書類です。  
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です。

#### 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、本件共済請求にあたり、私の個人情報および要配慮個人情報（健診名、症状、治療内容、治療経過、既往歴、検査結果等、以下同じです。）を全国労働者共済生活協同組合連合会（以下、貴会）が取得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、共済契約の在籍および共済金の支払いに関する複数の組織に限って、以下の事項を行うことに同意します。なお、本欄については、裏写でも本筆と同じ丸印があるものと認めます。
  - 要配慮個人情報を第三者（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を第三者に提供すること。
- 治療・検査等を受けた医療機関ならびに薬剤師・検査室・外院医等その他関係者に対して行う以下の事項。
  - ①健診名、症状、治療内容、治療経過、既往歴、検査結果等、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、その他開通事項の調査および回答受理。
  - ②診断書、診察結果明細書、医明書等の作成依頼および交付受理。
  - ③X-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。
- 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（診断書等開通書類の開示を含む。）に関して開示し、回答を受領すること。

年　月　日			
被共済者 (患者様 / 家族様)	氏　名	□	
	生年月日	年	月
	住　所		

承認者（被共済者の法定代理人または共済金受取人様で署名捺印する場合）

承認者　氏名	□
被共済者との関係（　　）	

■被共済者（承認者）が署名・押印してください。  
■被共済者（承認者）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（承認者）の法定代理人または共済金受取人様が被共済者名前および承認者氏名の署名・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、貴会が共済契約の手続きおよび共済金の支払いに関する複数の組織に限って、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（診断書等開通書類の開示を含む。）に関して開示すること、および回答を受領することについて同意します。

年　月　日			
契約者	氏　名	□	
	生年月日	年	月

■契約者の方が署名・押印してください。

## 共済金請求書類の見本

# 入院・手術等治療証明書（診断書）

「入院」「通院」「手術」「特定の病名診断」等といった様々な事を確認することができる書類です。

原則、共済金を特定せずに使用することが可能です。

※「死亡・後遺障害（重度障害）」「介護」「リビングニーズ」「在宅ホスピスケア」に関する共済金請求の場合は専用の診断書が必要です。

## 共済金請求書類の見本

### 診断書（部位・症状別傷害共済金用）

「傷害を受けられた部位と程度」を確認することができる書類です。  
原則、「部位・症状別傷害共済金」に限定して使用します。

診断書（部位・症状別傷害共済金用）									
氏名	カルテ番号（ ）	性別 男・女	生年 月日	被保険者 登録番号（ ）	被保険者登録番号（ ）	被保険者登録番号（ ）	被保険者登録番号（ ）	被保険者登録番号（ ）	被保険者登録番号（ ）
1. 既往歴	□□□□□□□□□								
ア. 人間社会等に 關する既往歴	年月日								
イ. 病歴	年月日								
ウ. 手術歴	年月日								
入院の既往歴	前・不規→	既往の既往歴	年月日	前・不規→	既往の既往歴	年月日	前・不規→	既往の既往歴	年月日
2. ケガの状況	前・不規→	既往の既往歴	年月日	前・不規→	既往の既往歴	年月日	前・不規→	既往の既往歴	年月日
3. 身体の部位	ケガの状況と身体の部位を合わせて該当欄にし印を付けてください。								
頭部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
顎・顎関節	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
耳・鼻・喉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肝・脾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎・膀胱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
四肢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 治療期間	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日		
入院期間	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日		
5. 就診または 検査期間	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日		
6. 在住地	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日		
7. 入院料金	この料金は、その他の料金（手術料金等）と併せて請求する料金であり、請求額が料金より多くなる場合は、請求額を料金とする。請求額が料金より少くなる場合は、料金を請求額とする。								
8. 手帳	年月日（不規→）　該当欄・ケガが該当の場合は「該当する箇所」に印をしてください。								
内臓疾患既往歴でも とつて該当する箇所 の該当箇所を記入せ ばいい。該当箇所を コード・記号で記入し てください。	ア. 胃腸炎 イ. 胃炎 ウ. 胃癌 エ. 胃潰瘍 オ. 肝病 ハ. 肝硬変 ナ. 肝炎 ブ. 肝臓炎 ク. 肝臓癌 ゴ. 内臓疾患またはカテーテル ピ. その他								
9. 治療期間	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日		
10. 被保険者登録番号	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日	年月日	（就診・外来・通院期間）	年月日		
上記の通り記載します。									
住所									
名前									
登録番号									
電話番号									
	被保険者登録番号								
20009916	LAJ007-300-301908								

## 共済金請求書類の見本

## 後遺障害診断書

「後遺障害（重度障害）」を確認することができる書類です。  
原則、「後遺障害（重度障害）に関する共済金」に限定して使用します。

## 共済金請求書類の見本

### 死亡診断書（死体検案書）

「死亡」事由を確認することができる書類です。  
原則、「死亡に関する共済金」に限定して使用します。

死亡診断書（死体検案書）						
氏名			男 女	生年月日	全 (西暦)	
性別				年 月 日		
死亡日時	年　月　日　午前　・　午後　時　分					
死亡場所	1. お宅　2. 旅館　3. 介護老人保健施設　4. 老人ホーム　5. 由宅　6. その他( )					
死亡の原因	(ア) 疾病死因		致死的本 死因日 又は 死期日 自死の原因 病日を記入 してください	年　月　日・不詳		
	(イ) 行為死因			年　月　日・不詳		
	(ウ) 他の原因			年　月　日・不詳		
	(エ) (ガ) の原因			年　月　日・不詳		
	既往歴に問題ない いが、他の原因による死因 であると想定される場合は 記入してください			年　月　日・不詳		
手帳	姓・名		生年月日	年　月　日		
解説	主な既往歴					
死因の原因	1. 病死及び自殺死　2. 交通事故　3. 暴力・喫煙　4. 飲酒　5. 火災(火災による者) 6. 不審の外因死　7. 家族　8. 中毒　9. 子の死( ) その他の不詳の外因死　10. 由縁　11. その他の不詳の外因 12. 不詳の死					
	剖検開始日時	年　月　日　午前　・　午後　時　分				
	剖検終了場所	手取及び内視				
外因死の 追加事項	外因死の原因 既往歴に問題ない いが、他の原因による死因 であると想定される場合は 記入してください					
	令和の既往に 予想・他の原因 (有・無)		既往の既往(有・無・不詳)			
	(始発時間　年　月　～　年　月) (有・無)		(終了時間　年　月　～　年　月) 地域・不詳			
上記既往に 予想・他の原因 の有無の記載	年　月　日～年　月　日		年　月　日～年　月　日			
	年　月　日～年　月　日		年　月　日～年　月　日			
	年　月　日～年　月　日		年　月　日～年　月　日			
死因から剖検までの経過時間			剖検終了日時・始発時間(日付)　年　月　日			
最終ややかましい死因(年　月　日時・不詳)						
本人の死因・遺言・併合・既往での歴史に付記すべきことが あれば記入						
上記の通り診断(検査)する。						診断　認めた　年月日
所在地						本診断書(検査書)発行年月日
内(外)記名						認証( )
電話( )　ー						認証名
						印
IAJ097-400-201308						
2008年9月14日						

## 共済金請求書類の見本

## 診斷書兼參考意見書

「特定状態」を確認することができる書類です。  
原則、「リビングニーズ（特定状態）共済金」「在宅ホスピスケア共済金」に  
限定して使用します。

## 共済金請求書類の見本

## 診斷書（介護保障用）

新総合医療共済（2006年5月1日以降に発効・更新した契約）にご加入されている方の「介護の状態」を確認することができる書類です。  
原則、「介護に関する共済金」に限定して使用します。

## 共済金請求書類の見本

## 診断書（総合医療共済 介護保障特約用）

総合医療共済（2006年4月30日以前に発効・更新した契約）にご加入されている方の「介護の状態」を確認することができる書類です。  
原則、「介護に関する共済金」に限定して使用します。

## 共済金請求書類の見本

### 他社所定の診断書

「他の保険会社または他の共済事業」でご使用いただいた診断書です。

保険会社（共済団体）毎に多少の違いはありますが、多くは「当会所定の診断書」と同じ内容を確認することが可能な書類であるため、他保険（他共済）のご契約がある場合にはその診断書の（写）を保管しておいていただくとご請求をスムーズに行えます。

見 本

入院・手術・3大疾患等診断書(証明書)

開業医登録申請書(平成25年版)

開業医登録申請書(平成25年版)

## 共済金請求書類の見本

### 退院証明書

「退院証明書」は医療機関が発行する証明書であり、「入院期間」や「入院に係る傷病名」を確認することができる書類です。

医療機関によっては退院時に無料で提供を受けることが可能であるため、「他社所定の診断書」をお持ちでない場合にはご使用いただけます。

※同書類では通院日が確認できないため、通院に関するご請求時にはご使用いただけません。

(別紙様式 1)

#### 退院証明書

保険医療機関名称  
住所  
電話番号  
主治医氏名

患者氏名  
患者住所  
電話番号  
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)

性別 (男・女)

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日

・ 入院年月日 平成 年 月 日

# 見本

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

・ 日 (平成 年 月 日現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名

・ 傷病名 :

5. 転帰 (該当するものに○をつける。)

- ・ 治癒
- ・ 治癒に近い状態 (質解状態を含む。)
- ・ その他

6. その他の特記事項

## 共済金請求書類の見本

### 医療機関指定様式の診断書

「医療機関指定様式の診断書」は「病名」とそれに関する治療内容が確認することができる書類です。

ただし、記載項目は医療機関により異なるため、共済金の請求にはご使用いただけない場合もあります。ご使用される場合は、事前に当会の担当者までご確認ください。

見本

診 断 書

(住所)

(氏名)

様

病名

上記のとおり診断いたします。

●●年 ●月 ●日

印

## 共済金請求書類の見本

### 診療明細書

「診療明細書」は医療機関が発行する書類であり、「治療内容」を確認することができる書類です。

※同書類には傷病名の記載がないため、必ず「共済金請求書のB欄（自己申告欄）」の記入が必要です。また、領収書の写しも必要になります。

### 見本 診療明細書

患者番号	●●●	氏名	労済 太郎	請求期間	29年7月1日～7月10日
受診科	●●科				
区分	項目名	点数	回数	自費金額	
初・再診	* .....				
入院等	* .....				
処置	* .....				
手術	* ○○○術	14996	1		
病理診断	* .....				

東京都○○区○○  
○○病院

## 共済金請求書類の見本

### 通院日確認書

「通院日確認書」は、「通院日」を確認することができる書類です。ただし、本書類は医療機関に記載していただくため、取得には費用がかかる場合があります。（取得費用は組合員に負担していただくことになります。診断書料補助の対象書類ではありません。）

したがいまして、「通院」に関する請求の場合は通院日が確認できる他の書類（「他社所定の診断書」、「医療機関発行の各種証明書」や「診療明細書」）を使用しての請求を優先してください。

#### ■ご使用は以下の場合を想定しています。

- ・乳幼児医療費助成制度やひとり親家庭医療費助成制度などの公費負担の対象者の場合<sup>※1</sup>
- ・通院日を証明できる書類を紛失した場合
- ・組合員が費用負担を了承いただいた上で、本書類での請求を希望される場合

※1 治療が終了し、かつ10日以内の通院日数の場合は公費負担の証明書（乳幼児医療証など）と診察券の写しで請求をしていただけます。

なすけあいの場をめぐる  
**こくみん共済**

**通院日確認書**

■この書類は、医療機関の領収票や  
明細書を取扱いidaけないなどの  
場合、ご使用いただけます。

患者様が、当院に通院されたことを確認いたしました。

ご通院された方 \_\_\_\_\_ (生年月日) 年 月 日

**見 本**

年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

※以下、医療機関使用欄

(医療機関の方へ)  
共済金の請求に備する通院日の期間のための書類になります。  
署名は医師以外(事務の方)の隸属で結構ですので、よろしくお願いいたします。

医療機関名 \_\_\_\_\_

※医療機関のスタンプを押印いただけで結構です。  
スタンプがない場合は、改字紙ですが機関名、住所、  
電話番号をご記載ください。

改字紙用紙

ZUOZUO