

# ご記入の手引き

ご注意 記入漏れ、捺印漏れがありますと、共済金のお支払いに時間を要す場合があります。  
白抜きの欄はご記入いただき、捺印の漏れがないようお願いいたします。

請求書を記入された日をご記入ください。

ご請求の原因、およびご請求の内容について、該当する項目に○印をつけてください。

請求印は朱肉印をお願いします。  
印鑑証明書の添付をお願いしている場合には、実印を捺印してください。

受取人は原則としてご契約者です。ご契約者が死亡の場合は右下（共済金受取人）をご参照ください。

受取人が未成年者等で法律行為ができない場合のみご記入ください。

共済金のお振込み明細を受取人の住所以外の住所に送付希望の場合に送付先をご記入ください。

共済証書に記載のある契約者の氏名、生年月日を記載してください。

今回、病気またはケガに遭われた方をご記入ください。

（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当会は、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、当会の事業、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。

## 共 済 金 請 求 書（団体扱契約用）

全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop）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いたします。

ご記入日 20〇〇年〇〇月〇〇日

貴会が個人情報（要配慮個人情報を含む）を取得することに同意します。

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

① 病気による  
② ケガによる  
③ 交通事故による  
④ その他（ ）による

ご請求の内容

① 入院  
② 通院  
③ 手術  
④ 後遺障害（重度障害）  
⑤ 死亡  
⑥ その他（疾病障害）

団体番号

団体名称

代表者名

上記は団体生命共済のご請求がある場合にご記入ください。

▼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）を押印してください。

（契約者の死亡以外、契約者が受取人です。）

受 取 人 フリガナ キョウサイ タロウ 契約者との続柄 本人・配偶者 連絡先電話番号 03 (3299) 〇〇〇〇 請求印 印鑑登録証明書を添付する場合は同じ印鑑で押印してください。

※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 〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇 フリガナ トウキョウトシブヤクヨヨギ 〇-〇-〇

※「お支払共済金のご案内」の送り先として、上記受取人の住所以外をご指定される場合のみ、下記に送付先をご記入ください。

送付先 〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇

契約者 フリガナ キョウサイ タロウ 生年月日 大・昭・平 45 年 6 月 7 日

被共済者 フリガナ キョウサイ ハナコ 生年月日 大・昭・平 50 年 1 月 2 日 契約者との続柄 本人・配偶者

死亡または重度障害共済金をご請求の場合で、年金（分割）受取りをご希望されるときは、番号に○を付けてください。

1. 年金（分割）受取りを希望する。（別途、ねんきん共済のお申込みが必要となります。）

▼共済金は以下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  
東西 新宿 ① 総合・普通 1 2 3 4 5 6 7 共済太郎  
銀行 金庫・（ ） 本店・支店 ② 当座  
コード ④ 貯蓄  
コード その他（ ）

ゆうちょ銀行（郵便局） 記号 番号（右詰め） 口座名義人  
1 0 ー フリガナ  
氏名

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名をご記入ください。▶▶ 該当国名（該当国名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）

共済金の受け取り先の金融機関名、支店名、預金種類、名義人をご記入ください。銀行等、または、ゆうちょ銀行のいずれか一方をご指定ください。

死亡、重度障害の場合で、共済金の年金（分割）受け取りを希望する場合に○をつけてください。  
ただし、共済金額によっては、年金受け取りの手続きができない場合もあります。

●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（診断名）	〇〇〇〇〇〇	初診日（最初に受診した日）	2018 年 3 月 10 日
現在の状態	治療 中止 治療継続中 転医	⇒【転医先病院名： 】	
ケガの状態	骨折 または脱臼 打撲、擦過傷、挫傷、または捻挫 筋、腱または韧带の損傷・断裂 熱傷 挫創、切創 または挫減創 欠損・切断 その他（ ）		
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		
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 】 ② 年 月 日～ 年 月 日（ 日間） 病院名 ⇒【 】 ③ 年 月 日～ 年 月 日（ 日間） 病院名 ⇒【 】	手術 手術日 ⇒ 2018 年 3 月 12 日 手術名 ⇒【 〇〇〇〇〇〇 】 病院名 ⇒【 】 ② 手術日 ⇒ 年 月 日 手術名 ⇒【 】 病院名 ⇒【 】	入院した医療機関と同一の場合は記入不要です た医療機関と同一の場合は記入不要です
通院日	複数の病院で治療を受けられた場合は、それぞれを区別してご記入をお願いいたします。 ○印の病院名 ⇒【 】 △印の病院名 ⇒【 】 □印の病院名 ⇒【 】 ◇印の病院名 ⇒【 】 2018 年 3 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 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		
固定具使用期間	年 月 日～ 年 月 日		
固定具の種類	ギプス ⇒（ ）		
今回の傷病に関する前医および既往症について、ある場合は必ずご記入ください。			
前医または紹介医の有無	病院名①	治療期間	病院名② 治療期間
無 有		年 月～ 年 月	年 月～ 年 月
既往症の有無	病院名	病院所在地（〇〇市など）	傷病名 治療期間
無 有			年 月 日～ 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。

### 病気が原因の共済金請求の場合、記入不要です。

2018 年 3 月 10 日 午前（午後）2 時 00 分頃	事故発生場所 道路上 自宅敷地内 建物内 具体的に 東京都府中市三好町1-3 ハローワーク前交差点
事故発生状況と受診するまでの経過	デパートに買い物に行くため、太郎が車を運転していた。赤信号のため交差点手前の停止線で停止していたところ、相手車両に追突された。
●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 ⇒ 業務外 業務中 ハイヤー・タクシー運転中 ② 同乗中の事故 ③ 歩行中の事故 ④ その他 ⇒（ ）	
交通機関 自動車 バイク 自転車 その他 ⇒（ ）	
自動車・バイクの場合は下記もご記入ください。	
事故日時点での運転免許証の有無 ⇒ 有 無	事故当時飲酒の有無 ⇒ 有 無
相手方 自動車 バイク 自転車 歩行者 物体 なし その他 ⇒（ ）	

### <請求書のご記入に際してのご注意>

- この『共済金請求書』を提出することにより、共済制度にかかわらず同契約者、同被共済者の契約についての共済金請求書とみなします。
- 請求書の該当する事項については漏れなくご記入ください。
- ご記入に際しては、この『ご記入の手引き』を参照のうえ、ご記入ください。
- 請求書の1枚目を提出してください。2枚目は「控」です。ご請求の証として保管してください。

共済金受取人は共済契約者となります。共済契約者の方が死亡された場合には、次の順序の方にお支払いいたします。

- 共済契約者の配偶者
- 共済契約者の死亡の当時、その収入によって生計を維持していた共済契約者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹
- 共済契約者の死亡の当時、その収入によって生計を維持していた共済契約者の配偶者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹
- 上記（2）に該当しない共済契約者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹
- 上記（3）に該当しない共済契約者の配偶者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹

【注】当会の承認を得て、共済契約者の死亡共済金に関する受取人が指定されている場合は、その方が受取人になります。

入院、通院、手術等の状況を必ずご記入ください。ただし、診断書（他社様式の診断書含む）を提出いただく場合に限り、記入不要です。

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。

〈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当会は、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、当会の事業、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。

共 済 金 請 求 書（団体扱契約用）

全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop）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いたします。

貴会が個人情報(要配慮個人情報を含む)を取得することに同意します。

ご記入日20年 月 日

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

② ケガによる

③ 交通事故による

④ その他( )による

① 入院

② 通院

③ 手術

④ 後遺障害(重度障害)

⑤ 死亡

⑥ その他( )

団体番号

団体名称

代表者名

上記は団体生命共済のご請求がある場合にご記入ください。

▼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）を押印してください。

《契約者の死亡以外は、契約者が受取人です。》

受 取 人	フリガナ	契約者との続柄	連 絡 先 電 話 番 号	請 求 印 印鑑登録証明書を添付する場合は同じ印鑑で押印してください。
	署 名	本人・配偶者 その他( )	自宅 ・ 携帯	
親権者・後見人等 記入欄	フリガナ	受取人との関係	( )	
受取人が未成年者または法律行為が行えない場合にご記入ください。				
※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	〒 ー フリガナ			
※「お支払共済金のご案内」の送り先として、上記受取人の住所以外をご指定される場合のみ、下記に送付先をご記入ください。				
送付先	〒 ー			
契約者	フリガナ	生年月日		
	氏名	大・昭・平 令・西暦	年 月 日	
被共済者	フリガナ	生年月日		契約者との続柄
	氏名	大・昭・平 令・西暦	年 月 日	

死亡または重度障害共済金をご請求の場合で、年金(分割)受取りをご希望されるときは、番号に○を付けてください。

1. 年金(分割)受取りを希望する。（別途、ねんきん共済のお申込みが必要となります。）

▼共済金は以下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。

ゆうちょ銀行以外  
の金融機関

金融機関名

支店名

預金種目

口座番号(右詰め)

口座名義人

① 総合・普通

② 当座

④ 貯蓄

その他( )

フリガナ

氏名

ゆうちょ銀行(郵便局)

記号

番号(右詰め)

口座名義人

1

0

ー

フリガナ

氏名

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)

※診断書を提出されていない医療機関での治療内容を記入ください。

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）

●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 (診断名)			初診日 (最初に受診した日)	年 月 日																												
現在の状態	治癒	中止	治療継続中	転医	⇒[転医先病院名:]																											
ケガの状態	骨折 または脱臼	打撲、擦過傷、挫傷、 または捻挫	筋、腱または靱帯 の損傷・断裂	熱傷	挫創、切創 または挫滅創	欠損・切断	その他( )																									
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																					
入院期間	①	年 月 日～ 年 月 日( 日間)				手術 ①	手術日 →	年 月 日																								
	病院名 →[ ]						手術名 →[ ]	病院名 →[ ]																								
	入院した医療機関と同一の場合は記入不要です																															
入院期間	②	年 月 日～ 年 月 日( 日間)				手術 ②	手術日 →	年 月 日																								
	病院名 →[ ]						手術名 →[ ]	病院名 →[ ]																								
	入院した医療機関と同一の場合は記入不要です																															
入院期間	③	年 月 日～ 年 月 日( 日間)				手術 ③	手術日 →	年 月 日																								
	病院名 →[ ]						手術名 →[ ]	病院名 →[ ]																								
	入院した医療機関と同一の場合は記入不要です																															
通院日	複数の病院で治療を受けられた場合は、それぞれ印を区別してご記入をお願いいたします。																															
	○印の病院名 →[ ] △印の病院名 →[ ]																															
	□印の病院名 →[ ] ◇印の病院名 →[ ]																															
	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	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
固 定 具 使 用 期 間	年 月 日～ 年 月 日		現在使用中																													
固 定 具 の 種 類	ギブス シーネ その他 →( )																															
今回の傷病に関する前医および既往症について、ある場合は必ずご記入ください。																																
前医または紹介医の有無	病院名①		治療期間				病院名②				治療期間																					
無 有			年 月～ 年 月								年 月～ 年 月																					
既 往 症 の 有 無	病院名		病院所在地(〇〇市など)				傷病名				治療期間																					
無 有											年 月 日～ 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。

ケガ(不慮の事故・交通事故)の場合は必須です

事故発生状況報告欄

●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	
年 月 日 午前・午後 時 分頃	
事故発生場所	道路上 自宅敷地内 建物内 駅構内(改札内) 駅構内(改札外) 具体的に
事故発生状況と受診するまでの経過	

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

被 共 済 者	① 運転中の事故 →[業務外 業務中 ハイヤー・タクシー運転中]	② 同乗中の事故
	③ 歩行中の事故	④ その他 →( )
	交通機関 自動車 バイク 自転車 その他 →( )	
自動車・バイクの場合は下記もご記入ください。		
事故日時点での運転免許証の有無 → 有 無 事故当時飲酒の有無 → 有 無		
相 手 方	自動車 バイク 自転車 歩行者 物体 なし その他 →( )	



〈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当会は、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、当会の事業、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。

# 共 済 金 請 求 書（団体扱契約用）

全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop）宛

A欄

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いたします。

ご記入日 20 年 月 日

貴会が個人情報(要配慮個人情報を含む)を取得することに同意します。

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
② ケガによる	② 通院
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)
	⑤ 死亡
	⑥ その他( )

団体番号

団体名称

代表者名

印

上記は団体生命共済のご請求がある場合にご記入ください。

▼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）を押印してください。

《契約者の死亡以外は、契約者が受取人です。》

受 取 人	フリガナ	契約者との続柄	連 絡 先 電 話 番 号	請 求 印
	署 名	本人・配偶者 その他( )	自宅 ・ 携帯	印鑑登録証明書を添付する場合は同じ印鑑で押印してください。
親権者・後見人等 記入欄	フリガナ	受取人との関係	( )	印
受取人が未成年者または法律行為が行えない場合にご記入ください。				

※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
〒 ー フリガナ

※「お支払共済金のご案内」の送り先として、上記受取人の住所以外をご指定される場合のみ、下記に送付先をご記入ください。

送付先	〒 <div><div></div><div></div><div></div></div> — <div><div></div><div></div><div></div></div>				
契約者	フリガナ	生年月日			
	氏名	大・昭・平 令・西暦	年	月 日	
被共済者	フリガナ	生年月日			契約者との続柄
	氏名	大・昭・平 令・西暦	年	月 日	本人・配偶者 その他( )

死亡または重度障害共済金をご請求の場合で、年金(分割)受取りをご希望されるときは、番号に○を付けてください。

1. 年金(分割)受取りを希望する。（別途、ねんきん共済のお申込みが必要となります。）

▼共済金は以下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
ゆうちょ銀行以外		① 総合・普通 ② 当座 ④ 貯蓄 その他( )		フリガナ 氏名
銀行・金庫・( )	本店・支店			
コード	コード			

記号	番号(右詰め)	口座名義人
ゆうちょ銀行(郵便局)	1 0 ー	フリガナ 氏名

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)