

給付金請求書

ご記入日 20 年 月 日

電機連合福祉共済センターが、本請求書に記載する個人情報その他、被共済者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報等を、本請求への対応や適正な給付金支払いに必要な範囲内で取得・利用すること、また、所属労働組合が行う給付手続き援助のために所属労働組合に本請求書情報を提供すること、さらに保険会社委託部分について東京海上日動火災保険(株)が行う本事故への対応や適正な保険金の支払いのために東京海上日動火災保険(株)に本請求情報を提供することについて同意いたします。

請求者・被共済者は本件について、電機連合福祉共済センターまたは再共済先保険会社東京海上日動火災保険(株)が必要とする事項を医療機関および関係先への調査・照会することに同意します。また、「電機連合けんこう共済規程」に基づく保険会社への委託部分の請求ならびに受領に関する権限を電機連合福祉共済センターに委託します。なお、本書の写真複写も同じ効力があるものと認めます。

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。

▼請求者は基本契約本人となります。(本人死亡時を除く)

請求者 (基本契約本人)	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	共済加入者番号		0 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0
	氏名 (自署)				日中ご連絡のとれる電話番号(自宅・携帯)
					()
本人死亡時の請求者・受取人の続柄		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他 ()			
被共済者 (種別を記入)	フリガナ				西暦 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	請求者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供	

給付金種類 (印をつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 入院給付金(がん)	<input type="checkbox"/> 手術給付金(/)(/)(/)	日常生活サポート特約
	<input type="checkbox"/> 入院給付金(がん以外)	<input type="checkbox"/> がん退院給付金	<input type="checkbox"/> 賠償責任給付金
<input type="checkbox"/> 休業補償給付金(自宅療養)	<input type="checkbox"/> 先進医療費用給付金	<input type="checkbox"/> 携行品損害給付金	<input type="checkbox"/> ホールインワン給付金
<input type="checkbox"/> 精神障害休業一時金	<input type="checkbox"/> 先進医療サポート給付金	(<input type="checkbox"/> 30万円 <input type="checkbox"/> 50万円)	
<input type="checkbox"/> 通院給付金(ケガのみ)	<input type="checkbox"/> 長期療養給付金	がん特約	
<input type="checkbox"/> 疾病死亡給付金	<input type="checkbox"/> 超・長期療養給付金	<input type="checkbox"/> がん診断給付金	
<input type="checkbox"/> 災害死亡給付金	<input type="checkbox"/> 救済者費用給付金		
<input type="checkbox"/> 後遺障害給付金(ケガのみ)	<input type="checkbox"/> ドナー給付金		

請求内容	傷病(事故)名				
	発病(事故発生)日	20 年 月 日 時 分頃			
	発生場所			届出官公署名	
	事故日時点で有効な免許証の有無	自動車・自動二輪車・原動機付自転車を運転中の事故の場合にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	入院日数	① 20 年 月 日 午前 午後 ~ 20 年 月 日	入院された時間帯を○で囲んでください。(記入がない場合は不明とします)		
	② 20 年 月 日 午前 午後 ~ 20 年 月 日				
	通院期間(ケガの場合のみ記入)	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日			

状況 (病気やケガの場合は治療に至る経緯・治療内容) および (ケガの場合は転倒した・ぶつけた等の受傷時の状況) も詳細にご記載ください。

本請求以外に請求する他の契約	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	保険会社等名称	共済・保険種類
----------------	---	---------	---------

振込先	
<input type="checkbox"/> 口座名義 (カナ)	
<input type="checkbox"/> 掛金引落し口座 (請求月前後で口座変更をしている場合は旧口座へのお振込となることがあります)	
<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行以外の金融機関	
<input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 支店	
<input type="checkbox"/> 普通・当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号は右つめでご記入ください。
<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	
店番(数字3桁)	振込用の口座番号(数字7桁)

【福祉会事務局欄】	
組合名	福祉会
組合支部コード	8 0 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

福祉共済センター受付印

病気で不明の場合、自覚症状の発生日時、又は初診日を「ご記入ください。」

必ずご記入ください。

いずれかひとつに

裏面の汎用記入例もご覧ください

賠償給付金や携行品損害給付金で別用紙にて詳細を記載する場合は、本欄の記載は不要です。

〈記入例〉

ケガ

疾病

電機連合福祉共済センター宛
東京海上日動火災保険(株)宛

電機連合けんこう共済
給付金請求書

ご記入日 20XX年 〇月 〇日

電機連合福祉共済センターが、本請求書に記載する個人情報の他、被請求者の情報の内容を確認するため必要となる諸機関の医療情報、および請求権者、相続人を確認するために必要となる戸籍簿情報等を、本請求への対応や適正な給付金支払に必要範囲内で取得・利用すること、また、所属労働組合が行う手続支援活動のために所属労働組合に本請求情報提供すること、さらに保険会社本部について東京海上日動火災保険(株)が行う本事故への対応や適正な保険金の支払のため東京海上日動火災保険(株)に本請求情報提供すること、さらに保険会社本部について同意いたします。

請求者: 電機太郎 (住所: 東京都千代田区内幸町1-3-1)
被請求者: デンキハナコ (住所: 東京都千代田区内幸町1-3-1)
共済加入者番号: 0000123450
請求内容: 入院給付金(がん) 手術給付金(ケガのみ) 後遺障害給付金(ケガのみ)

請求内容: 入院給付金(がん) 手術給付金(ケガのみ) 後遺障害給付金(ケガのみ)
ケガの場合、必ず記入してください。
ケガの発生状況、発生日時、発症部位、発症原因、発症場所、発症時点、発症時点の有効な免許証の有無、入院日数、通院期間(ケガの場合のみ記入) 2000年8月22日~2000年9月1日

家族旅行でビデオ撮影中、足をすべらせ足首を強打し、受傷した。
振込先: デンキタロウ
福祉会: 80XXXXX
ゆうちょ銀行: 0780123456

2024.6.1

電機連合福祉共済センター宛
東京海上日動火災保険(株)宛

電機連合けんこう共済
給付金請求書

ご記入日 20XX年 〇月 〇日

電機連合福祉共済センターが、本請求書に記載する個人情報の他、被請求者の情報の内容を確認するため必要となる諸機関の医療情報、および請求権者、相続人を確認するために必要となる戸籍簿情報等を、本請求への対応や適正な給付金支払に必要範囲内で取得・利用すること、また、所属労働組合が行う手続支援活動のために所属労働組合に本請求情報提供すること、さらに保険会社本部について東京海上日動火災保険(株)が行う本事故への対応や適正な保険金の支払のため東京海上日動火災保険(株)に本請求情報提供すること、さらに保険会社本部について同意いたします。

請求者: 電機太郎 (住所: 東京都千代田区内幸町1-3-1)
被請求者: デンキ太郎 (住所: 東京都千代田区内幸町1-3-1)
共済加入者番号: 0000123450
請求内容: 入院給付金(がん) 手術給付金(ケガのみ) 後遺障害給付金(ケガのみ)

請求内容: 入院給付金(がん) 手術給付金(ケガのみ) 後遺障害給付金(ケガのみ)
ケガの場合、必ず記入してください。
ケガの発生状況、発生日時、発症部位、発症原因、発症場所、発症時点、発症時点の有効な免許証の有無、入院日数、通院期間(ケガの場合のみ記入) 2000年7月7日~2000年7月11日

家族旅行でビデオ撮影中、足をすべらせ足首を強打し、受傷した。
振込先: デンキタロウ
福祉会: 80XXXXX
ゆうちょ銀行: 0780123456

2024.6.1