

# 生命共済共済金請求書

\*太線内をご記入ください。訂正の場合は、訂正箇所を二重線で末梢のうえ、訂正箇所付近に訂正署名(フルネーム)を記入してください。

契約者 (組合員)氏名 生年月日	フリガナ	共済支部名 <small>(現職組合員のみ記入)</small>	コード
	昭和平成 年 月 日生 ( 歳) <small>(男 女)</small>	所 属 <small>(現職組合員のみ記入)</small>	
組合員証番号		内 線 (携帯電話等)	8 - - ( - - )

被共済者(患者)氏名 <small>(※ 契約者本人のときは省略可)</small>	生年月日	請求する共済金の種類	契約口数	保障開始日
※ 配偶者 子ども	昭和平成 年 月 日 ( 歳)	入院 死亡 手術 重度障害	口	平成 令和 年 月 日

傷病名	入院期間	手術実施日
	① 年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日
	② 年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日
<small>(診断書添付のときは省略可)</small>	4回目以降 回	

死亡年月日	平成 令和 年 月 日	重度障害 症状固定年月日	平成 令和 年 月 日
-------	-------------	-----------------	-------------

上記及び添付書類のとおり、共済金を請求します。なお、上記及び添付書類等について、防衛省職員生活協同組合に  
関係する者が病院又は診療所等に直接照会・確認することを承諾し、この複写も同じ効力を有することを認めます。

防衛省職員生活協同組合理事長 殿

請求日 年 月 日

※支払通知書の自宅送付を希望する方は住所を記入してください。  
※即応予備自衛官、退職職組合員及び遺族組合員の方は必ず記入してください。

請求者氏名  
(自 署)

住 所 〒 -

請求者が契約者ではない場合は、続柄及び生年月日を記入してください。  
契約者との続柄( )生年月日( . . )

振 込 先	口座名義氏名 (カタカナ)	(*必ず記入してください。左詰めで記入し、姓と名の間を1マス空けてください。)		
	銀行以外 ゆうちょ 銀行	銀行コード	支店コード	(支)店・出張所 営業部
		預金 種別	普通	口座番号 (右詰めで記入)
	銀行 ゆうちょ 行	コード	通 帳 記 号	通帳番号(右詰めで記入)
	9900	1 0 の		

本 部 記 入 欄	共 済 金 算 定	請求完了日	受付翌日 ( 月 日)	
	① 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日) × 千円 =	千円	手術 月 日 千円 年度	
	② 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日) × 千円 =	千円	月 日 千円 年度	
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日) × 千円 =	千円	月 日 千円 年度	
	入院共済金	千円	共済金合計	円
	手術共済金	千円	未収掛金額	円
	死亡(重度障害)共済金	千円	差引支払額	円
			本 部 受 付	

添付書類  入院・手術証明書  死亡診断書等  扶養等証明書  
 領収書  症状固定証明書等  その他  
 退院療養計画書等  受取人証明等 ( )

地域担当者 受付日  
年 月 日

死亡共済金請求時の掛金相殺希望  あり  源泉徴収済み

請求者が自署されたことを確認しました。 (印)