生命共済共済金請求書（入院・手術）の記入例

太線枠内を赤字の例にならってご記入ください。

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抹消のうえ、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	フリガナ セイキョウ イチ ロウ 生協 一郎 (男) (女)	共済支部名	練馬（現職組合員のみ記入）
生年月日	(昭和) (平成) 61年10月20日生（○○歳）	所属	1普連2中（現職組合員のみ記入）
組合員証番号	0 2 1 9 5 0 0 0 2	内線（携帯電話等）	8 －312 －272 （090 －1234 －5678）

被共済者(患者)氏名（※ 契約者本人のときは省略可）	生年月日	請求する共済金の種類	契約口数	保障開始日
生協 夏子 ※ (配偶者) (こども)	(昭和) (平成) (令和) 20年3月3日※（○歳）	(入院) (死亡) (手術) (重度障害)	3口	(平成) (令和) 22年1月1日

傷病名	入院期間	手術実施日
急性虫垂炎（領収書添付の場合は必ず記入）（診断書添付のときは省略可）	①令和5年5月8日～令和5年5月15日	令和5年5月9日
	②　年　月　日～　年　月　日	年　月　日
	③　年　月　日～　年　月　日 4回目以降　回	年　月　日

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係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 令和5年7月1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かず記入してください。

住所　〒（現職組合員 は、支払通知書の自宅送付を希望するとき以外、住所記入不要）

請求者氏名（自署）　生協 一郎

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）	セイキョウ イチロウ（※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）	りそな　(銀行)・信用金庫・信用組合・農協・その他		柏原　(支)店・営業部・出張所	
	銀行コード	0010	支店コード	205
	預金種別	普通	口座番号（右詰めで記入）	0351234
銀行（ゆうちょ）	コード	通帳記号	通帳番号（右詰めで記入）	
	9900	1　0 の		

添付書類等は「生命共済金請求の手続」をご確認ください。

本部記入欄

①	年　月　日～　年　月　日（　日）×　千円＝　千円	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	

				本部受付
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	

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。 ㊞

生命共済共済金請求書（死亡・入院・手術）の記入例

太線枠内を赤字の例にならってご記入ください。

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抹消のうえ、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	フリガナ セイキョウ イチ ロウ 生協 一郎 (男) (女)	共済支部名	練馬（現職組合員のみ記入）
生年月日	(昭和) (平成) 61年10月20日生（○○歳）	所属	1普連2中（現職組合員のみ記入）
組合員証番号	0 2 1 9 5 0 0 0 2	内線（携帯電話等）	8 －312 －272 （090 －1234 －5678）

被共済者(患者)氏名（※契約者本人のときは省略可）	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) (こども)	(昭和) (平成) (令和) 年 月 日（ 歳）※	(入院) (死亡) (手術) (重度障害)	3 口	(平成) (令和) 22 年 1 月 1 日

傷病名	入院期間	手術実施日
心筋梗塞	①令和 5年 6月 5日 ～ 令和 5年 6月10日	令和 5年 6月 5日
	② 年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日
（診断書添付のときは省略可）	③ 年 月 日 ～ 年 月 日 4回目以降 回	年 月 日

死亡年月日	(平成) (令和) 5 年 6 月 10 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係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 令和 5 年 7 月 21 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あず記入してください。

住所 〒 123 － 4567
○○県○○市××－○○

請求者氏名（自署） 生協 花子

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（ 母 ）生年月日（ 昭35. 11 .14 ）

振込先				
口座名義氏名（カタカナ）	セイキョウ ハナコ（※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。）			
ゆうちょ銀行以外	りそな	(銀行)・信用金庫・信用組合・農協・その他	柏原	(支)店・営業部・出張所
	銀行コード	0 0 1 0	支店コード	2 0 5
	預金種別 普通	口座番号（右詰めで記入）	0 3 5 1 2 3 4	
ゆうちょ銀行	コード	通帳記号	通帳番号（右詰めで記入）	
	9 9 0 0	1 0 の		

添付書類等は「生命共済金請求の手続」をご確認ください。

本部記入欄

③ 年 月 日～ 年 月 日（ 日）× 千円＝ 千円	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			

				本部受付
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	

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