

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 (現職組合員のみ記入)	コード 1 1	
	(昭和)	(平成)	年	月	日	生(歳)			
組合員証番号							内 線 (携帯電話等)	8 - - - (- - -)	
被共済者(患者)氏名 (契約者本人のときは省略可)	生 年 月 日 (契約者本人のときは省略可)			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)	口	(平成) (令和)	
子との生計関係 (こどもの請求時記入)	(同一生計) (同一生計ではない)	入 院 期 間						手術実施日	
傷 病 名 (診断書添付のときは省略可)	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		
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、退職組合員及び遺族組合員の方は必ず記入してください。

住所 〒 -

請求者氏名
(自 署)

請求者が契約者ではない場合は、統柄及び生年月日を記入してください。
契約者との統柄()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 ゆ 行 う 以 ち 外 よ	銀行・信用金庫 信用組合・農協 その他												(支)店・出張所 営業部	
	銀行コード		支店コード												
	預 金 種 別	普通	口座番号 (右詰めで記入)												
	銀 ゆ 行 う 以 ち 外 よ	コード		通 帳 記 号				通帳番号(右詰めで記入)							
	9 9 0 0	1	0	の											

本 部 記 入 欄	共 濟 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			本部受付
	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 <input type="checkbox"/> 入院・手術証明書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 他社診断書 地域担当者等 受付日 <input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 死亡診断書等 <input type="checkbox"/> その他 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書等 <input type="checkbox"/> 受取人証明等 ()							
死亡共済金請求時の掛金相殺希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 源泉徴収済 請求者が自署されたことを確認しました。 (印)								