

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	コード	
	(男)(女) 昭和 平成 年 月 日生 (歳)	所 属	(現職組合員のみ記入)	
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
子の生計関係 (こどもの請求時記入)	配偶者 ことども 同一生計 同一生計ではない	入院 手術 死亡 重度障害	口	平成 令和 年 月 日
	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	
	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關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
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)												
	銀行 ゆゆう 以外	銀行コード				支店コード				(支)店・出張所 営業部			
	銀行 ゆゆう 行	コード				通 帳 記 号				通帳番号(右詰めで記入)			
	普通	口座番号 (右詰めで記入)											

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	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 <input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 死亡診断書等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書等 <input type="checkbox"/> 受取人証明等 () 地域担当者等 受付日 年 月 日					
死亡共済金請求時の掛金殺殺希望 <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。 ㊞					