

生命共済共済金請求書（契約者の入院・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太線のうえ、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。

①契約者（組合員）情報
氏名、フリガナ、生年月日、年齢、性別、組合員証番号、共済支部名、所属部隊名、電話番号をご記入ください。
※組合員証番号は「組合員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者またはコールセンター（0120-079-931）にお尋ねください。

②被共済者（患者）情報
今回請求する共済金の種類、契約口数、保障開始年月日をご記入ください。
※契約者が患者の場合は、氏名、生年月日、年齢の記入を省略することができます。
※契約口数や保障開始年月日は「組合員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者等にお尋ねください。

③入院・手術情報
請求される入院・手術の原因となった傷病名、入院期間、手術実施日をご記入ください。
4回以上入院された方は、4回目以降は入院回数をご記入ください。
※「入院・手術証明書（診断書）」を添付される場合は、傷病名の記入を省略することができます。
※1回の入院期間内に支払対象となる手術は1回のみです。1回の入院期間内に異なる傷病（合併症）の手術を実施された場合は、担当者等にご相談ください。

④請求日、請求者
担当者へ申込書を提出する日、郵送の場合は投函する日をご記入ください。
※入院・手術共済金の請求者は契約者です。契約者が請求できない場合は、代理請求申請書を提出してください。
※請求者氏名は、必ず請求者本人が自署してください。

① 約者 (組合員)氏名 生年月日		フリガナ セイキョウ イチロウ 生協 一郎 (男) (女) 昭和 平成 61年10月20日生 (〇〇歳)		共済支部名 練馬 (現職組合員のみに記入)		コード	
組合員証番号		0 2 1 9 5 0 0 0 2		所 属 1号速2中 (現職組合員のみに記入)			
内 線 (携帯電話等)		8 - 312 - 272 (090 - 1234 - 5678)					
② 済者(患者)氏名 (本人のときは省略可)		生 平 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	
配偶者 子ども 同一生計 異なる生計		昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)		入院 死亡 手術 重度障害		3 口 平成 22年1月1日	
子の生計関係		入院 期間		手術実施日			
③ 傷病名 (書添付のときは省略可)		① 令和8年1月8日 ~ 令和8年1月15日		令和8年1月9日			
右アキレス腱損傷 (領収書添付の場合は必ず記入)		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				④ 求日 令和8年2月2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。				請求者氏名 (自署) 生協 一郎			
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)				請求者が契約者ではない場合は、就労状況や生年月日を記入してください。 契約者との関係 () 生年月日 ()			
⑤ 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。)					
振込先		銀行コード 0010 支店コード 205 口座番号 0351234 通帳記号 990010					
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		千円 月 日 千円 年度			
② 年 月 日 ~ 年 月 日 (日) × 千円 = 千円				千円 月 日 千円 年度			
③ 年 月 日 ~ 年 月 日 (日) × 千円 = 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	
添付書類		□ 入院・手術証明書 □ 診療明細書 □ 他社診断書		地域担当者等 受付日			
□ 領収証 □ 死亡診断書等 □ その他		()		年 月 日			
□ 退院療養計画書等 □ 受取人証明等		()					
死亡共済金請求時の掛金相殺希望 □ あり □ 源泉徴収済				請求者が自署されたことを確認しました。 (印)			

⑤振込口座指定欄

共済金を振り込む口座をご記入ください。
名字と名前の間は1マス開けてください。また、濁点、半濁点は1マスご使用ください。
特別な事情がある場合を除き、**契約者本人名義の銀行又はゆうちょ銀行のどちらか一方の口座**を指定してください。

添付書類等は「生命共済金請求の手続」をご確認ください。

添付書類等は「生命共済金請求の手續」をご確認ください。

生命共済共済金請求書（こどもの入院・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

太線枠内を赤字の例にならってご記入ください。訂正の場合は、訂正箇所を二重線で示す。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。

①契約者（組合員）情報
氏名、フリガナ、生年月日、年齢、性別、組合員証番号、共済支部名、所属部隊名、電話番号をご記入ください。
※組合員証番号は「組合員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者またはコールセンター（0120-079-931）にお尋ねください。

②被共済者（患者）情報
共済金請求の対象である被共済者（患者）の氏名、契約区分、生年月日、年齢、今回請求する共済金の種類、契約口数、保障開始年月日をご記入ください。
※契約者が患者の場合は、氏名、生年月日、年齢の記入を省略することができます。
※契約口数や保障開始年月日は「組合員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者等にお尋ねください。
※「こども契約」の請求の場合は、生計同一かどうかを子供の年齢に関わらず必ず記入してください。

③入院・手術情報
請求される入院・手術の原因となった傷病名、入院期間、手術実施日をご記入ください。
4回以上入院された方は、4回目以降は入院回数をご記入ください。
※1回の入院期間内に支払対象となる手術は1回のみです。1回の入院期間内に異なる傷病（合併症）の手術を実施された場合は、担当者等にご相談ください。

④請求日、請求者
担当者へ申込書を提出する日、郵送の場合は投函する日をご記入ください。
※入院・手術共済金の請求者は契約者です。契約者が請求できない場合は、代理請求申請書を提出してください。
※請求者氏名は、必ず請求者本人が自署してください。

① 約者 (組合員)氏名 生年月日 組合員証番号		フリガナ <u>セイキョウ イチロウ</u> <u>生協 一郎</u> (男) (女) <u>昭和 平成</u> 61年10月20日生 (〇〇歳) 0 2 1 9 5 0 0 0 2		共済支部名 所 属 内 線 (携帯電話等)		<u>練馬</u> (現職組合員のみ記入) <u>1番速2中</u> (現職組合員のみ記入) 8 - 312 - 272 (090 - 1234 - 5678)	
② 被共済者(患者)氏名 (若本人のときは省略可) 配属者 生協夏子 (こども) 子の生計関係 (同一生計、異生計、不明)		生年月日 (契約者本人のときは省略可) <u>昭和 平成 令和</u> 20年3月3日 (〇歳) 入院期間 手術		請求する共済金の種類 <u>入院</u> <u>死亡</u> <u>手術</u> <u>重度障害</u>		契約口数 保障開始日 <u>3</u> 口 <u>平成 令和</u> 22年1月1日	
③ 傷病名 (若本人のときは省略可) <u>急性虫垂炎</u> (領収書添付の場合は必ず記入)		① <u>令和8年1月8日</u> ~ <u>令和8年1月15日</u> ② 年 月 日 ~ 年 月 日 ③ 年 月 日 ~ 年 月 日 4回目以降 回		④ <u>令和8年1月9日</u> 年 月 日 年 月 日 年 月 日		手術実施日	
死亡年月日 <u>平成 令和</u> 年 月 日		重度障害 症状固定年月日 <u>平成 令和</u> 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		請求者氏名 (自 署) <u>生協 一郎</u>		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()			
住所 〒 <u>(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)</u>		請求者氏名 (自 署) <u>生協 一郎</u>					
⑤ 座名義氏名 (カタカナ) <u>セイキョウ イチロウ</u> (※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。)		振込先 銀行コード <u>0010</u> 支店コード <u>205</u> 預金種別 <u>普通</u> 口座番号 (右詰めで記入) <u>0351234</u> コード <u>9900</u> 通帳記号 <u>1</u> 通帳番号 (右詰めで記入) <u>0</u>					
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	
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"/> その他		地域担当者等 受付日		年 月 日			
<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 死亡診断書等 <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)			

⑤振込口座指定欄

共済金を振り込む口座をご記入ください。
名字と名前の間は1マス開けてください。また、濁点、半濁点は1マスご使用ください。
特別な事情がある場合を除き、契約者本人名義の銀行又はゆうちょ銀行のどちらか一方の口座を指定してください。

添付書類等は「生命共済金請求の手続」をご確認ください。

添付書類等は「生命共済金請求の手続」をご確認ください。