

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

*太線枠内を赤字で記入ください。訂正の場合、訂正箇所を一重線で赤枠のうえ、訂正箇所附近に訂正署名（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 組合員証番号	フリガナ セイキョウ イチ ロウ 生協 一郎 昭和 平成 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)	練馬 (現職組合員のみ記入) 1晋連2中 (現職組合員のみ記入) 8 - 312 - 272 (090 - 1234 - 5678)	コード
-----------------------------------	---	--------------------------------	---	-----

② 治療者 (被共済者本人のときは省略可) 配偶者 子ども 子との生計関係 (同一生計 ではない に記入)	生年月日 (契約者本人のときは省略可) 年 月 日 (歳) 入院 手術	請求する共済金の種類 死亡 重度障害	契約口数 3 口	保障開始日 平成 22年 1月 1日 令和
--	--	--------------------------	-------------	-----------------------------

③ 傷病名 (書添付のときは省略可) 右アキレス腱損傷 (領収書添付の場合は必ず記入)	① 令和8年 1月 8日 ~ 令和8年 1月 15日 ② 年 月 日 ~ 年 月 日 ③ 年 月 日 ~ 年 月 日 4回目以降 回	令和8年 1月 9日
--	---	------------

死亡年月日 年 月 日 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、
の複数に同じく有する者にスムーズに読み取れることを希望するとき以外、住所記入不要

④ 申込日 請求者氏名 (自署)	令和8年 2月 2日 生協 一郎
------------------------	---------------------

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 預金種別	りそな 0010	支店コード 口座番号 (右詰めで記入)	柏原 205 0351234
	銀行以外	普通	コード 通帳記号	通帳番号 (右詰めで記入)
	銀行	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	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 () 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				地域担当者等 受付日 年 月 日			
				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。

生命共済共済金請求書（配偶者の入院・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

*太線枠内を赤字で記入ください。訂正の場合に、訂正箇所を一重線で太線で塗り、訂正箇所付近に訂正業名（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。

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 セイキョウ イチ ロウ 生協 一郎 (男) 昭和 平成 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)	練馬 (現職組合員のみ記入) 1晉連2中 (現職組合員のみ記入) 8 - 312 - 272 (090 - 1234 - 5678)	コード
-----------------------------------	--	--------------------------------	---	-----

② 被共済者(患者)氏名 生協花子 (約者本人のときは省略可) 配偶者 子ども 子との生計関係 同一生計 (被扶養者)	生年月日 (契約者本人のときは省略可) 昭和 平成 2年11月3日 (〇歳) 令和	請求する共済金の種類 入院 死亡 手術 重度障害	契約口数 3 口	保障開始日 平成 22年1月1日 (令和)
---	---	--------------------------------------	-------------	-----------------------------

③ 傷病名 急性虫垂炎 (領収書添付の場合は必ず記入)	① 令和8年1月8日～令和8年1月15日 ② 年月日～年月日 ③ 年月日～年月日 4回目以降 同	令和8年1月9日
-----------------------------------	---	----------

死亡年月日 年月日 重度障害
症状固定年月日 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ます。

防衛省職員生活協同組合理事長 殿

※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 **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**

④ 求日 令和8年2月2日
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。
契約者の続柄 () 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 ゆうちょ 以外	りそな 銀行 ゆうちょ 支店 出張所 農協 その他	柏原 (支)店 宮業部
	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 9900	通帳記号 1 0 の	通帳番号 (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	
	② 年月日～年月日(日) × 千円 =	千円	月	日	千円	
	③ 年月日～年月日(日) × 千円 =	千円	月	日	千円	
	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 入院・手術証明書 診療明細書 他社診断書
 領収証 死亡診断書等 その他
 退院療養計画書等 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。

生命共済共済金請求書（子どもの入院・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

*太線枠内を記入ください。訂正の場合に訂正箇所を二重線で赤塗りのうえ、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

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 セイキョウ イチ ロウ 生協 一郎 昭和 平成 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)	練馬 1晋連2中 8 - 312 - 272 (090 - 1234 - 5678)
-----------------------------------	---	--------------------------------	---

② 生協(患者)氏名 (被患者本人のときは省略可) 生協 夏子 (配偶者) 生協 夏子 (子との生計関係) 同一生計 ではない	生年月日 (契約者本人のときは省略可) 昭和 平成 20年3月3日 (〇歳) 入院 手術	請求する共済金の種類 死亡 重度障害	契約口数 3 口	保障開始日 平成 22年1月1日 (令和)
--	---	--------------------------	-------------	-----------------------------

③ ① 損病名 (手書き添付のときは省略可) 急性虫垂炎 (領収書添付の場合は必ず記入)	① 令和8年1月8日～令和8年1月15日 ② 年月日～年月日 ③ 年月日～年月日 4回目以後	令和8年1月9日
---	---	----------

死亡年月日 年月日 重度障害
症状固定年月日 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

※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 〒(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)

④ 求日 令和8年2月2日	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。
契約者の続柄()生年月日()

⑤ 座名義氏名 (カタカナ) 振込先	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。) りそな 銀行コード 0010 預金種別 普通 口座番号 (右詰めで記入) 0351234 コード 通帳記号 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	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 () 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				地域担当者等	受付日	年	月	日
				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。

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

*太線枠内を記入ください。訂正の場合に訂正箇所を太線で本格のうえ、訂正箇所付近に訂正要名（フルネーム）を記入ください。

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。

③死亡情報等

請求される死亡の原因となった傷病名、死亡年月日をご記入ください。同時に入院・手術共済金を請求される場合は入院期間、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。

④請求日、請求者

請求者は受取人です。

請求日は、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。

※受取人が2名以上の場合には、委任状で代表者を決定のうえ請求してください。

※請求者氏名は、必ず請求者本人が自署してください。

※受取人が未成年の場合は、親権者等が請求してください。

① 契約者 (組合員) 氏名 生年月日	フリガナ セイキョウ イチ ロウ		共済支部名 練馬 (現職組合員のみ記入)	コード
	昭和 平成	生年月日 61年10月20日生 (〇〇歳)	所属 1晉連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)	
② 被共済者(患者)氏名 (患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 入院 死亡 手術 重度障害	契約口数 3 口	保障開始日 平成22年1月1日
③ 傷病名 (書添付のときは省略可)	入院期間 ①令和8年1月8日～令和8年1月15日			手術実施日 令和8年1月9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 令和8年1月15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

※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 **〒123 4567**

○○県○○市××-△△

④
求日 **令和8年2月2日**

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 (妻) 生年月日 **昭63.11.14**

⑤ 座名氏名 (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。)		
振込先	銀行コード りそな	支店コード 柏原	(支)店・出張所 営業部
	預金種別 普通	口座番号 (右詰めで記入) 0 0 1 0	
	銀行コード 9 9 0 0	通帳記号 0 3 5 1 2 3 4	通帳番号 (右詰めで記入) 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
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"/> 領取証 <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 () 年月日					
死亡共済金請求時の掛金相殺希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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、受取人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。