

(2)請求書類の書き方(記入例)(自分で記入)

1)給付金支払請求書(所定用紙)の書き方

- ①「共済加入者番号」、「組合員名(フリガナ)」、「請求日」、「住所」、「電話」、「組合・支部名」、「組合・支部コード」を記入してください。
- ②「請求者(組合員名)」は組合員本人が署名してください。組合員本人が死亡または高度障害の場合のみ、指定された家族が請求する事ができます。
  - ②-1死亡または高度障害を請求する場合  
配偶者が受取人:請求者(組合員名)に配偶者の氏名を自署してください。  
配偶者以外が受取人:受取人代表者が請求者(組合員名)に代表者氏名を自署し、実印を捺印してください。(実印であることを証明する印鑑証明書が別途必要です。)
- ③「だれが(傷病者)」は実際に発病・受傷した人の氏名を記入し、必ず認め印を押印してください。傷病者が未成年者の場合は、親権者が傷病者名を記入し押印してください。(実際に発病・受傷した人の請求の意思を確認するためです。)
- ④「給付金種類」は、該当項目に「レ点」をつけてください。  
「治療内容または事故内容」の、「傷病名」は病院で診断された傷病名を記入し、「いつ(発病・受傷日)」にいつ頃

- 発病したのか、「一番初めに病院に行かれた日(初診)」にその傷病で初めて受診した日(事故の場合は「事故日」)を記入してください。
- 「入院・手術をした医療機関」に、入院・手術をした医療機関名、初診日を記入し、「その他今回のおケガ・ご病気で受診した医療機関」にその他受診した医療機関がある場合には医療機関名と治療期間を記入してください。
- 「今回のおケガ・ご病気以外の既往症・持病」は、今回の傷病以外で入院手術を受けたことのある病気、投薬治療を受けている持病の有無を記入してください。ありの場合は傷病名、医療機関名、治療期間を記入してください。(複数ある場合は裏面に記入してください。)
- 「どうしたのか」は今回請求する傷病の入院、手術等を記入してください。「状況(治療内容、事故内容)」は治療に至るまでの経緯を詳細に記入してください。表面に書ききれない場合は裏面に記入してください。
- ⑤「本請求以外に請求する他の契約」は今回の請求を医療共済以外の団体・保険会社に請求する場合に記入してください。
  - ⑥「給付金の送金先」は、組合員本人または傷病者名義の口座を記入してください。チェックオフ組合(共済掛金を給与天引き)の場合は必ず記入してください。送金先が共済掛金の引落口座の場合は記入不要です。(未記入の場合は共済掛金引落口座に送金します)

UAゼンセン医療共済  
給付金支払請求書

UAゼンセン福祉共済互助会 御中 UAゼンセン医療共済専用

(個人情報利用・取扱の同意)  
貴会が、本請求に関する個人情報(※)を、本請求への対応および適正な給付金支払いに必要な範囲内で取得・利用すること、また所属労働組合が行う給付手続き補助のために所属労働組合に本請求情報を提供すること、ならびに保険会社委託部分について東京海上日動が行う本請求への対応、適正な保険金の支払のために東京海上日動に本請求情報を提供することについて同意いたします。  
(※)加入者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報等。

私は下記の内容が事実と相違ないことを確認し、給付金を請求いたします。 請求日 2000年 10月 20日

<組合員加入状況記入欄>

共済加入者番号	0012345670	フリガナ	キョウサイ タロウ
組合員名	共済 太郎		
住所	〒102-8273 千代田区九段南4-8-16	電話	( 03 ) 3288 - 3533
組合・支部名	市ヶ谷労組・東京支部	組合・支部コード	12345000

<傷病者状況記入欄> ※傷病者が未成年の場合は親権者の方が(傷病者)欄をご記入・ご捺印してください。

請求者*(組合員名)	署名	共済 太郎		*請求者は組合員本人または医療共済規定第16条に定める給付金受取人となります。	
だれが(傷病者)	共済 太郎	性別	男	年齢	43歳
給付金種類	レ点	組合員との関係	本人		

給付金種類 (口欄にV印をつけてください)

<input checked="" type="checkbox"/> 入院給付金	<input checked="" type="checkbox"/> 休業保障特約給付金	<input type="checkbox"/> 女性医療特約給付金	<input checked="" type="checkbox"/> 手術給付金	<input type="checkbox"/> 放射線治療給付金
<input type="checkbox"/> ガン診断給付金	<input type="checkbox"/> ガン特約給付金	<input type="checkbox"/> ガン患者申出療養保障給付金	<input type="checkbox"/> 先進医療給付金	
<input type="checkbox"/> 死亡給付金	<input type="checkbox"/> 高度障害給付金	<input type="checkbox"/> ドナー給付金	<input type="checkbox"/> 遺児年金	<input type="checkbox"/> 遺児入学祝金

いつ(発病・受傷日) 2000年 10月 4日 14時 0分頃 事故日 年 月 日 時 分頃

傷病名 鼠径ヘルニア 一番初めに病院に行かれた日(初診) 2000年 10月 5日

入院・手術をした医療機関 医療機関名 友愛病院 初診日 2000年 10月 5日

その他今回のおケガ・ご病気で受診した医療機関

① 治療期間	~ 年 月 日	② 治療期間	~ 年 月 日
--------	---------	--------	---------

今回のおケガ・ご病気以外の既往症・持病 (なし) (あり) 傷病名 前立腺肥大 治療期間 2000年 4月 1日頃 ~ 2000年 4月 20日頃

入院日数 ① 2000年 10月 5日 ~ 2000年 10月 12日 (8日間)

手術 ① 2000年 10月 6日 手術名(ヘルニア手術)

休業保障特約給付金請求の場合(休業保障特約を付帯されていない場合は記入不要です)

休業日数(自宅療養) ① 2000年 10月 13日 ~ 2000年 10月 16日 (4日間)

放射線治療 (なし) (あり) 照射期間 年 月 日 ~ 年 月 日

状況(治療内容、事故内容等) ※診療に至るまでの経緯を詳細にご記入ください。(追加で記入する場合は【裏面】にご記入ください)  
就業中に左鼠径部に違和感を感じ、翌日病院にて診察してもらったところ鼠径ヘルニアと診断された。10月5日より入院し、10月6日に手術を行い、術後の経過観察後10月12日に退院した。退院後は、医師の指示により10月16日まで自宅療養した。

本請求以外に請求する他の契約 (なし) (あり) 団体・保険会社名 UA生命

UAゼンセン医療共済規則第26条に基づき保険会社への委託部分の請求ならびに受領に関する権利をUAゼンセン福祉共済互助会に委任します。なお、本書の写真複製も同じ効力があることを認めます。

<給付金送金先指定欄>

給付金の送金先	中央 <input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 市谷 <input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 口座No. 1 0 0 1 1 1 1
	(労働金庫) (相互銀行) (支店) (当座) 名義(カタカナ) キョウサイ タロウ

★組合員の掛金引落口座に給付金を振込み場合は未記入で結構です。(また未記入の場合は組合員の掛金振込口座へ振込みます。)  
★別途振込口座を指定される場合は記入して下さい。(ただし振込口座は組合員・傷病者の口座に限られます。)  
★チェックオフ組合の場合は必ず記入して下さい。(ただし振込口座は組合員・傷病者の口座に限られます。)

\* 成人病(悪性新生物・糖尿病・心疾患・高血圧性疾患・脳血管疾患)および女性特約、ガン保障、女性特約、先進医療の保険金を請求いただく場合には診断書の提出が必要となります。(それ以外の保障は不要)  
\* 休業給付金を請求される際には、支払金額に関わらず所定診断書の提出が必ず必要となります。  
\* 診断書不要の場合には、入院期間と手術名が分かる領収書と診療明細書のコピーを必ず添付ください。

**【裏面】**

※ 印刷する場合には、「両面印刷」をお願いします。  
※ 「片面印刷」した場合は、【裏面】も忘れずにご提出ください。  
(裏面に追記がない場合には表面のみで構いません。)

状況(治療内容または事故内容等) ※診療に至るまでの経緯を詳細にご記入ください。