

無料 医療共済ご加入者向け特典サービス

## 「メディカルコールサービス」の内容

突然の発病やケガ、日常のおからだや子育てのお悩み、専門的な医療・健康から栄養、お薬のご相談まで、**専用のフリーダイヤル**でお気軽にご利用いただけます!!フリーダイヤル **0120-119-430**24時間・365日対応、予約制  
専門医相談は事前に予約要

● 現役の救急科専門医が常駐! <b>緊急医療一般健康相談サービス</b>	24時間 365日	● 医療機関への道順もご案内! <b>医療機関案内サービス</b>	24時間 365日
● 子育てをするママ・パパ支援、 食に関する幅広い関連情報のご提供! <b>育児・栄養相談サービス</b>	一部 事前予約 24時間 365日	● さまざまな薬剤情報のご提供! <b>お薬相談サービス</b>	一部 事前予約 24時間 365日
● 専門医による高度なサービス! <b>予約制専門医相談サービス</b>	事前 予約	● 臓器ごとのがん専門医による高度なサービス! <b>予約制専門医「がん」相談サービス</b>	事前 予約
<b>転院・患者移送手配サービス (国内のみ)</b>	24時間 365日	<b>海外の医療情報に 関する相談サービス</b>	24時間 365日

## 「介護アシスト」の内容

フリーダイヤル **0120-428-834**受付時間 9:00~17:00  
(土日祝日・年末年始を除く)

サービス利用時には、ご加入の団体名を確認させていただきます。UAゼンセン(全国繊維化学食品流通サービス一般労働組合同盟)でご加入されている旨をお伝えください。

- 高齢者の生活を支える各種サービスを優待条件でご紹介します。(サービスのご利用にかかる費用はお客様のご負担となります。)
- 各種サービス優待紹介\*1**
- 家事代行 ■ 配食 ■ リフォーム ■ 見守り・緊急通報システム
  - 福祉機器 ■ 有料老人ホーム・高齢者住宅 ■ バリアフリー旅行
- (※) お住まいの地域や、やむを得ない事情によって、サービスの利用までに日数を要する場合やサービスをご利用いただけない場合、優待条件でご利用いただけない場合があります。
- 社会福祉士・ケアマネジャー・看護師等が、公的介護保険制度の内容や利用手続、介護サービスの種類や特徴、介護施設の入所手続、認知症への対処法といった介護に関する相談に電話でお応えします。
- 電話介護相談**
- 介護に関する様々な情報を提供します。
- インターネット介護情報サービス**
- 「介護情報ネットワーク」ホームページアドレス  
<http://www.kaigonw.ne.jp/>

\*1サービスのご利用にかかる費用はお客様のご負担となります。

- ・保障期間中にご相談内容の事柄が発生しており、かつ現在に至るまで共済契約が継続している場合に限りです。
- ・各サービスは、東京海上日動がグループ会社または提携会社を通じてご提供します。
- ・サービス内容は変更・中止される場合がございます。なお、一部の地域では、ご利用いただけないサービスもございますので、あらかじめご了解ください。
- ・サービスのご利用にあたっては、提携先の担当者が、「お名前」「ご連絡先」「団体名」等をご確認させていただきますのでご了承ください。
- ・ご相談の対象は相談対象者に日本国内で発生した身の回りの事象(事業活動等を除きます。)とします。

医療共済  
加入者のしおり給付金請求書類等を巻末に付けていますので  
大切に保管してください!

裏表紙には医療・健康相談等のフリーダイヤルのご案内もあります。

UAゼンセン 福祉共済互助会

お問い合わせ先 **UAゼンセン共済事業局**〒102-8274 東京都千代田区九段南4-8-19 CIRCLES+市ヶ谷駅前 2階  
TEL 03-3288-3533 FAX 03-3288-3708URL [https://uazensen.jp/kyousai\\_top/](https://uazensen.jp/kyousai_top/) E-mail [kyosai@uazensen.jp](mailto:kyosai@uazensen.jp)

## 目次

I.制度の概要	3
(I)医療共済(基本保障・こども特約)	3
1.加入の対象・加入の条件について	3
2.加入の手続・変更の手続について	4
3.給付金の請求手続について	5
4.基本保障・こども特約給付金の内容について	5
5.基本保障・こども特約給付金をお支払いしない主な場合について	8
6.用語の解説	8
(II)医療共済(ガン診断給付金(上乘せ)特約)	9
1.特約加入の対象・加入条件について	9
2.加入の手続・保障開始日について	10
3.給付金の請求手続について	10
4.給付事由と給付金額について	10
(III)医療共済(女性医療特約)	11
1.特約加入の対象・加入条件について	11
2.「女性医療特約」の付帯できるタイプについて	12
3.加入の手続・変更の手続について	12
4.給付金の請求手続について	12
5.対象となる女性疾病等の範囲について	12
6.女性医療特約給付金の内容について	12
7.女性医療特約給付金をお支払いしない主な場合について	13
(IV)医療共済(休業保障特約)	13
1.特約加入の対象・加入条件について	13
2.加入の手続・変更の手続について	13
3.給付金の請求手続について	14
4.休業保障特約給付金の内容について	14
5.休業保障特約給付金をお支払いしない主な場合について	14
II.Q&A	16
III.別表	23
IV.給付内容一覧	29
V.事故の報告と給付金の請求方法と記入例	34
VI.変更手続き・脱退の書類の記入例	41
付録 給付金請求書類・脱退届	45

# I. 制度の概要

## (I) 医療共済(基本保障・こども特約)

### 1. 加入の対象・加入の条件について

#### (1) 加入できる人・範囲

##### ① 新規加入・タイプアップ

加入日(保障開始日)現在、満69歳以下の組合員本人およびその家族\*1で、健康な方。

ただし、福祉共済会会員の方は、本人・家族ともに医療共済に新規加入・タイプアップすることはできません。

\*1 家族の範囲は、「組合員本人、組合員の配偶者\*2、子供、組合員本人と同居または生計を同一にする両親・兄弟姉妹」、ならびに「組合員本人と同居しているその他二親等以内の親族\*3(祖父母・孫等)」とします。

\*2 婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある方および戸籍上の性別が同一であるが婚姻関係と異なる程度の実質を備える状態にある方を含みます(以下の要件をすべて満たす場合に限り。婚約とは異なります。)

る状態にある方を含みます(以下の要件をすべて満たす場合に限り。婚約とは異なります。)

① 婚姻意思(戸籍上の性別が同一の場合は夫婦同様の関係を将来にわたり継続する意思をいいます。)を有すること

② 同居により夫婦同様の生活を送っていること

\*3 親族とは血族・姻族です。⑦こども特約の加入者は、22歳以下の未就労の未婚者とします。

##### ② 既にご加入いただいている方

加入者は、3月1日現在満89歳に達した後に到来する保障期間の終期(翌年3月1日午後4時)まで更新加入できます。

③ 加入できる口数は、組合員、家族、1人1口です。

④ 原則として、組合員本人が加入しなければ家族は加入できませんが、組合員本人が、医療共済に加入できない健康状態の場合には、家族のみの加入も認めます。

⑤ 加入後、左記\*1家族の範囲の条件を満たさなくなった家族の人は脱退しなければなりません。

⑥ 2つ以上の会社に勤務しており、どちらもUAゼンセン加盟組合所属企業である場合には、1つの組合での加入しかできません。

⑦ こども特約の加入者は、加入日(保障開始日)現在、22歳以下の未就労の未婚者とします。

#### (2) 健康状態の告知

新規加入お申し込み、ならびに高い給付内容へのタイプ変更の際には、健康状態の告知をしていただきます。告知に際しては、P4「告知の大切さに関するご注意」を必ずお読みください。

#### 健康状態告知質問事項

**質問1** ● 告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中、または入院か手術をすすめられていますか※。

※手術をすすめられているケースに該当しご加入できません。

① 1人目を帝王切開で出産し、2人目を妊娠後に加入する方 ② ペースメーカーを付けている方  
③ 骨折で固定具を装着している方 ④ 不妊治療が決まっている方

**質問2** ● 【告知日(ご記入日)より過去1年以内に病気、継続して10日以上入院をしたことがありますか。

**質問3** ● 告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。

① 健康診断・人間ドックにおいて以下の検査を受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常(要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。)を指摘されたこと

・上部消化管エックス線検査(または内視鏡検査)・胸部エックス線検査・乳房エックス線(マンモグラフィ)検査・乳房超音波検査・子宮頸部の細胞診・便潜血検査・しゅようマーカー(CEA・AFP・CA19-9・PSA等)・CT検査・MRI検査・PET検査・肝炎ウイルス検査(HBs抗原・HCV抗体)・腹部超音波検査・その他のがん検診

② 医師の診察の結果、下記別表の病気や所見、症状により継続して診察(服薬・治療を含みます)・検査を受けるように指導されたこと

#### 別表(告知対象の病気や所見・症状)

ポリポー・しゅよう等	しゅよう*3、結節*3、腫瘍*3(しゅりゅう)、GIST(ジスト、ギスト)、カルチノイド、異形成、白板症、多発性ポリポー(ポリボース) *4、病理検査や細胞診での異常
消化器系の病気	肝硬変、慢性肝炎、肝機能障害(入院や治療を伴うもの)、慢性アルコール性肝機能障害、NASH(非アルコール性脂肪肝炎)、アルコール性肝炎、門脈圧亢進症、食道静脈瘤
呼吸器系の病気	COPD(慢性閉塞性肺疾患)、肺炎腫、慢性気管支炎、肺線維症、じん肺、けい肺、間質性肺炎
腎臓の病気	慢性腎機能障害、慢性腎不全、慢性腎炎、尿毒症
その他	B型肝炎ウイルスキャリア、C型肝炎ウイルスキャリア、貧血(鉄欠乏性貧血を除きます)
症状*5	しこり、出血(不正出血、喀血、吐血、下血、肉眼的血尿)、黄疸

\*3 「がん、上皮内がん、または異形成」とは異なる病気と診断された場合は「なし」となります。

\*4 大腸などひとつの臓器に多数のポリポーが存在する状態をいいます。

\*5 「がん、上皮内がん、もしくは異形成」とは異なる病気と診断された場合、またはその症状に対する診察(服薬・治療を含みます)・検査の結果、告知日時点で医師による診察(服薬・治療を含みます)・検査が終了している場合は「なし」となります。

#### <過去に「ガン」または「上皮内ガン」\*6に罹患された方>

**質問4** ● 過去に罹患されたガンの診断日を教えてください。

\*6 悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫、上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成をいいます。

#### 【告知の大切さに関するご注意】

● 健康状態の告知が必要となるケースは以下のとおりです。

・医療共済(ガン診断給付金(上乘せ)特約含む)に新たにご加入される場合、または更新にあたり保障内容をアップされる場合

・更新前契約に保障対象外となる病気・症状が設定されており、告知書ご記入日時点で、告知書記載の質問すべてのご回答が「なし」となる場合(更新後契約については保障対象外となる病気・症状を保障対象にすることができます。告知書にご回答がない場合には、更新前契約と同条件での更新となります。)

● 告知書は保障の対象となる方ご自身があるままにご記入ください。\*7

告知の内容が正しくないと、ご加入が解除され給付金\*8がお受け取りいただけない場合があります。

● 過去に病気やケガをされたことがある場合、ご加入は次のいずれか(ガン診断給付金(上乘せ)特約は①または③)になります。

① ご加入いただけます。(無条件…保障対象外となる病気・症状の設定はありません)

② ガンに関する特定の給付金を保障対象外としてご加入いただけます。(なお、保障内容アップの際にガンに関する特定の病気の告知に該当した場合は、保障内容をアップされた部分だけでなく、従来よりご加入されているガン保障についてもその病気・症状は保障対象外となりますのでご注意ください。)

③ 今回はご加入できません。(健康状態の告知質問1もしくは質問2に該当する場合)(ガン診断給付金(上乘せ)特約は質問1~2に該当する場合)

● ご加入後、給付金請求時等に、告知内容についてご確認させていただく場合があります。

\*7 ご家族の方を保障の対象とする場合には、ご家族の方ご自身にご記入ください。

\*8 高い給付内容にタイプ変更の場合は、給付内容をアップされた部分が解除され、給付金をお受け取りいただけないことがあります。

#### ご注意

● 新規または高い保障内容へのタイプ変更の場合、新たに告知が必要となる等のご注意いただきたい事項があります。詳しくは、パンフレット記載の重要事項説明書記載の注意喚起情報をご確認ください。

● 告知すべき内容を後日思い出された場合には、共済事業局までご連絡ください。

● 医療共済(ガン診断給付金(上乘せ)特約は除く)については、支払責任の開始する日より前に被っているケガまたは病気・症状を原因として、支払責任を開始する日以降に就業不能や入院等をされた場合には、その原因が告知対象外のケガまたは病気・症状であったり、正しく告知いただいていた場合であっても、給付金お支払いの対象とならないことがあります。

## 2. 加入の手続・変更の手続について

### (1) 加入手続と受付窓口

所定の「加入申込書兼口座振替依頼書」に必要な事項を記入のうえ、所属組合経由でUAゼンセン共済事業局へご提出ください。

(なお、福祉共済会会員の方は、本人・家族とも新規加入または高い保障内容へのタイプ変更はできません。)

### (2) 加入締切日(詳細はパンフレット裏表紙参照)

原則毎月20日(20日が土・日・祝日の場合は前業務日)UAゼンセン共済事業局必着です。

### (3) 掛金の引落し

① 掛金は組合員・福祉共済会会員本人と家族の分を合計して、本人の指定預金口座から毎月12日(12日が土・日・祝日の場合は翌営業日)自動的に引落しされます。(所属組合によっては給与天引ができます。所属組合にご確認ください。)

② 掛金が引落しされなかった場合は、翌月再請求いたします。

③ 掛金が3か月連続して引落しされなかった場合は、最初の引落しができなかった月の前月末日をもって自動脱退となります。(自動脱退後再加入の場合は、再加入日(保障開始日)から新規加入扱いとなります。)

### (4) 保障開始日(加入日)

初回掛金引落日の当月1日の午前0時となります。  
(例)4/15 申込書UAゼンセン共済事業局に到着 → 6/1 保障開始 → 6/12 初回掛金引落日

### (5) 加入者証と加入者のしおり

加入者には加入の証として「加入者証」と「加入者のしおり」を加入日の当月中旬以降月末までに所属組合あてに発行します。

### (6) 自動更新

① 一度加入されると、特にお申し出がない限り、翌年3月1日付で自動更新されます。

「加入内容確認書」および「加入者のしおり」は毎年更新後の内容で発行されます。

② 掛金は、毎年3月1日の満年齢により自動的に変更となります。(掛金変更の場合は、変更となる前年12月に掛金変更通知書を発行します。)

③ こども特約に加入している子供が満23歳に到達したときは、満23歳になって最初に迎えた3月1日(3月1日生まれの場合は満23歳になった同日)をもって、基本保障の同型に自動移行します(C-3型→3型、C5型→5型)。なお、対象者には、上記②掛金変更通知書で通知します。また、掛金も満23歳になって最初に迎えた3月1日(3月1日生まれの場合は満23歳になった同日)からこども特約の掛金から基本保障の掛金に変更となります。(C1.5型は自動移行できません。)

④ 3月1日時点で満80歳の方は、3月1日より下記の通り医療共済の基本保障がSV型に自動移行します。(基本保障10型・7.5型・5型→SV5型、基本保障3型・K4型→SV3型、K2型→SV2型、

K1.5型の方はSV型に自動移行できず、その時点で終了となります。) なお対象者には、自動移行する前年12月にご自宅宛てに事前通知します。

(7)加入タイプの変更手続

- ① 加入コース・タイプの変更  
毎月受け付けます。「加入申込書」の変更する箇所のみに変更後のコース・タイプに○印をつけて組合を経由してご提出ください。  
当月20日(20日が土、日、祝日の場合は前業務日)→翌々月12日新コース・タイプの掛金引落し)→翌々月1日から新コース・タイプによる保障開始。
- ② 高い給付内容へのタイプ変更は、新規加入扱いとなり、再度健康状態の告知が必要です。(なお、現役の組合員の方であっても70歳以上の方は高い給付内容へのタイプ変更はできません。また、福祉共済会会員の方は、本人・家族とも現在加入のタイプから高い給付内容への変更はできません。)
- ③ 加入者の子供が、こども特約から高い給付内容の基本保障に加入し直すときは、毎月1日付で加入できますが、新規加入扱いとなり、再度健康状態の告知が必要です。ただし、C-5型から基本保障5型または基本保障3型へ、C-3型から基本保障3型への加入の場合は、申込書の提出は必要ですが健康状態の告知は必要ありません。

(8)脱退

- ① 加入者は、3月1日現在満89歳に達した後に最初に到来する2月末日をもって、自動脱退となります。(C-1.5型は自動移行できません。)
- ② 途中で家族が加入資格(「組合員(もしくは福祉共済会員)と同居または生計を同一にする配偶者・子供・両親・兄弟姉妹」「組合員本人と同居しているその他二親等以内の親族」)を満たさなくなった場合は、その家族について、一部脱退の手続を必ず行ってください。
- ③ 途中で脱退を希望される方は、組合経由で当月20日までに(20日が土・日・祝日の場合は前業務日)「脱退届」をUAゼンセン共済事業局にご提出ください。  
当月末日をもって脱退とします。ただし、掛金の徴収ができていない期間中に脱退届が共済事業局に到着した場合は、最終掛金が徴収された月の当月末日をもって脱退として取扱います。
- ④ 組合員でなくなる場合は、組合経由で「UAゼンセン福祉共済会」に加入することにより、保障を継続することができます。(組合が認めた場合に限り)
- ⑤ 加入者が死亡または高度障害になったときは、死亡日または高度障害給付金支払日をもって脱退となります。(掛金は脱退日の属する月の月末までお支払いいただきます。)
- ⑥ 上記脱退に際しては返戻金はありません。
- ⑦ 脱退の申し出がなくとも、以下の項目に該当する場合は脱退(加入取消)とします。

- ・ 給付金を詐欺する目的で事故を生じさせた事(未遂を含む)が判明した場合
- ・ 給付金請求に関して故意に事実と違う事を記入した事が判明した場合
- ・ 給付金請求に関して故意に重大な事実を告げなかった場合
- ・ 共済事業局がこの加入を取消する相当の理由があると認めた場合

(9)加入の取消し

加入申込書の告知内容(健康状態、平均月収、年齢等)に不実記載があった場合および給付金請求に関し詐欺の行為があった等の場合(上記(8)脱退⑦)は、加入を取消することがあります。

3.給付金の請求手続について(P35~42)

給付金の請求は、医療共済所定の用紙(本しおり付録に添付)にご記入の上、組合経由でご提出ください。  
(福祉共済会会員の方は、福祉共済会へご提出ください。)

4.基本保障・こども特約給付金の内容について

タイプ別給付内容はIV.給付内容一覧(P29~33)のとおりです。

(1)入院給付金

- ① 加入者(保障の対象者)が病気またはケガを被り、その直接の結果として、その病気またはケガの治療を直接の目的として入院したときに入院給付金日額×入院期間(1回の入院\*1について、365日が支払限度日数となります。))をお支払いします。ただし、保障期間中に病気またはケガを被り入院を開始することが必要です。\*2
- ② 成人病の場合は、その他の病気やケガの場合の入院給付金日額の倍額をお支払いします。ただし、保障期間中に成人病を被り入院を開始することが必要です。\*2
- \*1 「1回の入院」とは次のいずれかに該当する入院をいいます。  
・入院を開始してから退院するまでの継続した入院  
・退院後、その日を含めて180日を経過した日までに再入院した場合で、その再入院が前の入院の原因となった身体障害(医学上重要な関係がある身体障害を含みます。))によるものであるときは、再入院と前の入院を合わせた入院
- \*2 この共済契約が更新加入である場合、初年度加入の保障期間の開始時以降に病気またはケガを被った場合を含みます。
- \*1 上記における初年度加入、更新加入等については、各保障の対象者ごとに判断するものとします。
- \*2 病気による入院中に新たな病気を発症した場合、またはケガによる入院中に新たなケガを被った場合、それぞれの重複する期間については、重複してはお支払いできません。
- ③ 成人病の範囲は、悪性新生物(ガン)、糖尿病、心疾患、高血圧性疾患、脳血管疾患とし、保障対象となる「悪性新生物(がん)」とは、悪性

新生物および上皮内新生物のことをいい、具体的には、厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害及び死因の統計分類提要ICD-10(2013年版)準拠」および「国際疾病分類-腫瘍学(NCC監修)第3版(2012年改正版)」に定められた内容によるものとします。良性腫瘍である子宮筋腫、血管腫および脂肪腫等は、この共済の保障対象となりません。

なお、「疾病、傷害及び死因の統計分類提要」または「国際疾病分類-腫瘍学」において、新たな分類が施行された場合で、新たに「悪性新生物」または「上皮内新生物」に分類された疾病があるときには、その疾病を保障対象に含みます。(P23Ⅲ別表(1)対象となる成人病参照)

- ④ 加入期間中における入院給付金の入院日数の通算限度はありません。

(2)手術給付金

- ① 加入者(保障の対象者)が病気またはケガを被り、その治療を直接の目的として、下記1~3の全ての条件を満たす手術\*3を受けたとき、下記\*4手術給付金表の金額をお支払いします。
- \*3 (手術の条件)

- 1. この共済の保障期間中に行われた手術であること。
- 2. 公的医療保険制度における医科診療報酬点数表により手術料の算定対象と列挙されている手術を受けた場合。ただし、歯科診療報酬点数表および、次の手術を除きます。  
ア.傷の処置(創傷処理、デブリードマン)  
イ.切開術(皮膚、鼓膜)  
ウ.骨・関節の非観血整復術、非観血整復固定術および非観血授動術  
エ.抜歯(骨の開削等を行った場合も含む)  
オ.異物除去(外耳、鼻腔内)  
カ.鼻焼灼術(鼻粘膜、下甲介粘膜)  
キ.魚の目、タコ手術(鶏眼、胼胝切除術)

〈主な給付対象外手術〉

生検、創傷処理、デブリードマン、皮膚切開術、骨折非観血的整復術、抜歯手術、インプラント、歯根嚢胞摘出術、外耳内異物除去術、鼻腔粘膜焼灼術、魚の目・タコ手術、レーシック(レーザーによる近視・乱視の矯正術)、ドレーナージ、輸血等
--

上記以外でも対象外の手術があります。対象か対象外か不明なときは、診療明細書に記載された正式手術名(最後に…術と付きます。)\*手術コードをご確認のうえ、UAゼンセン共済事業局にお問い合わせください。

3. 病院等における手術である。

\*4 (手術給付金表)

重大手術*5	入院給付金日額の40倍*6
重大手術以外の入院中に受けた手術	入院給付金日額の10倍
上記以外の手術	入院給付金日額の5倍

- \*5 (重大手術)とは次の手術をいいます(ただし、腹腔鏡・胸腔鏡・穿頭は除きます)。

ガンに対する「開頭・開胸・開腹手術、四肢切断術」
脊髄腫瘍摘出術、頭蓋内腫瘍開頭摘出術、縦隔腫瘍開胸摘出術

心臓・大動脈・大静脈・肺動脈・冠動脈の病変に対する、心臓・大動脈・大静脈・肺動脈・冠動脈への開胸・開腹術
日本国内で行われた、心臓・肺・肝臓・膵臓・腎臓の全体または一部の移植手術(ただし、臓器の移植に関する法律に沿った場合に限るものとし、臓器提供者に対する摘出術は対象外)

※乳ガン手術については、一般的に開胸手術ではないため、重大手術に該当しません。(開胸手術とは肋骨を切除し、肋骨の内側の臓器を手術することをいいます。)

- \*6 基本保障のガンを含む成人病の重大手術については、入院給付金日額の25倍となります。
- ② 時期を同じくして2種類以上の手術を受けた場合には、給付倍率の高いいずれか1種類の手術についてのみお支払いします。
- ③ 医科診療報酬点数表において、手術料の算定対象として列挙されている手術の中には、\*7一連の治療過程に連続して手術を受けられた場合に、手術料が1回のみ算定される手術や、\*8 1度の手術で手術料が1日につき算定される手術がありますのでご注意ください。
- \*7 (例)左腎結石の治療で、対外衝撃波腎結石破碎術を複数回受けられた場合(その他の該当手術はP21Q11①をご参照ください。)
- \*8 (例)心筋梗塞で3日間にわたり大動脈バルーンパンピング法を使用した場合(その他の該当手術はP21Q11②をご参照ください。)
- ④ 不妊治療の給付金についてはP21Q10をご参照ください。

(3)放射線治療給付金

- ① 加入者(保障の対象者)が病気またはケガを被り、その治療を直接の目的として、保障期間中に公的医療保険制度に基づく医科診療報酬点数表により放射線治療料の算定対象として列挙されている放射線治療を受けたとき、入院給付金日額の10倍をお支払いします。ただし、保障期間中に病気またはケガを被り放射線治療を受けることが必要です。この共済契約が更新加入である場合、初年度加入の保障期間の開始時以降に病気またはケガを被った場合を含みます。
- ※ 血液照射を除きます。お支払いの対象となる放射線治療を複数回受けた場合は、施術の開始日から、60日の間に1回の支払を限度とします。

(4)ガン診断給付金

- ① 保障期間中に以下のいずれかの状態に該当した場合に、ガン診断給付金をお支払いします。  
1.初めてガンと診断確定された場合  
2.更新の場合において、この契約が更新されてきた最初の契約(初年度契約)から更新前契約までの連続した更新契約のいずれかの保障期間中に既に診断確定されたガン(原発ガン)を治療したことにより、ガンが認められない状態となり、その後初めてガンが再発または転移したと診断確定されたとき  
3.原発ガンとは関係なく、ガンが新たに生じたことと診断確定された場合
- ② ただし、ガン診断給付金のお支払いは保障期

間を通じて1回に限りです。また、支払事由に該当した最終の診断確定日からその日を含めて1年以内であるときは、ガン診断給付金をお支払いできません。

- ③ ガンの定義および診断確定については、Ⅲ.別表(3).(P24)のとおりです。
- ④ 過去にガンに罹患された方で、医療共済に加入された方が新たにガンを発病された場合には、基本保障のガン診断給付金については給付金をお支払できません。

### (5)ガン患者申出療養保障給付金

- ① ガンと診断確定され、その治療のため、保障期間中に患者申出療養制度\*9を受けられた場合、患者申出療養制度にかかわる技術料\*10について給付金をお支払いします。ただし、保障期間を通じて、2,000万円を限度とします。
- \*9 「患者申出療養制度」とは、公的医療保険制度のうち、主務官庁が定める患者申出療養制度(患者申出療養ごとに主務官庁が定める施設基準に適合する病院または診療所において行われるものに限り)をいいます(詳細については主務官庁のホームページをご参照ください)。なお、療養\*11を受けた日現在、公的医療保険制度の給付対象になっている療養は患者申出療養とはみなされません(保障期間中に対象となる患者申出療養は変動します。)
- \*10 次の費用等、患者申出療養にかかわる技術料以外の費用は含まれません。
  - i.公的医療保険制度に基づき給付の対象となる費用(自己負担部分を含む)
  - ii.評価療養のための費用
  - iii.選定療養のための費用
  - iv.食事療養のための費用
  - v.生活療養のための費用
- \*11 次のいずれかに該当するものをいいます。
  - i.診察
  - ii.薬剤または治療材料の支給
  - iii.処置、手術その他の治療
- ② 過去にガンに罹患された方で、医療共済に加入された方が新たにガンを発病された場合には、基本保障のガン患者申出療養保障給付金については給付金をお支払できません。

### (6)先進医療給付金

- ① 病気やケガによって保障期間中に先進医療\*12を受けられた場合(加入者が一連の先進医療を受けた場合は、最初に受けた日に給付金支払事由に該当したものとみなします。)、先進医療にかかわる技術料\*13について給付金をお支払いします。ただし、1回につき2,000万円を限度とします。
- \*12 「先進医療」とは、公的医療保険制度に定められる評価療養のうち、主務官庁が定める先進医療(先進医療ごとに主務官庁が定める施設基準に適合する病院または診療所において行われるものに限り)をいいます(詳細については厚生労働省のホームページをご参照ください)。なお、療養\*14を受けた日現在、公的医療保険制度の給付対象になっている療養は先進医療とはみなされません(保障期間中に対象となる先進医療は変動します。)
- \*13 次の費用等、先進医療にかかわる技術料以外の

- 費用は含まれません。
- i.公的医療保険制度に基づき給付の対象となる費用(自己負担部分を含む)
- ii.先進医療以外の評価療養のための費用
- iii.選定療養のための費用
- iv.食事療養のための費用
- v.生活療養のための費用

- \*14 次のいずれかに該当するものをいいます。
  - i.診察
  - ii.薬剤または治療材料の支給
  - iii.処置、手術その他の治療
- ② 先進医療一時金として、上記給付金が支払われる先進医療を受けられた場合に、10万円をお支払いします。ただし、保障期間を通じて1回に限りです。
- \* 400万円までの重粒子線・陽子線治療の先進医療費用について、引き受け保険会社から医療機関へ直接給付金をお支払いできる場合があります。直接払サービスの詳細・利用条件は下記をご覧ください。【直接払サービスの利用条件】
  - ① 先進医療を開始する時点で契約が有効であり、先進医療給付金の支払事由に該当すること。
  - ② 給付金支払いのための事実確認が不要であると引受保険会社が判断できること。
  - ③ 第1回照射日までに、直接払サービスの利用について引受保険会社が了解していること。
  - ④ 指定代理請求人からの請求でないこと。
  - ⑤ 責任開始日から1年以上経過した契約であること。
- 【サービス実施が可能な医療機関】厚生労働省のホームページに記載の粒子線治療\*15を実施している医療機関に限り。ただし、本サービスは医療機関とは個別にサービス実施に関する提携を行っておりますので、粒子線治療施設を設立直後の医療機関については、提携が未済場合があります。その場合、本サービスの提供はできません。
- \*15 粒子線治療とは、重粒子線治療、陽子線治療をいいます。
  - \* 告知義務違反、契約無効の可能性があるケースや給付金受取人または給付金請求者の本人確認を要するケースでは、事実確認(調査)等を行う必要があるため、給付金支払いまでに時間を要する場合があります。したがって、これらに該当しないことをサービス利用の条件としています。

### (7)死亡・高度障害給付金

死亡または高度障害状態になったときに、一時金をお支払いします。高度障害状態とは、Ⅲ.別表(P23)のとおりです。(障害等級第1級に該当。)

\* 死亡・高度障害給付金が支払われた場合、脱退となります。(脱退日:死亡の場合→死亡日、高度障害の場合→高度障害給付金支払日)掛金は脱退日の属する月の月末までお支払いいただきます。

### (8)遺児年金

- ① 加入者が死亡・高度障害状態になったときに生計を同一にしている22歳以下の子供がいる場合は、子供1名につき月額1万円をお支払いします。
- ② 給付の期間は、就学期間中23歳に到達するまで最長10年間です。(就学前の児童については、加入者が死亡・高度障害状態になった時

から10年間お支払いをします。)

\* 給付金支払開始月は、死亡給付金の場合は死亡日の翌月、高度障害給付金の場合は高度障害症状固定日(認定日)の翌月となります。

### (9)遺児入学祝金

遺児年金の受給者が、小・中学校に入学するときに5万円、高校に入学するときに10万円、大学(高校卒業後の専門学校を含む)に入学するときに20万円をお支払いします。

### (10)ドナー給付金

- ① 加入者が生存期間中に臓器提供を行った場合は、5万円をお支払いします。
- ② 対象となる臓器提供は、骨髄液ならびに臓器移植法の対象となる臓器で肺、肝臓、腎臓、膵臓および小腸です。

## 5.基本保障・子ども特約給付金をお支払いしない主な場合について

### (1)死亡・高度障害給付金・遺児年金・遺児入学祝金以外

- ① 申込者または加入者(保障の対象者)、給付金を受け取るべき者の故意または重大な過失による病気またはケガ。
- ② 自殺行為、犯罪行為または闘争行為による病気またはケガ。(加入後1年を超えた自殺は死亡給付金・遺児年金・遺児入学祝金を支払う)
- ③ 麻薬、アヘン、覚醒剤等の使用による病気またはケガ。
- ④ 戦争、暴動等による病気またはケガ。
- ⑤ 自動車または原動機付自転車の無資格運転、酒酔い運転、酒気帯び運転中に生じた事故によるケガ。
- ⑥ むちうち症、腰痛等で医学的他覚所見のないもの。
- ⑦ 地震、噴火またはこれらによる津波による病気またはケガ。
- ⑧ 精神障害を原因とする事故によるケガ。
- ⑨ 精神病、アルコール依存、薬物依存等の精神障害。(但し、アルコール依存および薬物依存を除く精神障害については、病気による入院・手術のみ入院・手術給付金を支払う)精神障害の範囲は平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類番号F00からF99の規定によります。
- ⑩ 核燃料物質、もしくは核燃料物質によって汚染された物の放射性・爆発性その他の有害な特性またはこれらの特性による事故による病気またはケガ。
- ⑪ 保障開始日以前に被った病気や発生した事故によるケガ。(初年度契約の保障開始時点で、既に被っている病気やケガについても、初年度契約の保障開始期日から1年を経過した後に給付金支払事由に該当したときは、給付金のお支払いの対象となります。)

- ⑫ 給付事由が発生してから3年以上経過したとき。
- ⑬ 告知事項に事実と相違があったとき。
- \*1 ④⑦⑩に該当する場合であっても、その事故や災害の程度に応じて、給付金の全額を支払い、またはその金額を削減して支払うことがあります。
- \*2 ⑨精神障害の解釈は下記の通りです。

	入院・手術	休業保障
アルコール依存、薬物依存	×	×
アルコール依存、薬物依存以外	○	×

### (2)死亡・高度障害給付金

- 死亡給付金
  - ① 加入者の加入1年以内の自殺。
  - ② 死亡給付金の受取対象者の故意。
  - ③ 戦争、その他の変乱による死亡。
- 高度障害給付金
  - ① 加入者の故意、または重大な過失。
  - ② 加入者の犯罪行為。
  - ③ 戦争、その他の変乱による高度障害。

## 6.用語の解説

### ●病院等(病院または診療所)

- 次のいずれかに該当するものをいいます。
- ① 医療法に定める日本国内にある病院または患者を収容する施設を有する診療所(四肢における骨折、脱臼、捻挫または打撲に関し施術を受けるため、UAゼンセンが特に認めた柔道整復師法に定める施術所に収容された場合には、その施術所を含みます。)。ただし、介護保険法に定める介護療養型医療施設または介護医療院を除きます。
  - ② ①の場合と同等とUAゼンセンが認めた日本国外にある医療施設。

### ●入院

- 次のいずれかに該当することをいいます。
- ① 医師(柔道整復師法に定める柔道整復師を含みます。以下同様とします。)による治療が必要な場合において、自宅等(老人福祉法に定める有料老人ホームおよび老人福祉施設ならびに介護保険法に定める介護保健施設等を含みます。以下同様とします。)での治療が困難なため、病院等に入り、常に医師の管理下において治療に専念すること。
  - ② なお、この共済において、次のいずれかに該当する入院を「1回の入院」といいます。
    - ・入院を開始してから退院するまでの継続した入院
    - ・退院後、その日を含めて180日を経過した日までに再入院した場合で、その再入院が前の入院の原因となった身体障害(医学上重要な関係がある身体障害を含みます。)によるものであるときは、再入院と前の入院を合わせた入院

## (II) 医療共済(ガン診断給付金(上乘せ)特約)

### 1. 特約加入の対象・加入条件について

#### (1) 加入できる人・範囲

##### ① 新規加入

加入日(保障開始日)現在満69歳以下の、組合員本人およびその家族\*1で、健康な方。かつ、医療共済の基本保障もしくは子ども特約に加入している方。

\*1 家族の範囲は、「組合員本人と同居または生計を同一にする配偶者・子ども・両親・兄弟姉妹」、ならびに「組合員本人と同居しているその他二親等以内の親族(祖父母・孫等)」とします。

##### ② 既にご加入いただいている方

基本保障もしくは子ども特約の保障期間の終期まで更新加入できます。

ただし、福祉共済会会員の方は、本人・家族ともにガン診断給付金(上乘せ)特約に新規加入することはできません。

#### (2) 健康状態の告知

● 新たにガン診断給付金(上乘せ)特約に加入される際には、健康状態の告知をしていただきます。なお過去一度でもガンになった方は加入できません。

告知に際してはP4「告知の大切さに関するご注意」を必ずお読みください。

#### 健康状態告知質問事項

**質問1** ● 今までに「ガン」または「上皮内ガン」と医師に診断されたことはありますか。\*2  
\*2 「ガン」または「上皮内ガン」に含めて告知いただきたい病気の例

ガン	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫	上皮内ガン	上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成
----	----------------------------------	-------	---------------------------------

**質問2** ● 告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。

① 健康診断・人間ドックにおいて以下の検査を受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常(要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。)を指摘されたこと

・上部消化管エックス線検査(または内視鏡検査)・胸部エックス線検査・乳房エックス線(マンモグラフィ)検査・乳房超音波検査・子宮頸部の細胞診・便潜血検査・しゅようマーカー(CEA・AFP・CA19-9・PSA等)・CT検査・MRI検査・PET検査・肝炎ウイルス検査(HBs抗原・HCV抗体)・腹部超音波検査・その他のがん検診

② 医師の診察の結果、下記別表の病気や所見、症状により継続して診察(服薬・治療を含みます)・検査を受けるように指導されたこと

#### 別表(告知対象の病気や所見・症状)

病気や所見	ポリープ・しゅよう等	しゅよう*3、結節*3、腫瘍*3(しゅりゅう)、GIST(ジスト、ギスト)、カルチノイド、異形成、白板症、多発性ポリープ(ポリポージス)*4、病理検査や細胞診での異常
	消化器系の病気	肝硬変、慢性肝炎、肝機能障害(入院や治療を伴うもの)、慢性アルコール性肝機能障害、NASH(非アルコール性脂肪肝炎)、アルコール性肝炎、門脈圧亢進症、食道静脈瘤
	呼吸器系の病気	COPD(慢性閉塞性肺疾患)、肺炎腫、慢性気管支炎、肺線維症、じん肺、けい肺、間質性肺炎
	腎臓の病気	慢性腎機能障害、慢性腎不全、慢性腎炎、尿毒症
	その他	B型肝炎ウイルスキャリア、C型肝炎ウイルスキャリア、貧血(鉄欠乏性貧血を除きます)
症状*5	しこり、出血(不正出血、喀血、吐血、下血、肉眼的血尿)、黄疸	

\*3 「がん、上皮内がん、または異形成」とは異なる病気と診断された場合は「なし」となります。

\*4 大腸などひとつの臓器に多数のポリープが存在する状態をいいます。

\*5 「がん、上皮内がん、もしくは異形成」とは異なる病気と診断された場合、またはその症状に対する診察(服薬・治療を含みます)・検査の結果、告知日時点で医師による診察(服薬・治療を含みます)・検査が終了している場合は「なし」となります。

### 2. 加入の手続・保障開始日について

#### (1) 特約の申込

所定の医療共済加入申込書(基本保障と共用)に必要事項を記入のうえ、所属組合経由でUAゼンセン共済事業局へご提出ください。

#### (2) 「ガン診断給付金(上乘せ)特約」の加入日と保障開始日

『加入日』は、特約の初回掛金引落日の当月1日午前0時となります。

#### (3) 自動更新

一度加入されると、特にお申し出がない限り、翌年3月1日で自動更新されます。

(なお、基本保障、子ども特約を脱退する場合は、ガン診断給付金(上乘せ)特約も自動脱退となります。)

#### (4) 脱退

しおりP5(I)医療共済(基本保障・子ども特約)、2.加入の手続・変更の手続について(8)脱退」に記載の③、④、⑥については、同様の取扱いになります。

### 3. 給付金の請求手続について(P35~42)

基本保障、子ども特約の「ガン診断給付金」ご請求(P6~7)と同じです。

### 4. 給付事由と給付金額について

● 加入者(保障の対象者)が、次のいずれかに該当した場合ガン診断給付(上乘せ)金額100万円をお支払いします。ただし、加入者が保障期間中にガンと診断確定されることが必要です。

- (1) 初めてガンと診断確定された場合
- (2) この共済契約が更新契約である場合、初年度加入から更新前契約までの連続した更新契約のいずれかの保障期間中に既に診断確定されたガン(以下「原発ガン」といいます。)を治療したことにより、ガンが認められない状態となり、その後初めてガンが再発または転移したと診断確定された場合
- (3) 原発ガンとは関係なく、ガンが新たに生じたとして診断確定された場合

※ガンの診断確定は、病理組織学的所見により、医師等によって診断されることを要します。その他の所見による診断確定も認められます。また、同一の保障の対象者についてガン診断給付金の支払は保障期間を通じて1回に限り、支払事由に該当した最終の診断確定日からその日を含めて1年以内であるときは、ガン診断給付金(上乘せ)特約をお支払いできません。

● 保障対象となる「ガン」:

この共済で保障対象となる「ガン」とは、悪性新生物および上皮内新生物のことをいい、具体的には、厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害及び死因の統計分類提要ICD-10(2013年版)準拠」および「国際疾病分類-腫瘍学(NCC監修)第3版(2012年改正版)」に定められた内容によるものとします。良性腫瘍である子宮筋腫、血管腫および脂肪腫等は、この共済の保障対象となりません。なお、「疾病、傷害及び死因の統計分類提要」または「国際疾病分類-腫瘍学」において、新たな分類が施行された場合で、新たに「悪性新生物」または「上皮内新生物」に分類された疾病があるときには、その疾病を保障対象に含みます。

● ガン診断給付金(上乘せ)特約には、死亡に対する保障はありません。

● 払い込みいただく掛金は、加入者(保障の対象者)の年齢\*1により異なります。

\*1 「年齢」とは、2026年3月1日時点の満年齢をいいます。

### (Ⅲ)医療共済(女性医療特約)

#### 1.特約加入の対象・加入条件について

##### (1)加入できる人・範囲

###### ①新規加入

医療共済の基本保障に加入している方で、「女性医療特約の加入日」現在満69歳以下の、女性組合員本人およびその家族(女性)\*1で、健康な方。

\*1 家族の範囲は、「組合員本人と同居または生計を同一にする配偶者・子ども・親・姉妹」、ならびに「組合員本人と同居しているその他二親等以内の親族(祖母・孫等)」とします。

###### ②既にご加入いただいている方

加入者は、3月1日現在満89歳に達した後に到来する保障期間の終期(翌年3月1日午後4時)まで更新加入できます。

ただし、福祉共済会会員の方は、本人・家族ともに女性医療特約に新規加入することはできません。

##### (2)健康状態の告知

- 新たに女性医療特約に加入される際には、健康状態の告知をしていただきます。(ただし質問1、2のみ回答)告知に際しては、P4「告知の大切さに関するご注意」を必ずお読みください。

##### 健康状態告知質問事項

###### 質問1

- 告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中、または入院が手術をすすめられていますか※。

※手術をすすめられているケースに該当しご加入できません。

- ①1人目を帝王切開で出産し、2人目を妊娠後に加入する方
- ②ペースメーカーを付けている方
- ③骨折で固定具を装着している方
- ④不妊治療が決まっている方

###### 質問2

- 【告知日(ご記入日)より過去1年以内に病気で、継続して10日以上入院をしたことがありますか。

###### 質問3

- 告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。

- ①健康診断・人間ドックにおいて以下の検査を受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常(要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。)を指摘されたこと

・上部消化管エックス線検査(または内視鏡検査)・胸部エックス線検査・乳房エックス線(マンモグラフィ)検査・乳房超音波検査・子宮頸部の細胞診・便潜血検査・しゅようマーカー(CEA・AFP・CA19-9・PSA等)・CT検査・MRI検査・PET検査・肝炎ウイルス検査(HBs抗原・HCV抗体)・腹部超音波検査・その他のがん検診

- ②医師の診察の結果、下記別表の病気や所見、症状により継続して診察(服薬・治療を含みます)・検査を受けるように指導されたこと

##### 別表(告知対象の病気や所見・症状)

病気や所見	ポリプ・しゅよう等	しゅよう*2、結節*2、腫瘍*2(しゅりゅう)、GIST(ジスト、ギスト)、カルチノイド、異形成、白板症、多発性ポリプ(ポリポシス)*3、病理検査や細胞診での異常
消化器系の病気		肝硬変、慢性肝炎、肝機能障害(入院や治療を伴うもの)、慢性アルコール性肝機能障害、NASH(非アルコール性脂肪肝炎)、アルコール性肝炎、門脈圧亢進症、食道静脈瘤
呼吸器系の病気		COPD(慢性閉塞性肺疾患)、肺炎腫、慢性気管支炎、肺線維症、じん肺、けい肺、間質性肺炎
腎臓の病気		慢性腎機能障害、慢性腎不全、慢性腎炎、尿毒症
その他		B型肝炎ウイルスキャリア、C型肝炎ウイルスキャリア、貧血(鉄欠乏性貧血を除きます)
症状*4		しこり、出血(不正出血、喀血、吐血、下血、肉眼的血尿)、黄疸

\*2 「がん、上皮内がん、または異形成」とは異なる病気と診断された場合は「なし」となります。

\*3 大腸などひとつの臓器に多数のポリプが存在する状態をいいます。

\*4 「がん、上皮内がん、もしくは異形成」とは異なる病気と診断された場合、またはその症状に対する診察(服薬・治療を含みます)・検査の結果、告知日時時点で医師による診察(服薬・治療を含みます)・検査が終了している場合は「なし」となります。

##### <過去に「ガン」または「上皮内ガン」\*5に罹患された方>

###### 質問4

- 過去に罹患されたガンの診断日を教えてください。

\*5 悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫、上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成をいいます。

#### 2.「女性医療特約」の付帯できるタイプについて

基本保障5型・3型または子ども特約C5型・C3型・SV-5型・SV-3型  
(基本保障7.5型、10型のタイプには女性医療特約を付帯することはできません。SV-5型、SV-3型の新規加入はできません。)

#### 3.加入の手続・変更の手続について

##### (1)特約の申込

所定の医療共済加入申込書(基本保障と共用)に必要事項を記入の上、所属組合経由でUAゼンセン共済事業局へご提出ください。

##### (2)保障開始日(加入日)

初回掛金引落日の当月1日午前0時となります。

##### (3)自動更新

一度加入されると、特にお申し出がない限り、翌年3月1日で自動更新されます。  
(なお、基本保障、子ども特約を脱退する場合は、女性医療特約も自動脱退となります。)

##### (4)脱退

しおりP5「(I)医療共済(基本保障・子ども特約)、2.加入手続・変更の手続について(8)脱退」に記載の③、④、⑥については、同様の取扱いになります。

#### 4.給付金の請求手続について(P35~42)

基本保障、子ども特約の入院給付金・手術給付金請求(P5~6)と同様です。

#### 5.対象となる女性疾病等の範囲について(詳細はP24~28女性疾病等の範囲参照)

##### ①女性特有の病気

卵巣ガン・子宮頸ガン・子宮体ガン・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣機能障害・子宮脱  
妊娠高血圧症候群・子宮外妊娠・乳腺症・切迫流産・骨盤位・卵管炎・卵巣嚢腫・骨盤腹膜炎

##### ②女性特有のガンはもちろんすべてのガン

乳ガン・肝臓ガン・甲状腺ガン・胃ガン・肺ガン・膵臓ガン・大腸ガン・食道ガン・悪性骨肉腫  
喉頭ガン・腎臓ガン・白血病

##### ③女性にも多い病気

鉄欠乏性貧血・大動脈弓症候群(高安病)・低血圧症・アレルギー性紫斑病・バセドウ病  
橋本病・クッシング症候群・胆石症・胆のう炎・リウマチ性多発筋痛・腹圧性尿失禁・尿管結石  
ネフローゼ症候群・糸球体腎炎・腎盂腎炎

##### ④5大人病

糖尿病・高血圧症・心筋梗塞・狭心症・脳梗塞・くも膜下出血・脳内出血・脳卒中

##### ●「女性医療特約」対象となる疾病の特長

- 1.悪性新生物(ガン)、上皮内新生物(上皮内ガン)については、男性生殖器を除くすべてのガンが対象となります。
- 2.いわゆるUAゼンセンが成人病としている悪性新生物(ガン)・糖尿病・心疾患・高血圧性疾患・脳血管疾患はすべて「女性医療特約」の対象となります。

3.医療共済の過去の給付実績からみると、「女性医療特約」を付帯すれば、約70%の疾病が対象となり、「女性医療特約」から給付が受けることができます。

#### 6.女性医療特約給付金の内容について

女性医療特約加入者が対象となる女性疾病等により入院または特定の手術を受けた場合に給付されます。

##### (1)入院給付金(女性医療特約)

- 加入者(保障の対象者)が、所定の疾病(女性疾病等\*1)を被り、その直接の結果として、その女性疾病等の治療を直接の目的として入院したときに入院給付金(女性医療特約)日額×入院期間(1回の入院\*2について、365日が支払限度日数となります。)をお支払いします。ただし、保障期間中に女性疾病等を被り入院を開始することが必要です\*3。

※入院給付金(女性医療特約)が支払われる入院中、さらに別の女性疾病等\*1を被った場合でも入院給付金(女性医療特約)は重複してはお支払いできません。

\*1 女性疾病等とは、一般に女性が罹患しやすいとされる所定の疾病の他、悪性新生物や糖尿病、心疾患等も含みます。

\*2 「1回の入院」とは次のいずれかに該当する入院をいいます。

・入院を開始してから退院するまでの継続した入院  
・退院後、その日を含めて180日を経過した日までに再入院した場合で、その再入院が前の入院の原因となった身体障害(医学上重要な関係がある身体障害を含みます。)によるものであるときは、再入院と前の入院を合わせた入院

\*3 この共済契約が更新加入である場合、初年度加入の保障期間の開始時以降に女性疾病等を被った場合を含みます。

##### (2)手術給付金(女性医療特約)

- 加入者(保障の対象者)が所定の身体障害の治療を直接の目的として、病院または診療所において次の所定の手術を受けたときに入院給付金(女性医療特約)日額×手術の種類により(20倍・40倍)をお支払いします。ただし、保障期間中に手術を受けることが必要です。

※別表P28記載

●ただし、初年度加入の場合は、手術の原因となった身体障害を被った時が以下のいずれかに該当するときは給付金をお支払いできません。

- (1)保障期間の開始日より前である場合
- (2)乳房の悪性新生物の場合は、保障期間の初日からその日を含めて90日を経過した日の翌日の午前0時より前である場合  
また、更新加入の場合は、手術の原因となった身体障害を被った時が以下のいずれかの場合は給付金をお支払いできません。  
(1)初年度加入の保障期間の開始日より前である場合  
(2)乳房の悪性新生物の場合は、初年度加入の保障期間の初日からその日を含めて90日を経過した日の翌日の午前0時より前である場合(ただし、初年度加入の保障期間

の初日からその日を含めて1年と90日を経過した後に手術を受けた場合は、給付金お支払いの対象となります。)

●時期を同じくして\*4 2種類以上の手術を受けた場合には、給付倍率の高いいずれか1種類の手術についてのみお支払いします。

\*4 「時期を同じくして」とは「手術室に入ってから出るまで」をいいます。

## 7.女性医療特約給付金をお支払いしない主な場合について

- ① 申込者または加入者(保障の対象者)、給付金を受け取るべき者の故意または重大な過失による病気またはケガ。
- ② 自殺行為、犯罪行為または闘争行為による病気またはケガ。
- ③ 麻薬、アヘン、覚醒剤、危険ドラッグ等の使用による病気またはケガ。
- ④ 戦争、暴動等による病気またはケガ。
- ⑤ 自動車または原動機付自転車の無資格運転、酒酔い運転、酒気帯び運転中に生じた事故によるケガ。
- ⑥ むちうち症、腰痛等で医学的他覚所見のないもの。
- ⑦ 地震、噴火またはこれらによる津波による病気またはケガ。
- ⑧ 精神障害を原因とする事故によるケガ。
- ⑨ 精神病、アルコール依存、薬物依存等の精神障害。  
(但し、アルコール依存および薬物依存を除く精神障害については、病気による入院・手術のみ入院・手術給付金を支払う)  
精神障害の範囲は平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類番号F00からF99の規定によります。
- ⑩ 核燃料物質、もしくは核燃料物質によって汚染された物の放射性・爆発性その他の有害な特性またはこれらの特性による事故による病気またはケガ。
- ⑪ 保障開始日以前に被った病気や発生した事故によるケガ。  
(初年度契約の保障開始時点で、既に被っている病気やケガについても、初年度契約の保障開始期日から1年を経過した後に保険金支払事由に該当したときは、給付金のお支払いの対象となります。)
- ⑫ 給付事由が発生してから3年以上経過したとき。
- ⑬ 告知事項に事実と相違があったとき。

※1 ④⑦⑩に該当する場合であっても、その事故や災害の程度に応じて、給付金の全額を支払い、またはその金額を削減して支払うことがあります。

※2 ⑨精神障害の解釈は下記の通りです。

	入院・手術	休業保障	その他
アルコール依存、薬物依存	×	×	×
アルコール依存、薬物依存以外	○	×	×

## (IV)医療共済(休業保障特約)

※基本保障・子ども特約の入院給付金と重複してのお支払いはありません。

### 1.特約加入の対象・加入条件について

#### (1)加入できる人・範囲

●医療共済の基本保障に加入している方で、「休業保障特約の加入日」現在満64歳以下の現役組合員本人。\*1

\*1 なお、退職して福祉共済会へ移行される時、64歳以下の方については、再就職先が決まっている場合に限り、休業保障特約を残すことができます。ただし、その場合、休業保障特約の保障日額は2,000円、3,000円、5,000円のいずれかからの選択となります。(2023年3月以降福祉共済会へ移行手続きをされる方から適用)(退職後個人事業主等自営業をされる方は、休業保障特約は脱退となります。)また福祉共済会会員は休業保障特約に新規加入することはできません。

#### (2)健康状態の告知

●新たに休業保障特約に加入される際には、健康状態の告知をしていただきます。(ただし、質問1、2のみ回答)告知に際してはP4「告知の大切さに関するご注意」を必ずお読みください。

#### (3)平均月収の告知

●休業保障特約加入には、平均月収(年収/12か月)の告知が必要です。なお保障日額毎に平均月収の条件があります。

保障日額	平均月収
2,000円	6万円以上
3,000円	9万円以上
5,000円	15万円以上
7,500円	22.5万円以上
10,000円	30万円以上

※1 なお、加入後平均月収が上記基準を満たさなくなった場合は、保障日額の変更が必要です。

●2つ以上の会社に勤務している場合には、所属の組合のある会社以外から得ている収入は除きます。(ただしUAゼンセン加盟組合所属企業に複数勤務している場合は、収入を合計することもできます。)

### 2.加入の手続・変更の手続について

#### (1)特約の申込

所定の医療共済加入申込書(基本保障と共用)に必要な事項を記入の上、所属組合経由でUAゼンセン共済事業局へご提出ください。

#### (2)保障開始日(加入日)

初回掛金引落日の当月1日午前0時となります。

#### (3)自動更新

一度加入されると、特にお申し出がない限り、翌年3月1日で自動更新されます。(なお、基本保障を脱退する場合は、休業保障特約も自動脱退となります。)

### (4)内容変更手続

- ① 保障日額の変更は、毎月1日付でできます。
- ② 高い保障日額のタイプの変更には、健康状態の告知が必要となります。

### (5)脱退

- ① 休業保障特約加入者は、3月1日現在満64歳に達した後に最初に到来する2月末日をもって自動脱退となります。
- ② 入院給付金の入院日数と休業保障給付金の休業日数を通算して730日を経過した場合には、脱退となります。
- ③ 組合員でなくなる場合は、組合経由で「UAゼンセン福祉共済会」に加入する(組合が認めた場合)ことにより、保障を継続することができます。ただし、UAゼンセンの組合員でなくなった後、以下の働き方に該当する場合は、保障を継続することができなくなりますので、「脱退届」をご提出ください。  
○個人事業主・自営業  
○会社役員  
○請負・業務委託  
○就業中と否との区別が明らかでない職業  
○無職
- ④ しおりP5(I)医療共済(基本保障・子ども特約)、2.加入の手続・変更の手続について(8)脱退」に記載の③、⑥については、同様の取扱いとなります。

### 3.給付金の請求手続について(P35~42)

- ① 休業保障特約給付金の請求には、所定の「休業証明書」と「診断書」の双方が必要です。
- ② 平均月収が加入の条件に満たない場合は、休業保障特約給付金を減額することがあります。(給付金は傷病前12か月の平均月収をベースに算出されます。)

### 4.休業保障特約給付金の内容について

- ① 1給付事由につき医師の治療を受け、かつ現在の業務に全く従事できず、医師の指示により、5日以上継続して自宅療養した場合に、5日目からお支払いします。ただし、4日以上継続入院後の自宅療養については、1日目からお支払いします。
- ② 入院給付金と重複してのお支払いはしません。
- ③ 1給付事由につき入院期間と通算して365日を限度とします。なお、1給付事由とは、前回の休業終了もしくは退院後、その日を含め180日を経過した日までに再度休業もしくは入院した場合で、その再休業もしくは再入院が、前の休業もしくは入院の原因となった身体障害(医学上重要な関係がある身体障害を含みます。)によるものであるときは、再休業(もしくは再入院)と前の休業(もしくは入院)を合わせた休業および入院をいいます。(1給付事由の中に入院、休業が混在する場合の通算限度日数365日のカウントは、まずは入院日数を優先して

カウントします。)

365日-入院日数=休業日数限度

- ④ 給付金の受給中、別の新たな疾病・傷害により自宅療養等をする場合、重複してのお支払いはしません。
- ⑤ 入院給付金の入院日数と休業保障給付金の休業日数を通算して730日\*1が加入期間中の限度となります。
- ⑥ 給付請求を行う場合は、金額の多寡にかかわらず、UAゼンセン所定の「医師の診断書」および「勤務先の休業証明書」を必ず提出してください。また2つ以上の会社に勤務している場合には所属組合のある会社以外の勤務先の休業証明書は無効です。ご注意ください。(給付日数は、医師が「現在の業務への就業が全く不能と思われる期間」内で、自宅療養のため会社を休業した日数が対象となります。)
- ⑦ 組合員の加入者の休業による所得減を保障するという趣旨から、裏付けとなる収入把握のため、その証明を求めることがあります。  
\*1 1.休業日数が入院日数と通算して730日を超え、休業保障特約が自動脱退となった場合は、その後、休業保障特約の再加入はできません。  
2.また、医療共済を一旦脱退した後、再加入する際、前契約で支払われた入院給付金、休業保障特約給付金がある場合には、新たな医療共済の休業保障特約通算限度日数は、730日から前契約の入院・休業日数を差し引いた日数となります。

### 5.休業保障特約給付金をお支払いしない主な場合について

- ① 申込者または加入者(保障の対象者)、給付金を受け取るべき者の故意または重大な過失による病気またはケガ。
- ② 自殺行為、犯罪行為または闘争行為による病気またはケガ。(加入後1年を超えた自殺は死亡給付金を支払う)
- ③ 麻薬、アヘン、覚醒剤等の使用による病気またはケガ。
- ④ 戦争、暴動等による病気またはケガ。
- ⑤ 自動車または原動機付自転車の無資格運転、酒酔い運転、酒気帯び運転中に生じた事故によるケガ。
- ⑥ むちうち症、腰痛等で医学的他覚所見のないもの。
- ⑦ 地震、噴火またはこれらによる津波によるケガ。
- ⑧ 精神障害を原因とする事故によるケガ。
- ⑨ 精神病、アルコール依存、薬物依存等の精神障害。  
(但し、アルコール依存および薬物依存を除く精神障害については、病気による入院・手術のみ入院・手術給付金を支払う)  
精神障害の範囲は平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類番号F00からF99の規定によります。
- ⑩ 核燃料物質、もしくは核燃料物質によって汚染された物の放射性・爆発性その他の有害な特性またはこれらの特性による事故による病気またはケガ。
- ⑪ 保障開始日以前に被った病気や発生した事故によるケガ。

(初年度契約の保障開始時点で、既に被っている病気やケガについても、初年度契約の保障開始日から1年を経過した後に給付金支払事由に該当したときは、給付金のお支払いの対象となります。)

- ⑫ 給付事由が発生してから3年以上経過したとき。
- ⑬ 告知事項に事実と相違があったとき。

※1 ④⑦⑩に該当する場合であっても、その事故や災害の程度に応じて、給付金の全額を支払い、またはその金額を削減して支払うことがあります。

※2 ⑨精神障害の解釈は下記の通りです。

	入院・手術	休業保障	その他
アルコール依存、薬物依存	×	×	×
アルコール依存、薬物依存以外	○	×	×

## II.Q&A

### (1)加入に関するQ&A

#### Q1 加入の対象となる資格について説明してください。

A1 「加入資格」は次のとおりです。

##### (1)対象者

- ① 組合員本人
- ② 組合員の配偶者・子供
- ③ 組合員本人と同居または生計を同一にする両親・兄弟姉妹および組合員本人と同居しているその他二親等以内の親族(祖父母・孫等)。

##### (2)加入年齢

加入日(保障開始日)現在、満69歳以下であること。

##### (3)健康状態

健康であること。具体的にはP3の健康状態告知質問事項にお答えいただき、質問1・質問2・質問3のいずれも「なし」に該当される方は、無条件でご加入できます。(質問3のみ「あり」の場合は、基本保障のガン診断給付金、ガン患者申出療養保障給付金はなしでの加入となります。)

#### 〔ご注意〕「始期前発病」などの取り扱い

- ① 上記の要件を満たしていても、加入日(保障開始日)以前からかかっているすべての病気やケガが原因となって、加入日以降給付金支払事由に該当した場合には、給付金は支払われないことがあります。
- ② 発病の時期の認定は、医師の診断によります。(先天性異常については、医師の診断からはじめて発見された時とします)ケガについては、ケガの原因となった事故発生の時とします。

#### Q2 組合員以外の家族のみ加入することはできますか？

A2 原則、家族のみの加入はできませんが、例外として下記(1)(2)のいずれかの場合には、家族のみの加入も認めています。

- (1) 組合員本人が医療共済に加入できない健康状態の場合で、組合員本人が申込者、かつ掛金の払込人となる場合。  
\*なお組合員が組合を脱退する場合には、組合員がUAゼンセン福祉共済会会員となる場合のみ、継続加入できます。
- (2) 組合員およびその配偶者が加入しているケースで、組合員が死亡したとき、配偶者が継続を希望する場合。  
\*その配偶者がUAゼンセン福祉共済会会員となり、

その配偶者、ならびに既に加入中のその配偶者と同居もしくは生計を同一にする子は継続加入することができます。

〔ご注意〕上記(1)(2)とも、組合員(もしくは福祉共済会会員)が3月1日現在満89歳に達した最初に到来する2月末日をもって、加入者全員自動脱退となります。

#### Q3 組合員本人だけが加入した後で、家族の追加加入はできますか？

A3 できます。

家族の追加加入も、通常の加入手続のスケジュールと同じで、所定の医療共済加入申込書(基本保障と共用)を提出してください。なお、組合員が福祉共済会会員に移行した後は家族の追加加入はできません。

#### Q4 子供はこども特約にしか加入できないのですか？

A4

- (1) 組合員の子供は、加入日現在満22歳以下で、組合員本人と生計を同一にしている、未就労で未婚であれば、こども特約に加入できます。その趣旨から掛金は保障額に対して割安に設定されています。
- (2) 上記の要件を満たさない場合、例えば23歳以上や既婚、就労している場合は、基本保障(10、7.5、5、3)型に加入していただきます。なお、15歳以上であれば、基本保障(10、7.5、5、3)型に加入できます。
- (3) 医療共済の制度改定により2025年3月1日以降に満23歳を迎えるこども特約に加入している子供については、誕生日の次にくる3月1日(3月1日生まれの場合は満23歳になった同日)付で、基本保障の同型に自動移行することとなりました。(C-3型→3型、C-5型→5型)

#### Q5 組合員本人または配偶者が外国人でも加入できますか？ また転勤で海外に居住する場合は、加入する(現在加入している場合はそのまま続ける。)ことができますか？

A5 企業の国際化がすすむ中で、医療共済としての考え方は以下のとおりです。詳細についてはUAゼンセン共済事業局にお問い合わせください。

##### (1)外国人の方の加入条件

- ① 募集パンフレット、加入者のしおりの内容や告知義務などの内容を理解できる日本語能力を有すること。
- ② 加入手続き・給付金受け取り手続きが日本

- 国内で行えること。
- ③ 掛金引落とし口座・給付金振込口座が日本国内にあり、日本通貨で行うことが可能であること。
- ④ 不法入国者、不法滞在者、資格外労働者は不可。
- (注) 加入時点で上記条件を満たしていても、その後条件を満たさなくなった場合は脱退する必要があります。

## (2) 海外居住者の加入条件

- ① 加入手続き・給付金受け取り手続きが日本国内で行えること。
- ② 掛金引落とし口座・給付金振込口座が日本国内にあり、日本通貨で行うことが可能であること。
- (注) 上記条件を満たしていても、実際に病気に罹られた場合に、診断する医師が日本の医師の資格と同等であるか、また病院についても日本国内にある病院と同等の医療施設を有しているか等引受保険会社の審査が必要となりますので、海外で、入院・手術を受けられる場合は必ず事前にUAゼンセン共済事業局にご相談ください。

## Q6 告知事項は正しく記入する必要がありますか？

A6 正しく「告知」をしてください。

- (1) 健康状態の告知内容によっては加入できなくなることがあります。
- (2) 給付金の支払いにあたっては、UAゼンセン共済事業局で告知が正しくされていたかをチェックします。
- ① 告知が正しくされていなかった場合は、給付金は支払われません。また加入が取り消される場合もあり得ます。
- ② 告知が正しくなされていても、始期前発病の取り扱い(P16)に該当する場合は、給付金は支払われません。
- (3) 休業保障特約加入には平均月収(年収/12か月)の告知が必要です。この数字が保障日額毎の加入の条件(P9(3)平均月収の告知)を下回る場合は、給付金の減額や悪質な場合は加入取消しとなる場合があります。

## Q7 医療共済基本保障健康告知質問3①の検査を受けた結果、要精密検査となったため、総合病院で精密検査を受けたところ、異常なしとなりました。この場合、質問3はなしとして回答してよいですか？

A7

1回目の検査で要精密検査となった場合は、2回目の精密検査で異常なしとなった場合でも、質問3はありとなり、基本保障の※「ガン保障なし」での加入となります。(※「ガン保障なし」の加入とは基本保障ガン診断給付金、ガン患者申出療養保障給付金無の加入となります。)

## Q8 休業保障特約の加入に平均月収の条件がついているのは、なぜですか？

A8

休業保障特約給付は、働いている組合員の加入者の休業による所得減を保障するという考え方に立つので、例えば休業保障特約保障日額3,000円コースで日額3,000円の給付を受けるためには、3,000円×30日=90,000円の平均月収の裏付けが必要となる訳です。

平均月収といっても、利子所得等を含まない勤労所得(UAゼンセン加盟組合の会社からの所得に限る)によるものとし、平均では基準を上回っていても月毎に大きな変動のある方は、加入できない場合もあります。

なお、休業保障給付の請求に当っては、所定の「休業証明書」と医師の「診断書」の双方が必要です。その際、裏付けとなる収入把握のため、その証明を求めることがあります。

## Q9 保険料控除証明書は発行されますか？

A9

医療共済は、UAゼンセン福祉共済互助会が独自で運営する自家共済制度であり、保険料控除証明書は発行されません。給与保障共済、傷害・賠償共済も同様の取り扱いとなります。

## (2) 加入後の変更・脱退に関するQ&A

## Q1 加入タイプを変更したい場合はどういった手続きが必要ですか？

A1

- (1) 現在加入しているタイプより保障が高いタイプへ変更を希望する場合

- ・パンフレット挟み込みの加入申込書で依頼してください。なお、加入者欄は変更を希望する加入者のみ記入してください。
  - ・新規加入と同様、「健康状態の告知」が必要です。(告知の内容によっては、変更不可となったり、ガン診断給付金・ガン患者申出療養保障給付金がお支払いできなくなる場合もあります。)
  - ・福祉共済会会員の方は、保障が高いタイプへの変更はできません。
  - ・70歳以上の方は、保障が高いタイプへの変更はできません。
- (2) 現在加入しているタイプより保障が低いタイプへ変更を希望する場合
- ・パンフレット挟み込みの加入申込書で依頼してください。なお、加入者欄は変更を希望する加入者のみ記入してください。
  - ・「健康状態の告知」は不要です。
- (3) K-4型、K-2型、K-1.5型、C-1.5型は、2001年以前の旧タイプであり、これらのタイプへの変更はできません。

## Q2 加入に関するQ&AのQ7で基本保障「ガン保障なし」での加入になった場合、2年を経過した時点で再告知をすれば、オールリスクでの加入(ガン診断給付金、ガン患者申出療養保障給付金も保障する加入)に変更することができますか？

A2

- ① 今回の健康告知の改定では、一旦質問3がありということで「ガン保障なし」の加入となった方も、再度告知をし直し、質問1,2,3がなしとなった場合には、オールリスクの加入に変更することができます。この場合加入申込書の「告知の変更」欄に○をし、健康告知・署名欄にもれなく記入していただいた加入申込書を再提出してください。
- ② 福祉共済会の方または過去にガンに罹患され質問4にガン診断日が記入されている方については「告知の変更」によりオールリスクの加入に変更することはできません。
- ③ 一昨年まで緩和共済の医療コースに加入されていた方については、今回の改定で医療共済5型(ガン保障なしの加入)に自動移行されていますが、この方については「告知の変更」をすることで、オールリスクの加入に変更することができます。

## Q3 退職しても継続して加入できますか？またそのときの手続きは？

A3

組合が認めた場合に継続可能です。

- (1) 「加入者内容変更通知書・口座変更通知書」を組合経由で提出してください。
- (2) その際、休業保障特約に加入している方は下記の制約がありますのでご注意ください。
- ① 退職時に再就職先が決まっている場合は、再就職先での平均月収で加入タイプを見直してください(後日給付事由が生じた時点で、再就職先での平均月収が加入タイプの月収条件を下回っている場合は、給付金の減額や加入取り消しとなる場合があります。)
- ② 福祉共済会移行前に、保障日額1万円、7.5千円タイプの方は5千円、3千円、2千円のタイプに移行していただきます。(2023年3月1日以降に福祉共済会移行手続きをされる方から適用)
- ③ 退職時に再就職先が決まっていない、もしくは仕事に就かない期間のある方は、休業保障特約の脱退が必要です(その場合には、脱退届を提出してください)。
- ④ 退職後、個人事業主等自営業をされる方は、必ず休業保障の脱退届を提出してください。
- (3) 後日個人宛に送付される「UAゼンセン福祉共済会入会申込書」を提出し(別途、年会費1,800円が3月12日に共済掛金引落口座から引き落とされます)、福祉共済会会員資格を得れば継続できます。

## Q4 組合員が死亡した場合でも、家族加入分は継続して加入できますか？

A4

- (1) 死亡した組合員の加入している配偶者が継続加入を希望する場合は、配偶者がUAゼンセン福祉共済会会員となり、配偶者および子の契約については継続して加入できます。ただし、配偶者が未加入の場合は継続加入できません。
- (2) 具体的な手続きの詳細については、所属組合の共済担当者にご照会ください。
- (3) なお、組合員が福祉共済会会員に移行した後死亡した場合でも、(1)同様、配偶者がUAゼンセン福祉共済会会員となることで、配偶者および子の契約については継続して加入できます。

(3)給付金に関するQ&A

Q1 給付金はどのように支払われますか？

A1

(例)女性組合員の方で(基本保障5型+休業保障特約5,000円+ガン診断給付金(上乗せ)特約+女性医療特約加入)、右乳ガンで乳房全摘手術を行い、入院20日間で退院、通院による放射線治療を行い、30日間の自宅療養を経て職場復帰した場合は、次の通りとなります。

(1)入院給付金

基本保障の入院給付金額は、成人病の場合1日10,000円、女性医療特約入院給付金額1日5,000円が加算されます。

この場合15,000円×20日=30万円

(2)手術給付金

基本保障の手術給付金額は、成人病で入院を伴うもの、重大手術以外の10万円、女性医療特約の形成治療給付金で乳房切除の場合で20万円加算されます。

この場合10万円+20万円=30万円

(3)放射線治療給付金

成人病での治療を受けた時は、10万円給付されます。

(4)ガン診断給付金

初めてのガンとして基本保障のガン診断給付金50万円、さらにガン診断給付金(上乗せ)特約から100万円給付されます。

この場合50万円+100万円=150万円

(5)休業保障特約給付金

入院20日後の自宅療養30日間ですので、自宅療養期間の始めから給付日数にカウントされます。

この場合5,000円×30日=15万円

(\*休業保障給付金を請求する場合には、請求金額の多寡にかかわらず、上記期間の記入がある「診断書」と会社発行の「休業証明書」を必ず添付してください。)

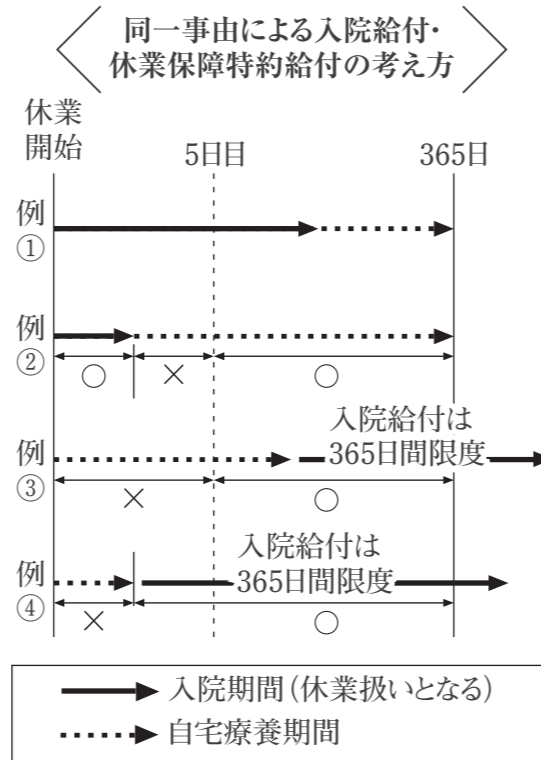
●合計給付金額

30万円+30万円+10万円+150万円+15万円=235万円

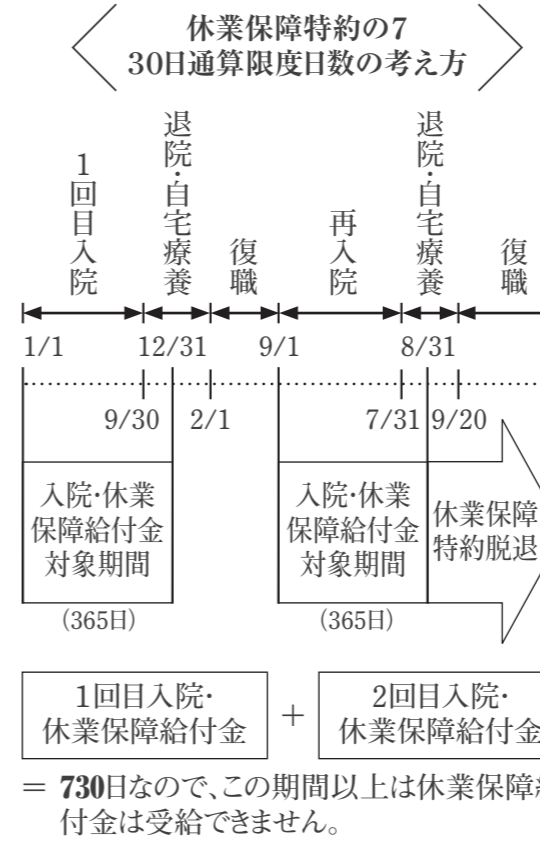
Q2 入院給付は『入院初日から365日限度』そして休業保障給付は『休業5日目から365日限度』となっていますが、病気や事故の事由は問わず、入院で365日限度、自宅療養で365日限度の合わせて730日限度と解釈してよいのですか？

A2

- (1) 同一の事由による支払限度日数は「入院給付」は365日、「休業保障給付」は「入院給付」と合算で365日が限度となります。また加入期間中の「入院給付」は通算限度はありませんが、「休業保障給付」は「入院給付」と通算で730日が限度となり、730日の給付を受けた時点で、休業保障特約は脱退となります。
- (2) 入院期間と自宅療養期間の給付の関係について図示すれば、以下のとおりとなります。



- (例①) 全期間通じて支払い○(入院中は入院給付金、自宅療養中は休業保障給付金で支払い。)
- (例②) 2日目まで、入院期間は入院給付金の支払い○で自宅療養期間2日分は支払い×、5日目以降は休業保障給付金で支払い○
- (例③) 5日目以降の自宅療養は休業保障給付金で、その後の入院中は入院給付金で支払い○
- (例④) 4日目までの自宅療養期間は支払い×入院期間は全期間入院給付金の支払い○



Q3 傷害・賠償共済と医療共済の両方に加入した場合に、傷害で入院したときは両方の共済から『入院給付』は支払われますか？

A3 傷害・賠償共済に重複して加入していれば、それぞれ給付の対象となる場合、重複して給付が行われます。

Q4 休日や有休を利用して自宅療養した場合は、休業保障給付金は支払われますか？

A4 支払われます。休日や有給休暇は、本来療養のためにあるのではないので、休業とみなします。なお、休業保障給付金は、「医師の治療を受け、かつ業務に全く従事できず、5日以上継続して自宅療養した場合、5日目から給付する」こととなっています。従って、休業給付金の請求には、金額の多寡にかかわらず、必ず所定の「診断書」と「休業証明書」が必要です。

Q5 精神障害による休業保障給付金、入院給付金の給付はどうなりますか？

A5 (1) 休業保障給付金は給付の対象となりません。(2) 入院給付金は給付の対象となります。ただし、アルコール依存および薬物依存による入院、精神障害を原因とする事故によるケガは給付の対象となりません。

Q6 加入タイプを変更した場合、どちらのタイプの給付金で支払われるのですか？

A6 (例)2018年4月 1日…5型(休業保障5,000円)で加入  
2021年2月25日…胃ガン発病入院(放射線治療)  
2021年3月 1日…基本保障7.5型に変更(胃ガン発病前に告知あり)  
2021年3月 2日…胃ガン手術(開腹術)  
2021年3月20日…退院・自宅療養  
2021年4月20日…職場復帰

- (1) 入院給付金については1回の入院の開始日の契約内容をもとに支払われますので、5型(1日10,000円)で給付されます。
- (2) 放射線治療給付金は、放射線治療実施日ごとの契約内容をもとに支払われますので、5型(10万円)で給付されます。
- (3) 手術給付金も、手術実施日ごとの契約内容をもとに支払われますので、基本保障7.5型(37.5万円)で給付されます。
- (4) 休業保障特約給付金については、1回の入院開始日の契約内容をもとに支払われますので、5型(1日5,000円)で給付されます。(入院をしない休業のみの場合は、休業の開始日時点の休業保障特約のタイプで給付します。)

Q7 これまでいろいろ給付内容の改定がありました。制度改定後の給付はどのようになりますか？

A7 制度改定があった場合に給付が新旧いずれの制度内容で支払われるかは、入院や手術、休業をした時期の制度内容によって決まります。

Q&A

Q&A

Q8 検査入院は給付の対象となりますか？

A8 例えば無呼吸症候群の疑い等、治療の一環としての検査入院(病名の特定や治療方針の決定等)は給付の対象となります。ただし人間ドック・検診等の明らかに治療の一環ではない入院は対象となりません。

Q9 歯の手術を受けたが手術給付金は出ないのか？

A9 一部対象となります。顎骨腫瘍摘出術、口腔底膿瘍切開術、口腔底腫瘍摘出術、下顎骨部分切除術、下顎骨離断術、上顎洞根治術は手術給付金の支払い対象です。拔牙を含めその他の手術は対象となりません。迷う場合は共済事業局にお問い合わせください。

Q10 不妊治療が2022年4月より健康保険適用となりましたが、医療共済の対象となる給付金を教えてください。

A10 ①健康保険対象となっている下記治療については、「手術給付金」の対象となります。(2026年2月1現在)

Table with 2 columns: 対象手術, 精巣内精子採取術, 体外受精・顕微授精管理料, etc.

※1 なお上記手術を同日に行われている場合には、複数回対象となります。
※2 診療明細書に手術日の記載がない場合は別途医療機関の手術日の記載のある診断書を提出してください。
②上記生殖補助医療のオプション治療として「先進医療」を実施された場合は、「先進医療給付金」の対象となります。(ただし、厚生労働省のホームページで先進医療実施の対象機関となっている医療機関で実施されている場合に限りです。)
金額の多寡にかかわらず先進医療の記入がある所定の診断書(治療証明書)を必ず添付してください。

(2026年2月1現在)

Table with 2 columns: 申請技術名, 先進医療技術名. Includes PICS, タイムラプス, 子宮内細菌叢検査, etc.

上記技術料の他に先進医療一時金として10万円をお支払いします。(ただし保障期間を通して1回限りです)

Q11 手術給付金のお支払いで、「手術料が一連の治療過程につき1回のみ算定される手術」または「手術料が1日につき算定される手術」の具体例を教えてください。

A11 ①手術料が一連の治療過程につき1回のみ算定される手術→手術給付金は1回のみお支払い(具体例)2023年4月1日現在

Table with 3 columns: 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術, 唾石摘出術, 体外衝撃波腎尿管結石破碎術, etc.

②手術料が1日につき算定される手術→手術給付金は1日目のみお支払い

(具体例)2023年4月1日現在

Table with 3 columns: 大動脈バルーンパンピング法, 経皮的循環補助法, 小児補助人工心臓, etc.

Q12 病名が分かりにくい悪性新生物、上皮内新生物の代表例を教えてください。(ガン診断給付金の対象)

A12 病名が分かりにくい悪性新生物・上皮内新生物の代表例

Table with 2 columns: 病名, 説明. Includes 日光角化症, ボウエン病, メラノーマ, ペーজেット病, etc.

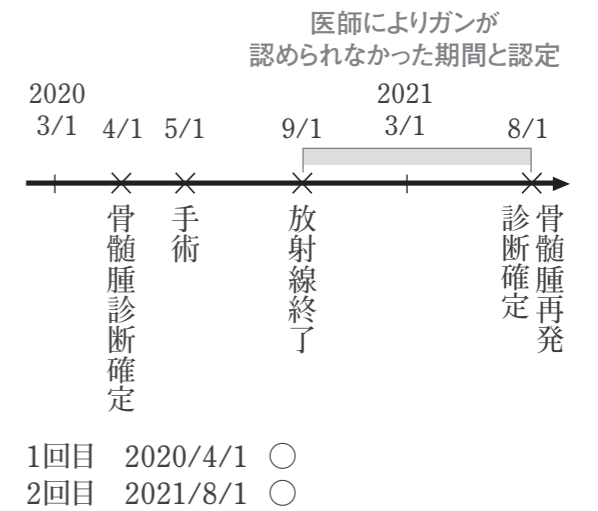
Q13 ガン診断給付金の再発・転移の考え方を教えてください。

A13 (1)ガン診断給付金の再発・転移の定義

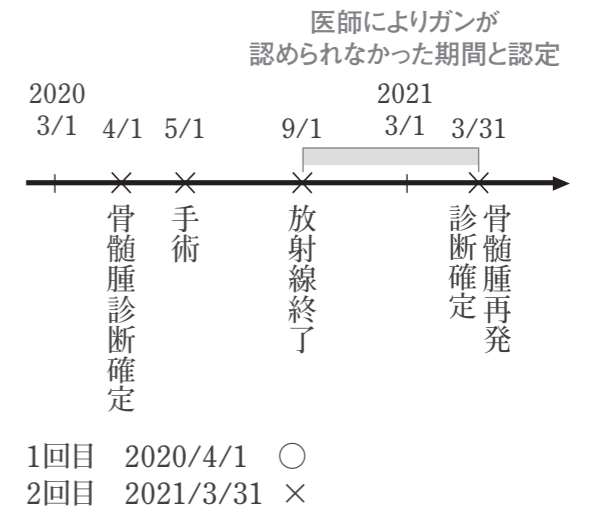
- ①前回診断確定されたガン(原発ガン)を治療したことにより、ガンが認められない状態となり、その後初めてガンが再発または転移したと診断確定された場合です。
②ただし上記は保障期間(毎年3/1~1年間)中に限ります。また前回の診断確定日からその日を含めて1年以内の場合は給付金を支払いません。

(2)ガン診断給付金の給付事例

①給付金を支払う場合



②給付金を支払わない場合



### Ⅲ.別表

#### (1)対象となる成人病

対象となる成人病の範囲は平成27年2月13日総務省告示第35号に基づく厚生労働大臣官房統計情報部編「疾病、傷害及び死因の統計分類提要ICD-10(2013年版)準拠」によるものとします。

成人病の種類	分類項目	基本分類表番号
悪性新生物 (注)	口唇、口腔および咽頭の悪性新生物	C00-C14
	消化器の悪性新生物	C15-C26
	呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物	C30-C39
	骨および関節軟骨の悪性新生物	C40-C41
	皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物	C43-C44
	中皮および軟部組織の悪性新生物	C45-C49
	乳房の悪性新生物	C50
	女性生殖器の悪性新生物	C51-C58
	男性生殖器の悪性新生物	C60-C63
	腎尿路の悪性新生物	C64-C68
	眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物	C69-C72
	甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物	C73-C75
	部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物	C76-C80
	リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物	C81-C96
	独立した(原発性)多部位の悪性新生物	C97
	上皮内新生物	D00-D07、D09
	真正赤血球増加症<多血症>	D45
	骨髄異形成症候群	D46
	慢性骨髄増殖性疾患	D47.1
本態性(出血性)血小板血症	D47.3	
骨髄線維症	D47.4	
慢性好酸球性白血病[好酸球増加症候群]	D47.5	
糖尿病	糖尿病	E10-E14
心疾患	慢性リウマチ性心疾患	I05-I09
	虚血性心疾患	I20-I25

成人病の種類	分類項目	基本分類表番号
心疾患	肺性心疾患および肺循環疾患	I26-I28
	その他の型の心疾患	I30-I52
高血圧性疾患	高血圧性疾患	I10-I15
脳血管疾患	脳血管疾患	I60-I69

(注)厚生労働省大臣官房統計情報部編「国際疾病分類-腫瘍学-第3版」により、新生物の性状を表す第5桁コードとしてそれぞれ次のコード番号が付されたものであることを必要とします。(ICD-O-3)

	新生物の性状を表す第5桁コード
悪性新生物	コード番号
	/3 悪性、原発部位
	/6 悪性、転移部位 悪性、続発部位
	/9 悪性、原発部位又は転移部位の別不詳
上皮内新生物	/2 上皮内癌
	上皮内
	非浸潤性
	非侵襲性

(注)子宮内膜異型増殖症(N85)、日光角化症(L57)子宮頸部高度異形成については、悪性新生物として成人病の対象となる病気になります。

#### (2)高度障害給付金の支払対象となる高度障害状態

- 1.両眼の視力を全く永久に失ったもの
- 2.言語またはそしゃくの機能を全く永久に失ったもの
- 3.中枢神経系・精神または胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要するもの
- 4.両上肢とも、手関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- 5.両下肢とも、足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- 6.1上肢を手関節以上で失い、かつ、1下肢を足関節以上で失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの
- 7.1上肢を手関節以上の用を全く永久に失い、かつ1下肢を足関節以上で失ったもの

#### (備考)

##### 1.常に介護を要するもの

「常に介護を要するもの」とは、食物の摂取・排便・排尿・その後始末、および衣服着脱・起居・歩行・入浴のいずれも自分ではできず、常に他人の介護を要する状態をいいます。

##### 2.眼の障害(視力障害)

- (1)視力の測定は、万国式試視力表により、1眼ずつ、きょう正視力について測定します。
- (2)「視力を全く永久に失ったもの」とは、視力が0.02以下になって回復の見込のない場合をいいます。

- (3)視野狭さくおよび眼瞼下垂による視力障害は視力を失ったものとはみなしません。

#### 3.言語またはそしゃくの障害

- (1)「言語の機能を全く永久に失ったもの」とは、つぎの3つの場合をいいます。
  - ①語音構成機能障害で、口唇音、歯舌音、口蓋音、口とう音の4種のうち、3種類以上の発音が不能となり、その回復の見込がない場合
  - ②脳言語中枢の損傷による失語症で、音声言語による意思の疎通が不可能となり、その回復の見込がない場合
  - ③声帯全部の摘出により発音が不能な場合
- (2)「そしゃくの機能を全く永久に失ったもの」とは流動食以外のものは摂取できない状態で、その回復の見込のない場合をいいます。

#### 4.上・下肢の障害

「上・下肢の用を全く永久に失ったもの」とは、完全にその運動機能を失ったものをいい、上・下肢の完全運動麻痺、または上・下肢においてそれぞれ3大関節(上肢においては肩関節、ひじ関節および手関節、下肢においてはまた関節、ひざ関節および足関節)の完全強直で回復の見込のない場合をいいます。

#### (3)ガン診断給付金の対象となるガンの定義および診断確定

- (1)対象となるガンとは、平成27年2月13日総務省告示第35号に定められた分類項目中下記のものとし、分類項目の内容は厚生労働大臣官房統計情報部編「疾病、傷害及び死因の統計分類提要ICD-10(2013年版)準拠」によるものです。

(基本分類コード)	(分類項目)
C00-C14	口唇、口腔および咽頭の悪性新生物
C15-C26	消化器の悪性新生物
C30-C39	呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物
C40-C41	骨および関節軟骨の悪性新生物
C43-C44	皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物
C45-C49	中皮および軟部組織の悪性新生物
C50	乳房の悪性新生物
C51-C58	女性生殖器の悪性新生物
C60-C63	男性生殖器の悪性新生物
C64-C68	腎尿路の悪性新生物
C69-C72	眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物
C73-C75	甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物
C76-C80	部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物

(基本分類コード)	(分類項目)
C81-C96	リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物
C97	独立した(原発性)多部位の悪性新生物
D00-D07、D09	上皮内新生物

- (2)(1)のICD-10に該当しなくても、下記厚生労働省大臣官房統計情報部編「国際疾病分類-腫瘍学-第3版」により、新生物の性状を表す第5桁コードに該当する場合(ICD-O-3)

	新生物の性状を表す第5桁コード
悪性新生物	コード番号
	/3 悪性、原発部位
	/6 悪性、転移部位 悪性、続発部位
上皮内新生物	/9 悪性、原発部位又は転移部位の別不詳
	/2 上皮内癌
	上皮内
	非浸潤性
	非侵襲性

(注)子宮内膜異型増殖症(N85)、日光角化症(L57)子宮頸部高度異形成については、悪性新生物としてガン診断給付金の対象となります。その他病名のわかりにくい悪性新生物・上皮内新生物の代表例はP22のQ12をご参照ください。

(注)悪性新生物以外の疾病(良性新生物(子宮筋腫等)は支払いの対象となりません。

- (3)ガンの診断確定は、医師または歯科医師の資格を持つ者によって、病理組織学的所見(生検を含む)によりなされることを要します。なお、それらの検査が行われなかった場合に、その理由および他の所見による診断確定の根拠が明らかであるときは、その診断確定も認めることがあります。

#### (4)対象となる女性疾病等

対象となる女性疾病等とは、平成6年10月12日総務省告示第75号に定められた分類項目中下記のものとし、分類項目の内容については、厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によるものとします。

女性疾病等の種類	分類項目	基本分類コード
新生物(*1)	○口唇、口腔および咽頭の悪性新生物	C00-C14
	○消化器の悪性新生物	C15-C26
	○呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物	C30-C39
	○骨および関節軟骨の悪性新生物	C40-C41

女性疾病等の種類	分類項目	基本分類コード
新生物(*)	○皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物	C43-C44
	○中皮および軟部組織の悪性新生物	C45-C49
	○乳房の悪性新生物	C50
	○女性生殖器の悪性新生物	C51-C58
	○腎尿路の悪性新生物	C64-C68
	○眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物	C69-C72
	○甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物	C73-C75
	○部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物	C76-C80
	○リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物	C81-C96
	○独立した(原発性)多部位の悪性新生物	C97
	○上皮内新生物(D00-D09)中の	
	・口腔、食道および胃の上皮内癌	D00
	・その他および部位不明の消化器の上皮内癌	D01
	・中耳および呼吸器系の上皮内癌	D02
	・上皮内黒色腫	D03
	・皮膚の上皮内癌	D04
	・乳房の上皮内癌	D05
	・子宮頸(部)の上皮内癌	D06
	・その他および部位不明の生殖器の上皮内癌(D07)中の	
・子宮内膜	D07.0	
・外陰部	D07.1	
・陰	D07.2	
・その他および部位不明の女性生殖器	D07.3	
・その他および部位不明の上皮内癌	D09	
○良性新生物(D10-D36)中の		
・乳房の良性新生物	D24	
・子宮平滑筋腫	D25	
・子宮のその他の良性新生物	D26	
・卵巣の良性新生物	D27	

女性疾病等の種類	分類項目	基本分類コード
新生物(*)	・その他および部位不明の女性生殖器の良性新生物	D28
	・腎尿路の良性新生物	D30
	・甲状腺の良性新生物	D34
	○性状不詳または不明の新生物(D37-D48)中の	
	・女性生殖器の性状不詳または不明の新生物	D39
	・腎尿路の性状不詳または不明の新生物	D41
	・真正赤血球増加症<多血症>	D45
	・骨髄異形成症候群	D46
	・慢性骨髄増殖性疾患	D47.1
	・本態性(出血性)血小板血症	D47.3
	・骨髄線維症	D47.4
	・慢性好酸球性白血病[好酸球増加症候群]	D47.5
	・その他および部位不明の性状不詳または不明の新生物(D48)中の	
	・乳房	D48.6

(\*)厚生労働省大臣官房統計情報部編「国際疾病分類-腫瘍学 第3版」により、新生物の性状を表す第5桁コードとしてそれぞれ次のコード番号が付されたものであることを必要とします。

新生物の性状を表す第5桁コード	
悪性新生物	コード番号 ／3 悪性、原発部位 ／6 悪性、転移部位 ／9 悪性、続発部位 悪性、原発部位又は 転移部位の別不詳
	／2 上皮内癌 上皮内 非浸潤性 非侵襲性
	／0 良性
性状不詳 または 不明の新生物	／1 良性又は悪性の別 不詳 境界悪性 低悪性度 悪性度不明

女性疾病等の種類	分類項目	基本分類コード	
内分泌、栄養および代謝疾患	○甲状腺障害(E00-E07)中の		
	・ヨード欠乏による甲状腺障害および類縁病態	E01	
	・無症候性ヨード欠乏性甲状腺機能低下症	E02	
	・その他の甲状腺機能低下症	E03	
	・その他の非中毒性甲状腺腫	E04	
	・甲状腺中毒症[甲状腺機能亢進症]	E05	
	・甲状腺炎	E06	
	・その他の甲状腺障害	E07	
	○その他の内分泌腺障害(E20-E35)中の		
	・クッシング<Cushing>症候群	E24	
	・卵巣機能障害	E28	
	糖尿病	○糖尿病(E10-E14)中の	
		・インスリン依存性糖尿病<IDDM>	E10
		・インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>	E11
・栄養障害に関連する糖尿病		E12	
・その他の明示された糖尿病		E13	
・詳細不明の糖尿病		E14	
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	○栄養性貧血(D50-D53)中の		
	・鉄欠乏性貧血	D50	
	・ビタミンB12欠乏性貧血	D51	
	・葉酸欠乏性貧血	D52	
	・その他の栄養性貧血	D53	
	○溶血性貧血(D55-D59)中の		
	・後天性溶血性貧血	D59	
	○無形成性貧血およびその他の貧血(D60-D64)中の		
	・後天性赤芽球ろう<癆>[赤芽球減少症]	D60	
	・その他の無形成性貧血	D61	
・急性出血後貧血	D62		

女性疾病等の種類	分類項目	基本分類コード
血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害	・他に分類される慢性疾患における貧血	D63
	・その他の貧血	D64
	○凝固障害、紫斑病およびその他の出血性病態(D65-D69)中の	
	・紫斑病およびその他の出血性病態(D69)中の	
	・アレルギー性紫斑病	D69.0
	・血小板機能異常症	D69.1
	・その他の血小板非減少性紫斑病	D69.2
	・特発性血小板減少性紫斑病	D69.3
	・その他の原発性血小板減少症	D69.4
	・続発性血小板減少症	D69.5
・血小板減少症、詳細不明	D69.6	
心疾患	○慢性リウマチ性心疾患	I05-I09
	○虚血性心疾患	I20-I25
	○肺性心疾患および肺循環疾患	I26-I28
	○その他の型の心疾患	I30-I52
高血圧性疾患	○高血圧性疾患	I10-I15
脳血管疾患	○脳血管疾患	I60-I69
循環器系の疾患	○静脈、リンパ管およびリンパ節の疾患、他に分類されないもの(I80-I89)中の	
	・下肢の静脈瘤	I83
	・その他の部位の静脈瘤(I86)中の	
	・外陰静脈瘤	I86.3
	○循環器系のその他および詳細不明の障害(I95-I99)中の	
	・循環器系の処置後障害、他に分類されないもの(I97)中の	
	・乳房切断後リンパ浮腫症候群	I97.2
・低血圧(症)	I95	
○全身性結合組織障害(M30-M36)中の		

女性疾病等の種類	分類項目	基本分類コード
消化器系の疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>・その他のえく壊&gt;死性血管障害(M31)中の</li> <li>・大動脈弓症候群[高安病]</li> </ul>	M31.4
	○胆のう<嚢>、胆管および膵の障害(K80-K87)中の	
	・胆石症	K80
	・胆のう<嚢>炎	K81
	・胆のう<嚢>のその他の疾患	K82
	・胆道のその他の疾患	K83
腎尿路生殖器系の疾患	○糸球体疾患(N00-N08)中の	
	・急性腎炎症候群	N00
	・急速進行性腎炎症候群	N01
	・反復性および持続性血尿	N02
	・慢性腎炎症候群	N03
	・ネフローゼ症候群	N04
	・詳細不明の腎炎症候群	N05
	・明示された形態学的病変を伴う単独たんぱく<蛋白>尿	N06
	・遺伝性腎症<ネフロパシー>、他に分類されないもの	N07
	・他に分類される疾患における糸球体障害	N08
	○腎尿細管間質性疾患(N10-N16)中の	
	・急性尿細管間質性腎炎	N10
	・慢性尿細管間質性腎炎	N11
	・尿細管間質性腎炎、急性または慢性と明示されないもの	N12
	・閉塞性尿路疾患および逆流性尿路疾患	N13
	・薬物および重金属により誘発された尿細管間質および尿細管の病態	N14
	・その他の腎尿細管間質性疾患	N15
	・他に分類される疾患における腎尿細管間質性障害	N16
	○腎不全(N17-N19)中の	
	・慢性腎臓病(ステージ4、ステージ5)	N18.4, N18.5
	○尿路結石症(N20-N23)中の	
	・腎結石および尿管結石	N20
	・下部尿路結石	N21
	・他に分類される疾患における尿路結石	N22

女性疾病等の種類	分類項目	基本分類コード
腎尿路生殖器系の疾患	○腎および尿管のその他の障害(N25-N29)中の	
	・腎および尿管のその他の障害、他に分類されないもの	N28
	・他に分類される疾患における腎および尿管のその他の障害	N29
	○尿路系のその他の疾患(N30-N39)中の	
	・膀胱炎	N30
	・神経因性膀胱(機能障害)、他に分類されないもの	N31
	・その他の膀胱障害	N32
	・他に分類される疾患における膀胱障害	N33
	・尿道炎および尿道症候群	N34
	・尿道狭窄	N35
	・尿道のその他の障害	N36
	・他に分類される疾患における尿道の障害	N37
	・尿路系のその他の障害	N39
	○乳房の障害	N60-N64
	○女性骨盤臓器の炎症性疾患	N70-N77
	○女性生殖器の非炎症性障害	N80-N98
	○腎尿路生殖器系の処置後障害、他に分類されないもの	N99
	・膀胱炎	N30
	・神経因性膀胱(機能障害)、他に分類されないもの	N31
	・その他の膀胱障害	N32
	・他に分類される疾患における膀胱障害	N33
	・尿道炎および尿道症候群	N34
	・尿道狭窄	N35
	・尿道のその他の障害	N36
	・他に分類される疾患における尿道の障害	N37
	・尿路系のその他の障害	N39
	○乳房の障害	N60-N64
	○女性骨盤臓器の炎症性疾患	N70-N77
	○女性生殖器の非炎症性障害	N80-N98
	○腎尿路生殖器系の処置後障害、他に分類されないもの	N99

女性疾病等の種類	分類項目	基本分類コード
妊娠、分娩および産じょく<褥>	○流産に終わった妊娠	O00-O08
	○妊娠、分娩および産じょく<褥>における浮腫、たんぱく<蛋白>尿および高血圧性障害	O10-O16
	○主として妊娠に関連するその他の母体障害	O20-O29
	○胎児および羊膜腔に関連する母体ケアならびに予想される分娩の諸問題	O30-O48
	○分娩の合併症	O60-O75
	○分娩(単胎自然分娩(O80)は除く)	O81-O84
	○主として産じょく<褥>に関連する合併	O85-O92
	○その他の産科的病態、他に分類されないもの	O94-O99
筋骨格系および結合組織の疾患	○炎症性多発性関節障害(M05-M14)中の	
	・血清反応陽性関節リウマチ	M05
	・その他の関節リウマチ	M06
	・若年性関節炎	M08
	・他に分類される疾患における若年性関節炎	M09
	○全身性結合組織障害(M30-M36)中の	
	・全身性エリテマトーデス<紅斑性狼瘡><SLE>	M32
	・皮膚(多発性)筋炎	M33
	・全身性硬化症	M34
	・その他の全身性結合組織疾患(M35)中の	
	・乾燥症候群[シェーグレン< Sjogren>症候群]	M35.0
	・その他の重複症候群	M35.1
	・リウマチ性多発筋痛症	M35.3
	・その他の明示された全身性結合組織疾患	M35.8
	・全身性結合組織疾患、詳細不明	M35.9

分類項目	基本分類コード
外反母趾(後天性)	M20.1
強剛母趾	M20.2
母趾のその他の変形(後天性)	M20.3
その他のつち<槌>(状)趾<足ゆび>(後天性)	M20.4
趾<足ゆび>のその他の変形(後天性)	M20.5
趾<足ゆび>の後天性変形、詳細不明	M20.6

## (5)女性医療特約の対象となる形成治療

手術の種類	倍率
植皮術	
1.顔面部に対する植皮術	20
2.その他の部位に対する植皮術(直径2cm未満は除く)	20
瘢痕形成術(非観血手術を除く)	
3.顔面部に対する瘢痕形成術	20
4.その他の部位に対する瘢痕形成術(瘢痕の長さが3cm未満は除く)	20
足ゆびの後天性変形に対する形成術(非観血手術を除く)	
5.足趾骨の切除あるいは切断を伴う矯正術または関節の形成術	20
乳房切除術(生検を除く)	
6.皮膚を切開し、病変部を切除する手術	40

- 注1 瘢痕とは、皮膚組織が損傷を受け、その真皮乳頭層より深部まで障害されたことにより生じた欠損部分が結合組織で置換された状態をいいます。
- 注2 足ゆびの後天性変形  
対象とする足ゆびの後天性変形は、平成27年2月13日総務省告示第35号に基づく厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害及び死因の統計分類提要ICD-10(2013年度版)準拠」に記載された分類項目中、下記の基本分類コードに規定される内容によるものとします。
- 注3 「顔面部」とは、いわゆる顔といわれている部分で、その範囲は、下顎の骨の稜線と通常髪の毛の生えている部分の生えざわ(上縁は眉毛の上5cm程度とします。)で囲まれた部分をいいます。
- 注4 顔面部およびその他の部位にまたがる植皮術・瘢痕形成術は、顔面部における植皮術・瘢痕形成術とみなします。
- 注5 子宮内膜異型増殖症(N85)、日光角化症(L57)子宮頸部高度異形成については、悪性新生物として女性疾病に含まれます。





NEWフレッシュパック用 タイプ別給付内容(2023年3月1日以降に適用) ※給付事由が発生した時の保障内容が適用されます。

基本保障				
加入対象者		組合員で健康な方		
給付の種類	給付事由	FP5型	FP3型	
入院給付金 (1日につき)	ガンを含む成人病*1で入院したとき	10,000円	6,000円	
	成人病以外の病気やケガで入院したとき	5,000円	3,000円	
手術給付金 (1回につき)	ガンを含む成人病*1	入院を伴わないもの	5万円	3万円
		入院を伴うもの	10万円	6万円
	成人病以外の病気・ケガ*1	入院を伴わないもの	2.5万円	1.5万円
		入院を伴うもの	20万円	12万円
放射線治療給付金	ガンを含む成人病*1で治療を受けたとき*4	10万円	6万円	
	成人病以外で治療を受けたとき*4	5万円	3万円	
ガン診断給付金*5	ガンと診断確定されたとき*6	50万円	30万円	
ガン患者申出療養保障給付金	ガン治療において、患者申出療養制度の適用を受けたとき	治療実費(保障期間を通じて2,000万円限度)		
先進医療給付金	病気・ケガで先進医療を受けたときの技術料	技術料:実費(1回2,000万円限度・通算無制限) 一時金:10万円(保障期間を通じて1回)		
ドナー給付金	骨髄液や臓器を提供したとき(生体間)	一時金 5万円		
年齢*7		掛金月額(単位:円)		
		男性	女性	女性
		男性	女性	女性
	15~19歳	1,170	1,260	730
	20~29歳 *8	1,320	1,550	1,000
	30~39歳 *8	1,610	1,920	1,270
	40~49歳 *8	2,220	2,550	1,730
	50~59歳 *8	3,650	4,230	2,960
	60~64歳 *8	5,210	6,160	4,290
	65~69歳 *8	4,780	6,180	4,300
	70~79歳 *8	7,810	10,700	7,410

\*1 成人病とは悪性新生物(上皮内新生物を含む)、糖尿病、心疾患、高血圧性疾患、脳血管疾患をいいます。  
 \*2 生検、傷の処置、切開術(皮膚、鼓膜)、抜歯等お支払いの対象外の手術があります。また、時期を同じくして\*9 2種類以上の手術を受けた場合には、いずれか1種類の手術についてのみ給付金をお支払いします。  
 \*3 対象となる重大手術については、6ページの「4.基本保障・子ども特約給付金」の内容について(2)手術給付金\*5(重大手術)をご確認ください。  
 \*4 血液照射を除きます。複数回受けた場合は、施術の開始日から、60日の間に1回の支払を限度とします。  
 \*5 過去ガンに罹患された方で、医療共済に加入された方が新たにガンを発病された場合には、基本保障のガン診断給付金・ガン患者申出療養保障給付金については給付金をお支払いできません。

\*6 給付事由の詳細はガン診断給付金(上乘せ)特約をご覧ください。  
 \*7 掛金は、加入者(保障の対象者)の加入年度の3月1日時点の満年齢によって決まります。  
 \*8 年齢区分が変わるときは、誕生日以降の3月12日引落分から掛金が変わります。  
 \*9 「時期を同じくして」とは「手術室に入ってから出るまで」をいいます。

## V.事故の報告と給付金の請求方法と記入例

### (1)給付金支払請求書類一覧表

請求される給付金の種類により、下記書類が必要となります。必要事項を記入の後、所属組合にご提出ください。(福祉共済会会員の方は福祉共済会にご送付ください。)

給付金種類	給付金支払請求書 (所定用紙)	同意書 (所定用紙)	病院の領収証と診療明細書 (コピー)	診断書 (所定用紙)	交通事故証明書 (自動車安全運転センター発行等)	休業証明書 (所定用紙)	障害診断書 (所定用紙)	戸籍謄本または除籍後の謄本 (学生証)	死亡診断書または死体検案書 (コピー可)	給付金受取人の印鑑証明 (注6)※2	死亡給付金に関する同意書 (所定用紙)	臓器摘出手術証明書 (所定用紙)
◎は必須提出書類 ○は給付内容に応じてご提出ください。 ★の書類については巻末の書類を使い、それ以外の書類は所属組合から取り寄せてください。	★	★(注1)		★(注3)	(注4)※1	★	※1	(注5)※1※2		(注6)※2	(注6)	
入院給付金	◎	◎	◎	(注2)	○							
手術給付金	◎	◎	◎	(注2)	○							
放射線治療給付金	◎	◎	◎	(注2)								
ガン診断給付金 (ガン診断給付金(上乘せ)特約含む)	◎	◎		◎								
ガン患者申出療養保障給付金	◎	◎		◎								
先進医療給付金*3	◎	◎		◎								
死亡給付金	◎							◎	◎	◎	◎	
高度障害給付金	◎	◎					◎	◎				
女性医療特約給付金	◎	◎		◎								
休業保障特約給付金	◎	◎		◎	◎	◎						
ドナー給付金	◎											◎

(注1) 給付金支払請求書または診断書では十分な判断を下せない場合に、医療機関に照会して追加情報を得るためです。同意書は今回の病気・ケガで受診したすべての医療機関分が必要となります。  
 (注2) 給付事由で【ガンを含む成人病】とされている給付金(入院・手術・放射線治療)を請求する場合は必要になります。  
 (注3) 他の保険会社等の診断書のコピーで代用できる場合もありますので、ご相談ください。  
 (注4) 交通事故による受傷の場合に、提出してください。  
 (注5) 死亡・高度障害給付金受取人の関係確認、遺児年金給付対象者確認のため、もれなく提出してください。遺児年金給付金請求の場合は、遺児が中学校卒業後も学生である場合には学生証のコピーも提出してください。  
 (注6) 給付金受取人が配偶者以外の場合は必要となります。その際、給付金支払請求書の請求者欄および同意書の受取人欄には実印を捺印してください。  
 (注7) 内縁関係の場合は住民票等別途内縁関係を証明する書類を添付してください。

※1 UAゼンセンの他の共済(傷害・賠償、生命、年金、積立等)の請求で原本を提出している場合は、その旨を明記すれば、コピーでも結構です。  
 ※2 発行日から3か月以内のものとしします。  
 ※3 先進医療給付金で重粒子線治療・陽子線治療の技術料を保険会社から医療機関への直接払を希望される場合は、別途保険会社より加入者に対して書類を送付します。原則、治療開始日の3週間前までには、UAゼンセン共済事務局へ連絡してください。

診断書(所定用紙)を提出する場合(医師が記入)

ガンを含む成人病による請求、先進医療による請求、女性医療特約による請求、休業保障特約による請求の場合は、必ず提出してください。

診断書は給付の判断の重要な根拠となりますので、必ず所定の用紙を使用してください。簡易な診断書では、給付の判断ができない場合があります。

ただし、他の保険会社等の診断書、健康保険の傷病手当金申請書のコピー等で代用できる場合がありますので、ご相談ください。

①	日帰り入院として認定されるためには、入院期間の欄に記載されていることが必要です。
②	休業保障特約給付金を請求する場合は、医師による「医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間」の記載に基づき、支払日数を算出します。 ※入院期間と就業が全く不可能と思われる期間が全く一緒の場合、休業保障特約給付金はお支払いできません。
③	ガン(悪性新生物)の場合は、診断書に必要事項を追記してもらってください。 (なお、ガン診断給付金は、入院給付金や手術給付金の請求に先立って請求することも可能です。)

※病名が成人病、女性特約に該当するのかは、P23～P28でご確認ください。

休業証明書(所定用紙)の提出(会社が記入)

休業保障特約加入者が、医師の治療を受け、かつ業務に全く従事できず5日以上継続して自宅療養した場合に請求できます。(請求には医師の診断書に加えて休業証明書の提出が必要です。)(コピーは不可。原本を提出してください。)

休業証明書は、勤務管理の責任者ということで、総務・人事の責任者、または直属の上司に記入、証明を依頼してください。

①「休業期間」は、病気やケガの治療のため実際に会社を休んだ期間を記入してもらってください。有給休暇、土日が含まれていても構いません。休業期間中に在宅勤務など勤務した日がある場合はその日を、早退等の場合は、勤務予定時間と実際の勤務時間を余白に内訳を記入してもらってください。

②証明日、会社名、部署名、役職、氏名、役職印、会社電話番号、加入者との関係を必ず総務・人事の責任者、または直属の上司に記入してもらってください。証明日より先の休業期間は認められません。

③また2つ以上の会社に勤務している場合には所属組合のある会社以外の勤務先の休業証明書は無効ですのでご注意ください。

休業証明書に記入してある内容を訂正する場合は、証明者に訂正してもらい役職印に押印してある印と同じ印で訂正印をお願いします。

内容を変更、訂正する場合は、必ず証明者が訂正し、訂正印を押してください。

U A ゼン セン  
福祉共済互助会 御中

・本休業証明書とともに、医師の診断書  
(自宅療養が必要と思われる期間の記載があるもの)の提出が必要です。

**休 業 証 明 書**(兼 就業不能状況報告書)

※本人記入欄(会社による記入も可能)

氏 名	共 済 太 郎	
住 所	東京都千代田区九段南4-8-19	TEL:( 03 ) 3288 - 3533
勤務先の名称	市ヶ谷繊維(株)	仕事の内容 事 務
勤務先の住所	東京都千代田区丸の内1-2-1	TEL:( 03 ) 3211 - 1111
受傷または発病日時	2000年 10月 5日	午前 午後 14時 00分頃
受傷または発病の状況 (傷病名)	鼠径ヘルニア	
診断書に記載の 就業不能期間	期間: 2000年 10月 5日 から 2000年 10月 16日まで	

※会社記入欄

① 休 業 期 間	病気またはケガにより実際に休んだ期間(公休・有給を含む)をお書き下さい。 期間: 2000年 10月 5日 から 2000年 10月 16日まで 上記休業期間中ご本人の半休・出勤日があれば、その日を具体的に記入して下さい。 10月5日～10月15日まで全日休業 10月16日は半日休業。10月17日より出勤 10月16日は5時間勤務予定を2時間で早退
勤 務 形 態	契約上の週の勤務日数をご記入ください。(正社員を除く) 週3日勤務

上記の通り相違ないことを証明いたします。

2000年 10月 21日

② 会社名 市ヶ谷繊維(株)  
 部署名 総務部  
 役 職 部 長  
 氏 名 日 本 一 郎 (日本)  
 会社TEL ( 03 ) 3211 - 1111

加入者との関係 ① 総務・人事の責任者  
 ② 直属の上司

\*押印については、必ず役職印をお願いします。

(2)請求書類の書き方(記入例)(自分で記入)

- ①共済加入者番号、組合員(請求者)氏名(フリガナ)、住所、電話、組合名、本請求以外に請求する他の契約まで漏れなく記入して下さい。  
組合員(請求者)氏名は、組合員本人が署名して下さい。組合員本人が死亡または高度障害の場合のみ、受取人が請求することができますので、組合員(請求者)氏名に受取人の氏名を自署し、その横に実印を捺印して下さい。  
ただし、配偶者以外が受取人になる場合は、実印であることを証明する印鑑証明書が別途必要になります。併せて「死亡給付金に関わる同意書」(P42)を提出して下さい。  
受取人の順位は、P42 3)死亡給付金の請求手続きを参照して下さい。
- ②給付金の送金先は、組合員または傷病者名義の口座を記入して下さい。  
チェックオフ組合は、必ず送金先を記入して下さい。  
口座振替組合で、未記入の場合は掛金引落口座へ振込みます。
- ③だれが(傷病者氏名)の欄は実際に発病・受傷した人の氏名を記入し、必ず捺印して下さい。(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傷病名は、病院で診断された傷病名を記入して下さい。
- ⑤診断に至るまでの経緯は、きっかけを選び、検査実施日または初診日を記入して下さい。  
「★詳細きっかけ以降の経緯」は、治療内容、転院の有無、ケガの場合は受傷した状況を詳細に記入して下さい。  
書ききれない場合は裏面の記入欄を使用して下さい。
- ⑥請求内容は、入院、手術、放射線治療の有無を必ず記入し、「あり」に該当する欄は、期間、手術名等を記入して下さい。入院・手術等で書ききれない場合は、裏面の記入欄を使用して下さい。
- ⑦医療機関は、今回の病気・ケガで入院・手術をした医療機関名、初診日を記入して下さい。  
今回の傷病でその他に受診した医療機関がある場合は、医療機関名と受診期間を記入して下さい。
- ⑧既往症は、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下さい。「あり」の場合は、傷病名、医療機関名、初診日、入院の有無(入院有の場合は入院期間)を記入して下さい。

**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

(個人情報の利用・取扱の同意)  
UAゼンセン福祉共済互助会が給付金の支払いをするために必要範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報および請求者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報取得・利用すること、所属労働組合が行う給付手続き援助ならびに保険会社委託部分について保険会社が行う本請求への対応、適正な保険金の支払のために、所属労働組合および東京海上日動火災保険株式会社に本請求情報を提供することについて同意いたします。

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。 記入日 2000年 10月 20日

<給付金請求者記入欄> \*原則として組合員が給付金請求者です。組合員死亡のときは、受取人が記名し、その横に実印を捺印して下さい。  
\*ポールベンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。

①	共済加入者番号	0012345670	フリガナ	キョウサイ タロウ	組合員氏名(請求者)	署名	共済 太郎
②	住所	〒102-8274 千代田区九段南4-8-19		電話	03 - 3288 - 3533		
	組合名	市ヶ谷労働組合					
	本請求以外に請求する他の契約	なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/>		団体・保険会社名	UA生命		
	給付金の送金先	中央	銀行 <input checked="" type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> 伊チガヤ <input checked="" type="radio"/>	※カタカナ	本店 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 口座No.	1001111	
		労金 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/>	支店 <input checked="" type="radio"/>	当座 <input type="radio"/>	名義(カタカナ)	キョウサイ タロウ	

★振込口座は組合員または傷病者ご名義の口座に限りです。  
★共済掛金の支払方法が給与天引きの方は、口座情報を必ず記入して下さい。  
★共済掛金の支払方法が給与天引き以外で口座情報が未記入の場合は、組合員の掛金引落口座へ振込みます。

<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)欄を記入・捺印して下さい。

③	だれが(傷病者氏名)	署名	共済 太郎	(共済)	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	年齢	43歳	組合員との関係	本人		
④	傷病名	鼠径ヘルニア 2000 10 5 <small>傷病名が「腫瘍」や「～の疑い」の場合は、病理検査の結果(良性等)や、再検査の予定の有無を★詳細欄に記載してください。</small>										
⑤	診療に至るまでの経緯	<p>① 健康診断・人間ドックなど 検査実施日 年 月 日</p> <p>② <input checked="" type="checkbox"/> きっかけ ※右から一つ選択 <input checked="" type="checkbox"/> 体調を崩した 一番初めに病院に行かれた日(初診) 2000年 10月 5日</p> <p>③ <input type="checkbox"/> ケガをした(受傷日: 年 月 日) 一番初めに病院に行かれた日(初診) 年 月 日</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 交通事故で自分が運転していた場合 → <input type="checkbox"/> 無免許運転ではない <input type="checkbox"/> 飲酒運転ではない</p> <p>④ その他 ( ) 一番初めに病院に行かれた日(初診) 年 月 日</p> <p>★ 詳細: きっかけ以降の経緯(治療内容、転院有無、ケガの場合は受傷した状況)を記入して下さい。【裏面】もご利用ください。</p> <p>② 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、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。</p>										
	入院 (4回目以降は裏面へ)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり ① 2000年 10月 5日 ~ 2000年 10月 12日 ( 8日間) ② 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間) ③ 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)										
	手術 (4回目以降は裏面へ)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり ① 2000年 10月 6日 手術名(ヘルニア手術) ② 年 月 日 手術名( ) ③ 年 月 日 手術名( )										
	放射線治療	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり 年 月 日 ~ 年 月 日 (照射中) <input type="radio"/> 照射終了										
	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) <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)										
⑥	今回の病気・ケガで入院・手術をした病院	医療機関名	友愛病院								一番初めに病院に行かれた日(初診)	年 月 日
⑦	今回の病気・ケガで受診した他の病院	① 医療機関名									② 受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日
⑧	既往症	今回の病気・ケガ以外の既往症・持病	なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/>		ある場合	傷病名	前立腺肥大		医療機関名	友愛病院	初診日	2000年 3月 25日
					入院無 <input checked="" type="radio"/> 入院有 <input type="radio"/>	2000年 4月 1日頃 ~ 2000年 4月 20日頃						

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、本書の写真複写も同じ効力があることを認めます。

**【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】も忘れずに提出してください。  
(裏面に追記がない場合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。

ガンを含む成人病でのご入院は、基本となる入院給付金日額の倍額をお支払いします(基本加入タイプSV型除く)。  
 <参考>:対象となる成人病の主な分類

悪性新生物		糖尿病	
C00-C14	口唇、口腔及び咽頭の悪性新生物	E10-E14	糖尿病
C15-C26	消化器の悪性新生物	<b>心疾患</b>	
C30-C39	呼吸器及び胸腔内臓器の悪性新生物	I05-I09	慢性リウマチ性心疾患
C40-C41	骨及び関節軟骨の悪性新生物	I20-I25	虚血性心疾患
C43-C44	皮膚の悪性新生物	I26-I28	肺性心疾患および肺循環疾患
C45-C49	中皮及び軟部組織の悪性新生物	I30-I52	その他の型の心疾患
C50	乳房の悪性新生物	<b>高血圧性疾患</b>	
C51-C58	女性生殖器の悪性新生物	I10-I15	高血圧性疾患
C60-C63	男性生殖器の悪性新生物	<b>脳血管疾患</b>	
C64-C68	腎尿路の悪性新生物	I60-I69	脳血管疾患
C69-C72	眼、脳及びその他の中枢神経系の部位の悪性新生物		
C73-C75	甲状腺及びその他の内分泌腺の悪性新生物		
C76-C80	部位不明確、続発部位及び部位不明の悪性新生物		
C81-C96	リンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物		
C97	独立した(原発性)多部位の悪性新生物		
D00-D07-D09	上皮内新生物		
D45	真正赤血球増加症<多血症>		
D46	骨髄異形成症候群		
D47.1	慢性骨髄増殖性疾患		
D47.3	本態性(出血性)血小板血症		
D47.4	骨髄線維症		
D47.5	慢性好酸球性白血病[好酸球増加症候群]		

事故の報告と給付金の請求方法と記入例

事故の報告と給付金の請求方法と記入例

## 2)同意書の提出

同意書は、医療機関へUAゼンセンが情報提供を求めた場合に傷病者本人等が提供することに同意していること  
の意思確認をするための書類です。

今回の傷病で受診されたすべての医療機関に対して同意書を記入してください。一医療機関に対して1枚必要で  
す。

- ①同意書の作成日(記入日)を記入してください。
- ②今回の傷病で受診された医療機関名を記入してください。
- ③太枠線内は、傷病者本人が記入、署名、押印してください。
- ④事情により関係者が記載する場合は、太枠線内は住所、傷病者氏名、生年月日のみ記入し、傷病者との関係の  
該当する欄に記入者と傷病者との関係、記入者氏名、押印をしてください。

同 意 書							
	① 2000年10月20日						
② 医療機関名: <b>友愛病院</b>	御中						
主治医様							
<p>私は、貴方様がUAゼンセン福祉共済互助会またはその指定するもの(UAゼンセン福祉共済互助会と保険契約を締結している東京海上日動火災保険株式会社またはその指定する者等)に対して、共済契約及び保険契約の存続ならびに私の被った損害の額または共済金及び保険金の適正な算定等のために、以下に記載する事項を行なうことについて同意します。</p>							
<ol style="list-style-type: none"> <li>① 私の傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を提出すること。</li> <li>② 私の傷病の原因・症状・既往症・治療内容等について説明すること。</li> <li>③ 私の傷病に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写しを提供すること。</li> </ol>							
UAゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険(株) 御中							
<p>私は貴社または貴社が指定する者が、上記医療機関に対し私の傷病に関する照会を行うにあたって、私の個人情報を提供することについて同意します。</p>							
③	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">住所</td> <td>〒102-8274 東京都千代田区九段南4-8-19</td> </tr> <tr> <td>傷病者氏名 (署名)</td> <td style="text-align: center;"><b>共済太郎</b> (印)</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>(昭和・平成)〇〇年 7月 14日</td> </tr> </table>	住所	〒102-8274 東京都千代田区九段南4-8-19	傷病者氏名 (署名)	<b>共済太郎</b> (印)	生年月日	(昭和・平成)〇〇年 7月 14日
住所	〒102-8274 東京都千代田区九段南4-8-19						
傷病者氏名 (署名)	<b>共済太郎</b> (印)						
生年月日	(昭和・平成)〇〇年 7月 14日						
④	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">関係</td> <td><input type="checkbox"/> 親権者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <b>妻</b> )</td> </tr> <tr> <td>傷病者が署名できない場合</td> <td>氏名 (署名) <b>共済花子</b> (印)</td> </tr> </table>	関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <b>妻</b> )	傷病者が署名できない場合	氏名 (署名) <b>共済花子</b> (印)		
関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( <b>妻</b> )						
傷病者が署名できない場合	氏名 (署名) <b>共済花子</b> (印)						
<p>○ 太枠線内には、傷病者ご本人のご署名・ご捺印をお願いします。</p> <p>※傷病者が未成年の場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ(捺印は不要)とし、親権者欄に「レ」点を記し、親権者のご署名・ご捺印をお願いいたします。</p> <p>※傷病者ご本人が、事情によりご本人にて記載できないため関係者が記載される場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ(捺印は不要)とし、その他欄に「レ」点と関係を記し、関係者のご署名・ご捺印をお願いいたします。</p>							

## 3)死亡給付金の請求手続き

死亡給付金の受取人は、以下の順位の高順位のどなたかとなります。

- ①配偶者(内縁を含む) ②子供 ③養父母
- ④実父母 ⑤孫 ⑥祖父母 ⑦兄弟姉妹

上記で給付金の(同順位)の受取人が複数いる場合は、所定の「死亡給付金に関する同意書」により受取人代表者を決めて請求してください。(記入例は下記を参照ください)

配偶者(内縁を含む:住民票等内縁関係を証明する書類が必要です。)が受取人の場合は「死亡給付金に係る同意書」は不要です。(「死亡給付金に係る同意書」は所属組合から取寄せてください。)

死亡された方と生計を同一にする就学中の満22歳以下の子供がいる場合には、遺児年金等が給付されます。戸籍謄本コピーとあわせ学生証のコピーを提出してください。

- ①「提出日」は提出日(記入日)を記入してください。
- ②死亡された方の氏名を記入してください。
- ③受取人代表者の氏名を記入してください。
- ④共済加入者番号、組合員氏名、死亡者名、死亡年月日を記入してください。
- ⑤受取人以外の法定相続人がいる場合には、署名・捺印をしてください。

この用紙は所属組合から取り寄せてください。

死亡給付金に関する同意書			
			① 提出日 2000年10月10日
UAゼンセン福祉共済互助会 御中			
②			
死亡した	(氏名) <b>共済太郎</b>	に関する死亡給付金の請求及び受領については、	
以下を代表者とすることに同意します。			
受取人住所・氏名・捺印欄 ※印鑑証明書を添付してください。			
*受取人が未成年者の場合、親権者または後見人の記名・捺印が必要です。(印鑑証明書を添付してください。)			
③	住所	東京都千代田区九段南4-8-6	氏名 (署名) <b>共済一郎</b> (印)
		親権者・後見人 (印)	
また、他からこの給付金の受領について異議の申立てがあった場合は、私(受取人)が責任をもって処理し、UAゼンセンには迷惑をかけません。			
④	共済加入者番号	0012345670	組合員氏名 <b>共済太郎</b>
	死亡者氏名	<b>共済太郎</b>	死亡日 2000年9月14日
	給付金額	円	
	死亡状況等	別紙「給付金支払請求書」記載の通り。	
⑤	相続人記名捺印欄		
*受取人以外に法定相続人が複数いる場合は、下記へ署名・捺印してください。			
*相続人が未成年者の場合、親権者または後見人の記名・捺印が必要です。			
住所	東京都千代田区九段南4-8-6	氏名	<b>共済恵</b> (印)
		氏名	(印)
住所		氏名	(印)
		氏名	(印)
住所		氏名	(印)
		氏名	(印)
住所		氏名	(印)
		氏名	(印)

# VI.変更手続き・脱退の書類の記入例

加入者内容変更通知書・口座変更通知書は所属組合(福祉共済会会員の方は福祉共済会)からお取り寄せください

## 加入者内容変更手続き

### 1.加入者内容変更手続き(口座・加入者氏名等・住所・組織・組合員コードの変更がある場合)

- (1) 記入日を記入してください。..... ①
- (2) 加入されている全ての共済にもれなく○印を付けてください。..... ②
- (3) 加入者氏名、性別、加入者番号、生年月日を記入してください。..... ③
- (4) 変更となる項目欄を記入してください。

1) 口座の変更 ..... ④  
 新しい口座情報を記入のうえ、金融機関届出印を押印してください。特に2枚目は金融機関提出用につき、金融機関届出印を登録している場合は2枚目(2カ所)に届出印を押印してください。なお、金融機関届出印のみの変更の場合は、共済事業局への届け出は必要ありません。

2) 氏名・性別・生年月日・続柄 ..... ⑤  
 変更・訂正となる項目欄を記入してください。銀行口座名義も変更する場合は、④に記入・捺印をしてください。  
 ※改姓される家族が複数名の場合には、該当する方の続柄にも○印をつけ、通信欄に氏名(改姓後)を記入してください。

3) 新住所 ..... ⑥  
 新住所・新電話番号を記入してください。新住所は30文字以内で記入願います。

4) 組織 ..... ⑦  
 以下の場合、新旧の組合情報を記入してください。

- a. チェックオフ(給与引去)から口座引落への変更。★<sup>1</sup>欄に○印を付け、最終チェックオフ日を通信欄に記入してください。
- b. 組合から福祉共済会(B001000000)への変更。組合員でなくなった後も共済を継続する場合は、福祉共済会に変更する必要があります。新組織欄に「B001000000、福祉共済会」と記入のうえ、★<sup>2</sup>欄に加入者確認印を押印してください。
- c. その他組織コードの変更。

5) 新従業員コード ..... ⑧  
 従業員コードを変更する場合、新旧の従業員コードを記入してください(従業員コードを登録している組合のみ)。

(5) 現在の組合コード、所属名(組合名)を記入してください。..... ⑨

(6) 2026年3月改訂版の加入者内容変更通知書・口座変更通知書は4枚複写となっています。必要事項は1枚目に記入いただき、提出時は4枚全てをそのまま提出してください。なお、口座変更の場合のみ、1枚目と2枚目に捺印をお願いします。

※毎月20日締切(20日が土・日・祝日の場合は前業務日)で受け付けています。口座変更は20日締切で翌月12日より新口座からの引き落としとなります。

※2026年3月より改定されていますので、旧用紙は破棄してください。

2026年3月改訂

UAゼンセン共済制度

加入者内容変更通知書・口座変更通知書

1枚目

UAゼンセン共済事業局 控

UAゼンセン福祉共済互助会  
東京都千代田区九段南4-8-19 CIRCLES+市ヶ谷駅前2階

① 記入日 20 | 07 | 01

加入されている共済制度 (該当に○印してください)

年	月	半	積	生	医	傷	給	介
金	払	年	立	命	療	賠	与	護
	○	○	○	○	○	○	○	○

②

加入者名	姓	名	性別	加入者番号(右づめ)	生年月日
	共済	太郎	男	0012345670	昭利 平成 0714

③

※改姓の場合、「口座変更欄」にもご記入ください。 ※口座を変更される場合は、「口座変更欄」のすべての項目にご記入ください。 ※ご本人以外の口座には変更できません。 ※口座設定または不備等のご連絡について、本用紙とは別に金融機関等から連絡がある場合があります。ご対応いただけない場合、口座設定・変更手続きが完了しない場合があります。

指定口座	中央 銀行 市谷 支店	金融機関番号	2963299	普通	1001111		
口座変更	ゆうちょ銀行	種目コード	166301	番号(右づめでご記入ください)	0*		
変更項目	払込先口座番号	00140-5-120363	払込先加入者名	明治安田収納ビジネスサービス株式会社	払込金の種別	集金	30
	預金者名	共済 太郎	金融機関お届け印(サイン届出の場合はサイン)	共済	振替日	12日	(当日が休業日の場合は翌営業日)

④

氏名	漢字氏名	カナ氏名(左づめ。濁点・半濁点は1マス使用、姓と名の間は1マスあける)
	共済 太郎	キョウサイ タロウ

⑤

性別	男	女	生年月日	昭利 平成	続柄	本人	配偶者	その他
	○	○			○	○	○	○

⑥

新住所

〒102-8274 千代田区九段下南4-8-19

電話番号(自宅または携帯電話) 03-3288-3533

⑦

組合・支部コード	新	旧	給与引去
			○

⑧

新従業員コード

⑨

所属コード 1234500000 所属名 市ヶ谷労働組合

★<sup>2</sup>

加入者確認印 組合承認印

通信欄

企M

脱退の変更手続きの記入例

脱退の変更手続きの記入例

脱退の手続き

脱退届については、巻末の書類をお使いください

(1) 中途脱退

途中で脱退される方は、当月20日(20日が土・日・祝日の場合は前業務日)までに「脱退届」(傷害・賠償共済、給与保障共済と共用)を所属組合を経由してUAゼンセン共済事務局に提出してください。翌月12日の引落しが停止され、最終掛金引落日の月末の脱退となります。(脱退手続終了のご案内は出ません。)

- ① 記入した日付をご記入ください。
- ② 共済加入者番号、組合名、支部・分会名、組合・支部コードの欄は必ずご記入ください。
- ③ チェックオフ組合の場合は、○印をつけてください。
- ④ 組合員氏名(フリガナ)、生年月日、電話番号、現住所の欄は必ずご記入いただき、組合員印欄に押印してください。
- ⑤ “全部脱退”(組合員本人を含む加入者全員の脱退)の場合は、1に○印をつけてください。(組合員本人が脱退すると、家族も脱退となります。)
- ⑥ “一部脱退”(組合員を除く家族または子ども特約の加入者の脱退)の場合は、2に○印をつけて、脱退者の氏名・生年月日を記入してください。
- ⑦ “特約脱退”の場合は、3~5いずれかに○印をつけて特約を脱退される方の氏名・生年月日を記入してください。

(2) 死亡・高度障害による脱退

- 1) 組合員本人が死亡した場合は、死亡日の確認できる資料(死亡診断書コピー・会葬の御礼文など)を添付して、原則、組合員の家族が「脱退届」(給与保障共済、傷害・賠償共済と共用)を作成し、共済事務局に提出してください。ただし、組合員に家族がない場合は、組合が代行して作成することができます。  
組合員の配偶者が医療共済に加入しており、継続加入を希望する場合は、配偶者を組合員とした加入申込書と併せて提出してください。
- 2) 組合員の家族が死亡した場合は、死亡日の確認できる資料(死亡診断書コピー・会葬の御礼文など)を添付して、組合員本人が「脱退届」(給与保障共済、傷害・賠償共済と共用)を作成し、共済事務局に提出してください。
- 3) 加入者が高度障害になった場合は、高度障害給付金の請求時に併せて「脱退届」(給与保障共済、傷害・賠償共済と共用)を作成し、共

済事務局に提出してください。

- 4) 脱退届の記入方法は、「(1) 中途脱退」と同様です。  
注) 脱退日は、死亡日となります。掛金は、死亡日の月末までお支払いいただきます。

(3) 自動脱退

- 以下のケースは自動脱退となりますので、手続きの必要はありません。(脱退のご通知も出ません)
- 1) 掛金が3か月連続して口座から引落としされなかった場合は、最初の引落されなかった月の前月の末日をもって自動脱退となります。
  - 2) 加入者は、3月1日現在満89歳に達した後に最初に到来する2月末日をもって自動脱退となります。
  - 3) 休業保障特約加入者は、3月1日現在満64歳に達した後に最初に到来する2月末日をもって自動脱退となります。また、入院給付金の入院日数と休業保障特約給付金の休業日数を通算して730日を超えた場合も休業保障特約は自動脱退となります。
  - 4) 加入者が死亡または高度障害になった場合は、その死亡日または認定日の属する月の月末をもって自動脱退となります。

※ 鉛筆、消えるボールペン(フリクション等)では記入しないでください。

UAゼンセン福祉共済互助会 御中

医療/給与保障/傷害・賠償  
脱退届

① 記入日 20 年 07 月 01 日

貴会の実施する上記共済の共済事業規約・同細則にもとづき、必要書類を添え下記の通り届出ます。

共済加入者番号 0012345670				組合名 市ヶ谷		支部・分会名 東京	
組合・支部コード 1234500000				チェックオフ組合 <input type="checkbox"/> 900 社員コード			
組合員氏名(フリガナも必ずご記入ください) キョウサイ タロウ		組合員印必ず押印してください 		生年月日 昭和(S) 平成(H) 07 01		電話番号 03 - 3288 - 3533	
現住所 〒102-0074 千代田 九段下南4-8-19		フリガナ クダンシタミナミ 4-8-19					

医療共済

⑤ ⑥ ⑦ ※該当する番号全てに○印を付けてください。

【1】 組合員本人を含む加入者全員が医療共済を脱退

【2】 家族(特約を含む)の脱退 ※脱退する方の氏名・生年月日をご記入ください。

フリガナ	氏名	生年月日	フリガナ	氏名	生年月日
家族	姓 名	昭和 年 月 日	姓 名	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
家族	姓 名	昭和 年 月 日	フリガナ		生年月日
家族	姓 名	昭和 年 月 日	姓 名	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日

【3】 休業保障特約のみ脱退

【4】 女性医療特約のみ脱退 ※脱退する方の氏名・生年月日をご記入ください。

フリガナ	氏名	生年月日	フリガナ	氏名	生年月日
本人	姓 名	昭和 年 月 日			
家族	姓 名	昭和 年 月 日	フリガナ		生年月日
家族	姓 名	昭和 年 月 日	姓 名	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
家族	姓 名	昭和 年 月 日	フリガナ		生年月日
家族	姓 名	昭和 年 月 日	姓 名	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日

【5】 ガン上乗せ特約のみ脱退 ※脱退する方の氏名・生年月日をご記入ください。

フリガナ	氏名	生年月日	フリガナ	氏名	生年月日
本人	姓 名	昭和 年 月 日			
家族	姓 名	昭和 年 月 日	フリガナ		生年月日
家族	姓 名	昭和 年 月 日	姓 名	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
家族	姓 名	昭和 年 月 日	フリガナ		生年月日
家族	姓 名	昭和 年 月 日	姓 名	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日

給与保障共済(旧 長期休業保障共済)

【6】 給与保障共済全て(特約を含む)を脱退

【7】 短期休業保障特約のみ脱退

傷害・賠償共済

【8】 傷害・賠償共済を脱退

※脱退は毎月20日締切で翌月の請求が止まります。(最終掛金引落日の当月末付の脱退となります。)

最終チェックオフ日	20 年 月 日	← チェックオフ組合記入欄
脱退日	20 年 月 末日	← UAゼンセン記入欄

(2024年9月版)

脱退の変更手続き書類の記入例

脱退の変更手続き書類の記入例

# 付 録

## 1.給付金請求書類(コピーしてお使いください)

- (1) 給付金支払請求書
- (2) 同意書
- (3) 診断書(治療証明書)
- (4) 休業証明書

## 2.脱退届

- (1) 脱退届  
(医療/給与保障/傷害・賠償 共済 共通)

※書類には、鉛筆、消えるボールペン(フリクション等)では記入しないでください。

## 1.給付金請求書類一式(給付金支払請求書類一覧表P34の★の書類)

### 入院・手術などや、医者の指示で自宅療養をしたとき

給付対象なのか、必要書類などが不明なときは、所属組合またはUAゼンセン共済事業局に確認してください。

<請求の時に必ず必要な書類>

付録 1) 給付金支払請求書 2) 同意書

請求内容によって必要な書類(詳しくは、給付金支払請求書類一覧表(P34)を参照ください)

入院が給付対象の時*1	手術が給付対象の時*1	自宅療養が給付対象の時
・病院の領収証・コピー (もしくは診断書)	・病院の領収証・コピー ・病院の診療明細書・コピー (もしくは診断書)	・診断書・原本 ・休業証明書・原本

※診療明細書とは、手術名称や使用した薬、検査した項目などを記載した明細書です。病院窓口で診療明細書が欲しいと言わないと発行してもらえないことがあります。「手術名の書いてある診療明細書が欲しい」と病院窓口に声をかけてください。

※交通事故の場合は、自動車安全運転センター等が発行する「交通事故証明書」が必要です。

\*1 病名が、成人病・ガン、女性医療特約、高度障害、先進医療に当たる場合、休業保障特約を請求する場合は診断書が必要です。  
(詳しくは、給付金支払請求書類一覧表の注意事項をお読みください)

### ポイント!

「日帰り手術をしたけれど入院給付金も払ってくれるの?」→領収証で確認できます。

『入院料』に点数・金額が記載されている場合は「入院を伴う手術給付金」になります。『初・再診料』に点数・金額が記載されている場合は「入院の伴わない手術給付金」になります。

### ポイント!

「診断書の記載内容を確認してください」

入院期間や、手術日、現在の業務への就労が全く不可能と判断された期間をはじめ、記入してある内容が思っていたのと違う、と言ったケースがあります。診断書を受け取ったら、その場で内容を確認し不明な所は医師に確認してください。

例 ・領収証の入院期間より短い

- ・入院のときにした手術が違う日付で書かれている(入院を伴う場合とそうでない場合では給付される金額が違います)
- ・自宅療養をしなさいといわれたのに就労が不可能と判断された期間が入院期間と同じ(または短い)など

### <給付金支払>

- (1) UAゼンセン共済事業局に給付金書類到着後、通常約2~3週間で給付金をお支払します。(ただし保険会社と病院の間での治療内容の確認等で時間がかかる場合がありますのでご了承ください。)
- (2) 給付内容については、UAゼンセン共済事業局より、請求者あてに通知が発行されます。

## 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

(個人情報の利用・取扱の同意)  
UAゼンセン福祉共済互助会が給付金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報および請求者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報取得・利用すること、所属労働組合が行う給付手続き援助ならびに保険会社委託部分について保険会社が行う本請求への対応、適正な保険金の支払のために、所属労働組合および東京海上日動火災保険株式会社に本請求情報を提供することについて同意いたします。

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。

記入日 年 月 日

<給付金請求者記入欄> \*原則として組合員が給付金請求者です。組合員死亡のときは、受取人が記名し、その横に実印を捺印してください。  
\*ボールペンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。

共済加入者番号	フリガナ 組合員氏名 (請求者)	署名
住所	〒	電話
組合名		
本請求以外に 請求する他の契約	なし あり	ある場合 団体・ 保険会社名
給付金の 送金先	銀行 信金 労金 農協	*カタカナ 本店 普通 口座No. 支店 当座 名義 (カタカナ)

★振込口座は組合員または傷病者ご名義の口座に限ります。

★共済掛金の支払方法が給与天引きの方は、口座情報を必ず記入してください。

★共済掛金の支払方法が給与天引き以外で口座情報が未記入の場合は、組合員の掛金引落口座へ振込みます。

<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)欄を記入・捺印してください。

だれが (傷病者氏名)	署名	(印)	性別	男 女	年齢	歳	組合員との 関係
傷病名		傷病名が「腫瘍」や「～の疑い」の場合は、病理検査の結果(良性等)や、再検査の予定の有無を★詳細欄に記載してください。					
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、休業特約、先進医療給付金をご請求の場合、診断書が必要となります。							
診療 に至る までの 経緯	① きっかけ ※右から一つ選 択 <input checked="" type="checkbox"/>	①健康診断・人間ドックなど	検査実施日	年	月	日	
		②体調を崩した	一番初めに病院に 行かれた日(初診)	年	月	日	
		③ケガをした(受傷日: 年 月 日)	一番初めに病院に 行かれた日(初診)	年	月	日	
		④その他( )	一番初めに病院に 行かれた日(初診)	年	月	日	
★ 詳細: きっかけ以降の経緯(治療内容、転院有無、ケガの場合は受傷した状況)を記入してください。【裏面】もご利用ください。							
請求 内容	入院 (4回目以降は裏面へ)	なし あり	① 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)				
	手術 (4回目以降は裏面へ)	なし あり	① 年 月 日 手術名( )				
	放射線治療	なし あり	年 月 日 ~ 年 月 日	照射中 照射終了			
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)	なし あり	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)					
医療 機関	今回の病気・ケガで 入院・手術をした病院	医療機関名	一番初めに病院に 行かれた日(初診)	年 月 日			
	今回の 病気・ケガで受診した 他の病院	① 医療機関名 受診期間	② 医療機関名 受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
既往 症	今回の病気・ケガ 以外の既往症・持病	なし あり	ある 場合	傷病名			
				医療機関名	初診日	年 月 日	
				入院無 入院有	年 月 日頃 ~ 年 月 日頃		

UAゼンセン医療共済規則第26条に基づく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、本書の写真複写も同じ効力があることを認めます。

縦にハサミ

【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】も忘れずに提出してください。  
(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。

ガンを含む成人病でのご入院は、基本となる入院給付金日額の倍額をお支払いします(基本加入タイプSV型除く)。

《参考》:対象となる成人病の主な分類

悪性新生物		糖尿病	
C00-C14	口唇, 口腔及び咽頭の悪性新生物	E10-E14	糖尿病
C15-C26	消化器の悪性新生物	心疾患	
C30-C39	呼吸器及び胸腔内臓器の悪性新生物	I05-I09	慢性リウマチ性心疾患
C40-C41	骨及び関節軟骨の悪性新生物	I20-I25	虚血性心疾患
C43-C44	皮膚の悪性新生物	I26-I28	肺性心疾患および肺循環疾患
C45-C49	中皮及び軟部組織の悪性新生物	I30-I52	その他の型の心疾患
C50	乳房の悪性新生物	高血圧性疾患	
C51-C58	女性生殖器の悪性新生物	I10-I15	高血圧性疾患
C60-C63	男性生殖器の悪性新生物	脳血管疾患	
C64-C68	腎尿路の悪性新生物	I60-I69	脳血管疾患
C69-C72	眼, 脳及びその他の中枢神経系の部位の悪性新生物		
C73-C75	甲状腺及びその他の内分泌腺の悪性新生物		
C76-C80	部位不明確, 続発部位及び部位不明の悪性新生物		
C81-C96	リンパ組織, 造血組織及び関連組織の悪性新生物		
C97	独立した(原発性)多部位の悪性新生物		
D00-D07・D09	上皮内新生物		
D45	真正赤血球増加症<多血症>		
D46	骨髄異形成症候群		
D47.1	慢性骨髄増殖性疾患		
D47.3	本態性(出血性)血小板血症		
D47.4	骨髄線維症		
D47.5	慢性好酸球性白血病[好酸球増加症候群]		

# 同意書

年 月 日

医療機関名: \_\_\_\_\_ 御中

主治医 様

私は、貴方様がU Aゼンセン福祉共済互助会またはその指定するもの (U Aゼンセン福祉共済互助会と保険契約を締結している東京海上日動火災保険株式会社またはその指定する者等) に対して、共済契約及び保険契約の存続ならびに私の被った損害の額または共済金及び保険金の適正な算定等のために、以下に記載する事項を行なうことについて同意します。

- ① 私の傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を提供すること。
- ② 私の傷病の原因・症状・既往症・治療内容等について説明すること。
- ③ 私の傷病に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写しを提供すること。

U Aゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険(株) 御中

私は貴社または貴社が指定する者が、上記医療機関に対し私の傷病に関する照会を行うにあたって、私の個人情報を提供することについて同意します。

住 所		
傷病者氏名 (署名)	①	
生年月日	( 昭和 ・ 平成 ) 年 月 日	
傷病者が署名できない場合	関 係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	氏 名 (署名)	①

○ 太枠線内には、傷病者ご本人のご署名・ご捺印をお願いします。

- ※傷病者が未成年の場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ(捺印は不要)とし、親権者欄に「レ」点を記し、親権者のご署名・ご捺印をお願いいたします。
- ※傷病者ご本人が、事情によりご本人にて記載できないため関係者が記載される場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ(捺印は不要)とし、その他欄に「レ」点と関係を記し、関係者のご署名・ご捺印をお願いいたします。

縦二つ折

# 診断書

ご返送

医療機関提出用

※ 医療機関へこのまま提出ください。

UAゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険株式会社 宛

1. 氏名		フリガナ	カルテ番号	男 女	生年月日	年 月 日					
2. 傷病名	ア. 入院・手術・就業不能の原因となった傷病名	ICD-10( ) ICD-0-3( )		症状出現または検査指摘時期							
	イ. 上記ア.の原因			年 月 日 (頃) 医師推定 患者申告							
	ウ. 合併症 併存疾患	入院の必要性: (無)・(有) 必要な期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 上記ア.との関係性: (無)・(有)		年 月 日 (頃) 医師推定 患者申告							
				エ. (上記ア.の傷病名が厚生労働省指定の特定疾患の場合)診断確定日							
3. 新生物(異形成を含む)の場合	ア. 告知	(本人)・(家族に) 年 月 日頃 病名( )を (告げた)・(告げていない)		原発)・(再発)・(転移)							
	イ. 診断確定日	年 月 日		【再発・転移の場合】治療によりがんが認められなかった期間 (有) (年 月 日 ~ 年 月 日) (無)							
	ウ. 状態	(治療中)・(経過観察中(寛解状態))・(治癒)		カ. 大腸がんの場合 深達度: S / SM以深							
	オ. 性状	(上皮内新生物(上皮内癌・非浸潤癌))・(それ以外)		力. 診断確定までに行われた検査項目および検査結果							
	キ. 検査項目	検査結果判定日	検査結果	TNM分類							
	病理組織学的検査			T ( ) N ( ) M ( )							
	細胞学的検査			ステージ分類 (I)・(II)・(III)・(IV) IVの場合の判断根拠 (UICC)・(その他) ( )							
4. 既往症	ア. 悪性新生物	(有)・(無)	傷病名:	医療機関名	治療期間	年 月 日					
	イ. 上記以外	(有)・(無)	傷病名:	医療機関名	治療期間	年 月 日					
5. 前医・紹介医		(有)・(無)	医療機関名:	初診日	年 月 日 (頃)						
6. 診療機関		初診日	年 月 日	入院手術が決定した日	年 月 日						
7. 入院期間	1回目	年 月 日 ~ 年 月 日	入院中	転院	退院	その他( )					
	2回目	年 月 日 ~ 年 月 日	入院中	転院	退院	その他( )					
※3回目以降の入院がある場合は、以下にご記入ください。											
○腹腔・胸腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置等を含みます。 ○一連の治療過程に連続して施行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は、同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。 1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術(開心術) 4. 胸腔鏡下手術 5. 開腹術 6. 腹腔鏡下手術 7. 経尿道的 8. 経腔的 9. ファイバースコープまたはカテーテルによる治療 10. レーザーによる手術 11. 衝撃波 12. その他( ) ↓ 下記「種類」欄には、上記1~12のいずれかの番号をご記入ください。											
8. 手術	種類	手術コード	手術名	手術日	左右の別	骨・関節に対する治療の場合	筋・腱・靭帯の切断手術を	手指・足指の場合、MP関節を含め手術野が中根側に	口腔手術の場合、顎骨を	植皮術・皮弁形成術の場合の面積が	臓器摘出の場合
		K-		年 月 日	左	親血	伴う	及ぶ	削った	25cm以上	全摘
					右	非親血	伴わない	及ばない	削らず	25cm未満	一部
		K-		年 月 日	左	親血	伴う	及ぶ	削った	25cm以上	全摘
				右	非親血	伴わない	及ばない	削らず	25cm未満	一部	
※3回目以降の手術がある場合は、診療報酬点数区分・手術種類・手術内容・手術日等をご記入ください。											
9. 乳房手術の場合		「皮膚を切開し、病変部を切除した手術」に該当しますか? (はい)・(いいえ)									
10. 放射線治療および温熱療法 (アイソトープ含む)		区分コード	治療内容	実施期間	総重量	状況					
11. 抗悪性腫瘍剤		治療内容(薬剤名)	開始	年 月 日	Gy	照射予定	照射中	完了			
12. 先進医療 (左右対称の場合はそれぞれご記入ください)		有	技術名	実施日	技術料						
		無		年 月 日	円						
13. 癌患者申出療養制度		有	種類:	年 月 日	円	当該患者申出療養に係る承認年月日					
		無	実施日:	年 月 日 (回)	円	受療者が支払った患者申出療養の「技術料」					
14. 医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間				(無)・(有)	年 月 日 ~ 年 月 日						

お願い① 訂正がある場合は必ずご署名を捺印してください。お願い② 記入欄が足りない場合は、余白または別紙にご記入をお願いします。

縦線  
カキハキ

上記の通り証明します。 証明日 年 月 日

医療機関 病院(診療所)所在地

病院(診療所)名称・診療科

電話番号

医師名

代理店受領日 弊社受領日

印

診断書

《診断書のご作成について》・ボールペンでご記入ください(消せるボールペンは使用不可)。

《ご担当の先生へ》

(※診断書の記載にあたりご一読をお願いいたします。)

ご記入漏れの欄がありますと、共済給付金支払のため、あらためて照会させていただきます場合がありますので、実施された医療行為についてご記入くださいますようお願いいたします。

**診断書** 医療機関提出用 ※医療機関へこのままご提出ください。

UAゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険株式会社 宛

1.氏名	フリガナ	カール字番号	性別	生年月日	年 月 日
2.傷病名	ア.入院・手術・検査等報告書となった傷病名	ICD-10( )	ICD-9-3( )	年 月 日 (傷)	医師判定 患者申告
	イ.上記アの傷病			年 月 日 (傷)	医師判定 患者申告
3.診断書(傷病名を記載する欄)	ア.告知	入院の必要性(急・急) 必要な期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
	イ.診断確定日	年 月 日	エ.該当区分	(原発)・(再発)・(転移)	
	ウ.状態	(治療中)・(経過観察中(調剤中))・(治療)	カ.大腸がんの場合	【再発・転移の場合】治療によりがんが認められなかった期間(年) 年 月 日 ~ 年 月 日(傷)	
	ク.症状	(上肢内転生路上肢内転・非遠投側)・(それ以外)	深達度:	S / SM以下	
4.既往症	ア.悪性新生物(有・無) 傷病名:	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日(傷)		
5.前医・紹介医	イ.上記以外(有・無) 傷病名:	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日(傷)		
6.診療・紹介	有・無	医療機関名:	初診日	年 月 日(傷)	
7.入院期間	初診日	年 月 日	入院手術が決定した日	年 月 日	
8.手術	手術コード	手術名	手術日	左右の別	傷病名
9.乳房手術の場合	「皮膚を切開し、病変部を切除した手術」に該当しますか? (はい)・(いいえ)				
10.放射線治療および薬物療法	区分コード	治療内容	実施期間	年 月 日	総量
11.抗悪性腫瘍剤	治療内容(薬剤名)	技術名	実施日	年 月 日	技研料
12.先進医療	有・無	種類:	実施日	年 月 日	円
13.患者者申出療養制度	有・無	種類:	実施日	年 月 日	円
14.医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間	無・有	年 月 日 ~ 年 月 日			

上記の通り証明します。 証明日 年 月 日

医療機関 病院(診療所)所在地

病院(診療所)名称・診療科

電話番号

医師名

印

お預かりの記入欄が足りない場合は、余白または別紙にて記入をお願いします。

1 傷病名 欄

●入院等の契機となった傷病名が複数ある場合は、すべてご記入ください。確定診断された場合は、確定診断後の傷病名をご記入ください。

2 新生物(異形成を含む) 欄

●今回の傷病名が新生物(異形成を含む)の場合に診断結果をご記入ください。

●病理組織診断を実施した場合は、その診断結果、TNM分類、診断確定日をご記入ください。

●病理組織診断以外の方法で診断確定した場合には、その方法・検査結果判定日・検査結果をご記入ください。

●再発・転移の場合には、再発・転移と診断確定された検査結果判定日・検査結果、治療により癌が認められなかった期間をご記入ください。

3 前医・紹介医 欄

●初診日・医療機関名をわかる範囲でご記入ください。

4 入院期間 欄・手術 欄

●診療報酬点数表上で『手術料』とされている手術についてご記入ください。

●実際に行った手術に関する手術名、診療報酬点数表の区分番号(コード)、手術日を記入し、その手術について手術種類、手術内容から該当するものすべて選択ください。

●医科診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して施行し、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄にすべての手術日をご記入ください。

【例】体外衝撃波結石破碎術・体外衝撃波腎・尿管結石破碎術等

●医科診療報酬点数表において、「手術料」が1日につき算定される手術は、1日目のみご記入ください。

【例】大動脈バルーンパンピング法・人工心肺等

5 医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間 欄

●医学的に、記載の傷病のため今の業務に就けない開始日と終了日(見込みを含む)をご記入ください。

その他

●入院期間・手術・先進医療など、それぞれの欄に書ききれない場合には、誠に恐れ入りますが、お手元の白紙に該当する項目をご記入くださいますようお願いいたします。

U A ゼ ン セ ン  
福祉共済互助会 御中

・本休業証明書とともに、医師の診断書(自宅療養が必要と思われる期間の記載があるもの)の提出が必要です。

休 業 証 明 書(兼 就業不能状況報告書)

※本人記入欄(会社による記入も可能)

氏 名			
住 所	TEL:( ) -		
勤務先の名称	仕事の内容		
勤務先の住所	TEL:( ) -		
受傷または発病日時	年 月 日	午前	時 分頃
受傷または発病の状況(傷病名)			
診断書に記載の就業不能期間	期間:	年 月 日 から	年 月 日まで

※会社記入欄

休 業 期 間	病気またはケガにより実際に休んだ期間(公休・有給を含む)をお書き下さい。 期間: 年 月 日 から 年 月 日まで 上記休業期間中ご本人の半休・出勤日があれば、その日を具体的に記入して下さい。
勤 務 形 態	契約上の週の勤務日数をご記入ください。(正社員を除く)

上記の通り相違ないことを証明いたします。

年 月 日

会社名 \_\_\_\_\_

部署名 \_\_\_\_\_

役 職 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 役職印

会社TEL ( ) -

加入者との関係 1 総務・人事の責任者

2 直属の上司

\* 押印については、必ず役職印をお願いします。

縦二つ折り

※ 鉛筆、消えるボールペン(フリクション等)では記入しないでください。

UAゼンセン福祉共済互助会 御中

医療/給与保障/傷害・賠償  
脱退届

記入日 20 年 月 日

貴会の実施する上記共済の共済事業規約・同細則にもとづき、必要書類を添えて下記の通り届出ます。

共済加入者番号 組合名 支部・分会名

組合・支部コード チェックオフ組合 900 社員コード

組合員氏名(フリガナも必ずご記入ください) 組合員印(必ず押印してください) 生年月日 電話番号

医療共済

【1】 組合員本人を含む加入者全員が医療共済を脱退

【2】 家族(特約を含む)の脱退 ※脱退する方の氏名・生年月日をご記入ください。

Table with columns for family member name (フリガナ, 姓, 名), birth date (生年月日), and era (昭和, 平成).

【3】 休業保障特約のみ脱退

【4】 女性医療特約のみ脱退 ※脱退する方の氏名・生年月日をご記入ください。

Table for female medical special provisions, including columns for name and birth date.

【5】 ガン上乗せ特約のみ脱退 ※脱退する方の氏名・生年月日をご記入ください。

Table for cancer special provisions, including columns for name and birth date.

給与保障共済(旧 長期休業保障共済)

【6】 給与保障共済全て(特約を含む)を脱退

【7】 短期休業保障特約のみ脱退

傷害・賠償共済

【8】 傷害・賠償共済を脱退

※脱退は毎月20日締切で翌月の請求が止まります。(最終掛金引落月の当月末付の脱退となります。)

Table for final dates: 最終チェックオフ日, 脱退日, with corresponding years, months, and days.

