

無料 給与保障共済ご加入者向け**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！ 緊急医療一般健康相談サービス	24時間 365日	●医療機関への道順もご案内！ 医療機関案内サービス	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！ 育児・栄養相談サービス	一部 事前予約 24時間 365日	●さまざまな薬剤情報のご提供！ お薬相談サービス	一部 事前予約 24時間 365日
●専門医による高度なサービス！ 予約制専門医相談サービス	事前 予約	●臓器ごとのがん専門医による高度なサービス！ 予約制専門医「がん」相談サービス	事前 予約
転院・患者移送手配サービス (国内のみ)	24時間 365日	海外の医療情報に 関する相談サービス	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。	●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/
●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	

*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、あらかじめご確認ください。
・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願います。
・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。

給与保障共済 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 03-3288-3708

URL https://uazensen.jp/kyousai_top/ E-mail kyuyo@uazensen.jp

目次

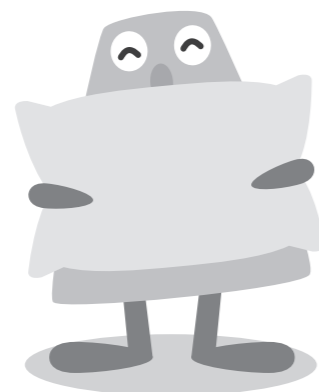
はじめに	1
I. 制度の概要	2
II. 事故の報告と給付金の請求方法	7
III. 変更手続き・脱退の書類の記入例	13
IV. 別表	17
V. Q&A	17
VI. 給付内容一覧	22
付録	23

はじめに

本共済は、病気やけがにより長期間に亘り就業不能状態となった際の収入減少リスクを軽減するため、2007年に誕生しました。その後、2019年3月に短期休業保障特約を新設、2021年3月に保障範囲を拡大（認知症も保障対象に追加）、2022年3月に名称を「長期休業保障共済」から「給与保障共済」へ変更する等の改定を行ってまいりました。

そして2023年3月には加入時に必要となる健康状態の告知内容を大幅に緩和し、従来より多くの組合員の方が本共済に加入できるよう改定を行いました。

今後も「給与保障共済」をより充実した保障内容にしていきたいと考えていますので、是非とも組合員の皆様のご意見・ご要望等を共済事業局までお寄せください。どうぞよろしくお願い申し上げます。



I. 制度の概要

1. 加入対象・加入の条件について

(1) 加入できる人・範囲

加入日（保障開始日）現在満59歳以下の、組合員本人で、正常に勤務している健康な方。
 なお、加入者は3月1日現在満64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）まで継続加入できます。

(2) 健康状態の告知

加入申し込みの際に、健康状態の告知をしていただきます。
 （新規加入・現在より高い給付タイプへの変更時に必要です。特約を新たに付帯する場合も告知は必要です。）

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。

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
 - ・「**ガン**」、「**上皮内ガン**」または「**精神の病気**（アルコール・薬物依存を含む）」と医師に診断されたことがありますか。
 - ・「**ガン**」、「**上皮内ガン**」または「**精神の病気**（アルコール・薬物依存を含む）」のため、医師から検査（※1）・治療（投薬の指示を含みます）を受けるように指導されたことがありますか。

※1 検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「あり」となります。

※「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

【告知の大切さに関するご注意】

- 告知書はお客様ご自身がありのままにご記入ください。
- 告知の内容が正しくないと、ご加入が取り消されたり給付金がお受け取りいただけない場合があります(注)。
- ご加入後、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。

(注)高い給付内容にタイプ変更の場合は、旧タイプの給付金額も含め給付金をお受け取りいただけません。

ご注意

- 告知事項の内容にかかわらず(無条件加入となっても)、加入日以前からかかっている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、給付金は支払われません。その認定は医師の診断によります。
- 掛金が引落しされても、告知事項の内容により、加入をお断りすることがあります。

(3)平均月間所得の告知

加入お申し込みの際に、平均月間所得の告知をしていただきます。加入タイプの給付金月額は、「平均月間所得」以下とすることが、必要です。

$$\text{平均月間所得} = \frac{\text{年間所得金額(注)}}{12 \text{ か月}}$$

- (注)①利子所得を含まない勤労所得の金額とします。
②2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から得ている所得も含めることができます。

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込依頼書」に必要事項を記入のうえ、組合経由でUAゼンセン共済事業局へご提出ください。

(2)加入締切日

各月の所定の締切日UAゼンセン共済事業局必着。

(3)掛金の引落し

- 掛金は組合員本人の指定預金口座(生命、介護、医療、傷害・賠償、年金、積立共済にご加入の場合は同じ口座)から自動的に引落しされます。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)。
- 掛金が引落しされなかった場合は、翌月まとめて再請求いたします。
- 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日1日となります。
(例)5/20 申込書到着 → 7/1 保障開始 → 7/12 初回掛金引落し

(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」を発行します。

(6)自動更新

一度加入されると、特に問題がない限り、3月1日付で自動更新されます。

(7)内容変更手続

- 加入タイプの変更手続
 - 毎月1日付けでできます。「給与保障共済加入申込書」でお手続きください。
 - 高い給付タイプへの変更の場合は、再度「健康状態の告知」および「平均月間所得」の告知が必要です(低い給付タイプへの変更の場合は、「平均月間所得」の告知は必要ですが、「健康状態の告知」は不要です)。
 - 高い給付タイプへの変更は、満60歳以上ではできません。
- その他の内容変更手続
 - 振替銀行口座、住所、氏名、加入組織等が変更になった場合は「加入者内容変更通知書・口座変更通知書」でお手続きください。

(8)脱退

- 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。
- 途中で脱退を希望される方は、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日とします。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。
- 組合員でなくなる場合は、「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(ただし、給与所得があることが必要条件となります)。
- 加入者が死亡したときは、当月末日をもって脱退となります。
- 上記脱退に際しては、返戻金はありません。
- 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、平均月間所得等)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は、加入を取り消すことがあります。

3.給付金の内容について

(1)給付金をお支払いする場合

加入者が日本国内または国外において、新規加入日(保障の開始日)以降ケガまたは病気(以下、「身体障害」という)を被り、その直接の結果として保障期間中に就業障害となり、その期間が免責期間および無給付期間を超えた場合に、お支払いします。この場合の就業障害とは以下の通りです。

〈免責期間中〉
身体障害を被り、下記 1)~3)のいずれかの事由により、被保険者の経験・能力に応じたいかなる業務にも全く従事できない状態をいいます。また、免責期間とは、継続して就業障害である日数で、あらかじめ取り決めた一定の期間(90日)をいいます。

- その身体障害のために、入院していること
- その身体障害につき、医師の治療を受けつつ、在宅療養していること
- その身体障害により、経験・能力に応じたいかなる業務にも全く従事できない程度の後遺障害が残っていること

〈てん補期間開始後〉
身体障害を被り、上記 1)~3)のいずれかにより、身体障害発生直前に従事していた業務に全く従事できないか、身体障害により就業に支障が生じており、従前に比して所得喪失率が20%超である状態をいいます。ただし、いずれの場合も、身体障害により死亡した後は就業障害とはいいません。

(2)お支払いする給付金

- 給付期間中の就業障害である期間1か月に對して次の金額が支払われます。

$$\text{加入給付金月額} \times \text{所得喪失率}$$

(例)給付金月額10万円の場合

- 完全に休職している場合
所得喪失率100% 10万円×100%
お受取りいただく給付金は
…1か月あたり10万円
- 一部復職し、月収20万円の方が回復所得5万円の場合
所得喪失率75% 10万円×75%
お受取りいただく給付金は
…1か月あたり7.5万円

所得喪失率とは、

$$\frac{\text{免責期間終了日の翌日から起算した各月における回復所得額}^{*1}}{1 - \text{免責期間が開始する直前の上記期間に対応する各月における所得}^{*2} \text{の額}}$$

ただし、所得の額について給与体系の著しい変動等の特殊な事情の影響があったときは、公正な調整を行うことがあります。

ただし、所得の額について給与体系の著しい変動等の特殊な事情の影響があったときは、公正な調整を行うことがあります。

・**短期休業保障特約ありの場合**:給付期間は、免責期間終了後から最長満65歳の誕生日までとなります。ただし、免責期間終了後から1年3か月は短期休業保障特約給付金額×所得喪失率が支払われます。なお、精神障害時、短期休業保障特約の給付はありません。

・**短期休業保障特約なしの場合**:免責期間終了の翌日から1年3か月は無給付期間となっています。給付期間は、最長満65歳の誕生日までとなります。ただし、所定の精神障害について給付金をお支払いする場合や、免責期間終了時に60歳以上64歳以下の方は、免責期間終了後5年間が限度となります^{*3}。

2)給付金月額が就業障害が開始した日の属する月の直前12か月間の平均月間所得額を超える場合は、平均月間所得額に所得喪失率を乗じた額を給付金としてお支払いします。また、他の保険契約または共済契約から保険金または共済金が支払われた場合には、給付金が差し引かれることがあります。

3)加入者が就業障害の状態になった場合には、保険会社との間で、加入者の業務復帰援助のための協議をお願いすることがあります。保険会社は、その協議の結果として社会通念上加入者の業務復帰のために有益と認められる費用をお支払いします。

4)次のような場合は給付金のお支払い額が上記と異なることがあります。
・給付金の対象とならない身体障害の影響によって、身体障害の程度が加重された

場合

・正当な理由がなく、加入者が治療を怠ったために、身体障害の程度が加重された場合等。また、更新の場合で、更新前の保障期間中に被った身体障害について、更新後のご加入内容にしたがって算出された給付金の額と、更新前のご加入内容にしたがって算出された給付金の額が異なる場合は、いずれか低い額をお支払いします。

- 5) てん補期間(給付期間)とは、同一の病気やケガによる就業障害に対して給付金をお支払いする期間として、契約により取り決めた一定の期間(免責期間終了日の翌日からの期間)のことをいいます。
- 6) 就業障害が終了した後、その日を含めて180日を経過した日までに、前の就業障害の原因となった病気やケガ(医学上重要な関係がある病気やケガを含みます)によって再び就業障害となった場合は、後の就業障害は前の就業障害と同一の就業障害とみなします。
 - *1 免責期間開始以降に業務に復帰して得た所得の額をいい、免責期間の終了した月から1か月単位で計算します。
 - *2 「業務に従事することによって得られる給与所得・事業所得・雑所得の総収入金額」から「就業障害の発生にかかわらず得られる収入」および「就業障害により支出を免れる金額」を控除したものをいいます。
 - *3 無給付期間を1年3か月としているため、実際の給付金のお支払いは3年9か月が限度となります。

4.給付金をお支払いしない場合

- (1) 下記のいずれかに該当する事由によって生じた身体障害による就業障害に対しては、給付金を支払いません。
 - 1) 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動。
 - 2) 地震もしくは噴火またはこれらによる津波。
 - 3) 次のいずれかに該当する事由。
 - ア. 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、爆発性その他有害な特性の作用またはこれらの特性に起因する事故。
 - イ. ア.以外の放射線照射または放射能汚染。
 - 4) 次のいずれかに該当する事由。
 - ア. 1)から3)までの事由によって発生した**事故の拡大**
 - イ. 発生原因が何であるかにかかわらず、身体障害の原因となった事故の1)から3)までの事由による拡大。

ウ.1)から3)までの事由に伴う秩序の混乱

- (2) 下記のいずれかに該当する身体障害による就業障害に対しては、給付金を支払いません。
 - 1) 次のいずれかに該当する者の故意または重大な過失によって生じた身体障害。
 - ア. 加入者
 - イ. 給付金の受取人。ただし給付金を支払わないのはその者が受け取るべき金額に限ります。
 - 2) 被保険者の闘争行為、自殺行為または犯罪行為によって生じた身体障害。
 - 3) 加入者が、運転する地における法令に定められた運転資格を持たないで自動車(原動機付自転車を含む)を運転している場合に生じた身体障害。
 - 4) 加入者が、麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、危険ドラッグ、シンナー等を使用した状態で自動車(原動機付自転車を含む)を運転している場合に生じた身体障害。
 - 5) 加入者名、酒気を帯びて自動車(原動機付自転車を含む)を運転している場合に生じた身体障害。
 - 6) 加入者に対する刑の執行によって生じた身体障害。
- (3) 加入者の麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、危険ドラッグ、シンナー等の使用によって生じた身体障害による就業障害に対しては、給付金をお支払いしません。ただし、治療を目的として**医師等**が用いた場合には、給付金をお支払いします。
- (4) 加入者が精神病性障害、知的障害、人格障害、アルコール依存および薬物依存等の精神障害を被り、これを原因として生じた就業障害に対しては、給付金をお支払いしません(「IV.別表」参照)。
- (5) 加入者の妊娠または出産による就業障害に対しては、給付金をお支払いしません。
- (6) 加入者の発熱などの他覚的症候のない感染による就業障害に対しては、給付金をお支払いしません。
- (7) 頸部症候群(いわゆる「むちうち症」)または腰痛等。医学的他覚所見のないもの。
- (8) 保障開始以前にかかっていた病気や発生した事故によるケガ。
- (9) 給付事由が発生してから3年以上経過したとき。
- (10) 告知内容に事実と相違があったとき。

5.用語の解説

(1)就業障害

免責期間中とてん補期間開始後とでは、内容

が違います。ご注意ください。

期間中 免責	加入者が病気またはケガ(身体障害)を被り、加入者の経験、能力に応じたいかなる業務にも従事できないことをいいます。
開始後 てん補期間	加入者が病気またはケガ(身体障害)を被り、身体障害発生直前に従事していた業務にまったく従事できないか、または身体障害のため所得喪失率が20%をこえていることをいいます。

(2)無給付期間

通常免責期間終了後に給付が開始されますが、健康保険の傷病手当金の給付との重複を避けるため、最長1年3か月の無給付期間を設けます(国民健康保険加入者の場合、傷病手当金はありませんが、給付の公平のため、同様の無給付期間を設けます)。労災保険の適用がある場合も、最長1年3か月の無給付期間を設けます。

II. 事故の報告と給付金の請求方法

1. 給付金請求に必要な書類

(1) 短期休業保障特約を付帯している場合

1) 免責期間(就業障害が開始した日から90日)経過後、「事故報告書」「就業障害状況報告書」「同意書」に必要事項を記入の上、組合経由で共済事業局までご提出ください。内容の確認ができましたらご連絡いたしますので、その後「同意書」「診断書」「給付金請求書」「給与明細書」「源泉徴収票」等を提出してください。場合によっては、再度「就業障害状況報告書」を提出していただくことがあります。

※給付金は1か月単位で受け取ることはできますが、給付金請求の都度、「診断書」等の書類が必要となる(作成費用はご加入者のご負担)ため、2~4か月毎に請求される場合が多いです。

(2) 短期休業保障特約を付帯していない場合

1) 免責期間終了時の通知

免責期間(就業障害が開始した日から90日)経過後、「事故報告書」「就業障害状況報告書」「同意書」に必要事項を記入の上、組合経由で共済事業局までご提出ください(交通

事故の場合は「運転免許証」のコピーを添付してください。

※この時点では、診断書の取付けは基本的には必要ありません。ただし、加入してから1年未満の休業開始については診断書の取付けをしてください。また、加入1年以上の場合でも、状況に応じて診断書の取付けをお願いする場合があります。

2) 無給付期間の報告

無給付期間中は、就業障害状況の確認のため、6か月毎に「就業障害状況報告書」を提出してください。

3) 無給付期間(1年3か月)終了後の請求

無給付期間終了後、「就業障害状況報告書」「診断書」「同意書」「給付金請求書」「給与明細書」「源泉徴収票」等を提出してください。

※給付金は1か月単位で受け取ることはできませんが、給付金請求の都度、「診断書」等の書類が必要となる(作成費用はご加入者のご負担)のため、2~4か月毎に請求される場合が多いです。

★各書類は所属組合からお取り寄せいただき、所属組合に提出してください。

	事故報告書(所定用紙)	就業障害状況報告書(所定用紙)	診断書(所定用紙)	同意書(所定用紙)	給付金請求書(所定用紙)	給与支給明細書、給与所得の源泉徴収票、所得証明書など(コピー可)	車バイク等を運転中の事故の場合(運転免許証(本籍を隠してコピー))
短期休業保障特約あり	免責期間(90日)終了後	○	○	△	○		
	請求の都度		○	○	○	○	△
短期休業保障特約なし	免責期間(90日)終了後	○	○	△	○		
	無給付期間(1年3か月)中		△				
	無給付期間(1年3か月)終了後		○	○	○	○	△
	請求の都度		○	○	○	○	△

○印は、原則として常に必要な書類。1.(1)の通り、一旦「事故報告書」「就業障害状況報告書」「同意書」を提出し、後日残りの書類を提出することになります。なお、上記一覧表の書類の他に、別途書類を提出いただく場合があります。

2. 請求書類の書き方(記入例)

(1) 事故報告書

① 共済加入者番号~加入タイプを記入してください。

② 発病・受傷についてご記入ください。報告の内容は、できるだけ具体的に記入してください。

給与保障共済 事故報告書

UAゼンセン福祉共済互助会 御中
東京海上日動火災保険株式会社

(個人情報の利用・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の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援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および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。

		報告日	2020年 8 月 15日		
① 共済加入者番号	0012345670	組合・支部名	市ヶ谷・東京	組合・支部コード	1234500000
加入者名	共済 太郎	生年月日	昭和47年 6月 5日(50歳)	男・女	
住所	〒102-8273 東京都千代田区九段南4-8-16		電話番号	03-3288-3533	
加入タイプ	8型 10型 15型 20型 25型 30型 35型 40型		短期休業保障特約	有	
② 発病・受傷日時	2020年 4月 1日		午前・午後	10時 00分頃	
傷病名	脳梗塞	届出官公署			
治療内容 治療経過	2020年4月1日脳梗塞と診断。意識障害と右半身麻痺により、そのまま入院・治療に入った。5月半ばからは機能回復訓練を開始し、2020年6月26日退院。現在は通院中であるが、就業は困難な状況で休業中。				
	発病日または受傷日	2020年 4月 1日 不詳			
治療期間	入院(通院)	2020年 4月 1日より	2020年 6月 26日	病院名 友愛大学附属病院	
	入院(通院)	2020年 6月 27日より	2020年 8月 15日	病院名 友愛大学附属病院	
	入院・通院	年 月 日より	年 月 日	病院名	
休業期間	2020年 4月 1日から 2020年 8月 15日まで 137 日間	名称	友愛大学附属病院		
		所在地	東京都千代田区九段北5-7-20		
		電話番号	03-3288-3708		
		診察券番号	E762145		
		担当科・医師名	脳神経外科・千代田一郎		

給付金書類について *1 必要書類は、組合に備えてあります。
*2 各書類は、コピーしてご使用ください。

(2)-a 就業障害状況報告書 A【在職中】

- ① 加入者本人が記入してください。
- ② 事業主に記入してもらってください。
- ③ 事業主の記名および捺印をもらってください。

記入例		就業障害状況報告書(GLTD用)		A	
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					
就業障害になられた方(被保険者)が記入ください。					
①	被保険者氏名	花子	生年月日	××年×月×日	性別 (男)・(女)
以下は初回ご提出時のみ記入ください。					
②	休業開始前の職務の内容	システムエンジニア	入社年月日	××××年×月×日	
休業開始日(有給休暇日を含めて)		2010年4月1日			
人事ご担当者が記入ください。					
就業障害状況(有給休暇期間を含む)※前回ご記入いただいた以降の分についてご記入ください。					
①	休業期間	2010年4月1日～2010年11月30日	公的給付の申請および受給権の有無	有	公的給付の種類
	休業期間①(有給休暇期間含む)	2010年4月1日～2010年5月30日	申請	有	① 傷病手当金
	上記のうち有給休暇期間	2010年4月1日～2010年5月30日	申請	有	② 労災
	【備考欄】	上記期間のうち、4月3日は引き継ぎのため、半日勤務。 (上記期間内でリハビリ出勤や引継ぎで途中出社された日などもご記入ください。)			
②	休業期間②(有給休暇期間含む)	年月日～年月日	申請	有	① 傷病手当金
	上記のうち有給休暇期間	年月日～年月日	申請	有	② 労災
	【備考欄】	上記期間内でリハビリ出勤や引継ぎで途中出社された日などもご記入ください。			
	記入日現在の復職状況	完全復職	完全復職日	2011年2月1日	○現在、就業制限がある場合 ○完全復職に至るまでに就業制限がある場合のみご記入ください。
③	以下は就業制限がある場合のみご記入ください。				
	就業制限等の指示についてご回答ください。	週) 5日 (1日) 7時間 分	2010年12月1日～2011年1月31日 (記入日現在継続中)		
	就業制限がある場合は具体的な内容	勤務時間 (週) 5日 (1日) 3時間 分	主診医の指示あり		
	内容	2010年12月1日～2011年1月31日までは半日勤務。			
以下は現在、復職されておらず、今後の復職予定がおわかりの場合のみご記入ください。					
復職予定日	年月日頃				
*1 完全復職とは、休業前と同様の就業状態で業務に復帰することを行い、残業を含め就業に制限がない状態をいいます。 *2 就業制限とは、傷病によって職務内容の変更または時間短縮勤務、残業時間制限等といった状態で業務に復帰することを行います。					
上記の内容に相違がないことを証明します。					
③	事業主住所	〒○○○-×××× 東京都 ○○区 ××× ○-○-○	記入日	2011年4月1日	
事業主名		株式会社 ○×○×	○ 株 ○ 会 × 社		
(ご担当者氏名 : ○○ 所属 : 人事部 TEL: ○○-××××-○×○×)					
＜個人情報利用目的＞ お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事業関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(*)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。(*詳しくは、弊社ホームページ(http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/)をご参照ください。)		代理店受領日	弊社受領日		
C04-10060(2)改定201608					

(2)-b 就業障害状況報告書 B【退職後】

- ① ご退職日の翌日以降、就業されていない期間をご記入ください。
- ② 就業制限等の指示についてご回答ください。
- ③ 現在、就業制限がある場合
 - ・完全復職に至るまでに就業制限がある場合のみご回答ください。

就業障害状況記入書(GLTD用)		B		ご返送	
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					
記入日	2016年8月3日				
氏名	安心 次郎	生年月日	××年×月×日生	性別	(男)・(女)
就業障害状況 ▶前回ご記入いただいた以降の分についてご記入ください。					
①	傷病名	脊髄損傷			
	現在までの状況	治療状況(入院・通院・病院名・医師からのアドバイス等)などをご記入ください。 ○×病院に2016年1月1日から2016年3月31日まで入院。その後××病院で治療を続けていますが、△△医師から「そろそろ短時間勤務を始めてはどうか」というアドバイスを受け、2016年5月1日付で○×株式会社に再就職をした。			
	公的給付※1について	申請の有無	有	公的給付の主な種類	①障害厚生年金・②障害補償年金・③障害補償一時金・④傷病手当金・⑤雇用保険(失業保険)・⑥その他()
	受給の有無	有	公的給付の主な種類	①障害厚生年金・②障害補償年金・③障害補償一時金・④傷病手当金・⑤雇用保険(失業保険)・⑥その他(休業補償給付)	
①	休業期間	2016年1月1日～2016年4月30日			
記入日現在の就業※2の有無		①有(就業制限※3有)・(就業制限無)・②無			
就業開始日		年月日			
以下は記入日現在就業している場合のみご記入ください。					
勤務先名	○×株式会社	業務内容	システム開発		
以下は就業制限がある場合のみご記入ください。					
②	期間	2016年5月1日～年月日 (記入日現在継続中)			
	勤務時間	主治医の (指示有) (1日) 3時間 分 (指示無)			
	内容	勤務内容や時間、主治医による就業に関するアドバイス等を具体的に記入ください。 ××病院で治療を続けながら、半日勤務をしている。 ××病院の△△医師によると、あと半年は治療する必要があるため、その期間は半日勤務を続けるよう言われている。			
以下は現在、就業されておらず、今後の就業予定がおわかりの場合のみご記入ください。					
就業開始予定日	年月日頃				
※1 公的給付とは、障害基礎年金・障害厚生年金・障害補償年金・障害補償一時金・休業補償給付・傷病手当金などのことをいいます。 ※2 就業とは、再就職やアルバイト、短期間のパートタイム労働などに従事していることをいいます。(以下同様) ※3 就業制限とは、傷病によって職務内容の変更または時間短縮勤務、残業時間制限等といった状態で業務に復帰することを行います。					
証明者欄 ▶原則被保険者以外の方がご証明ください。					
上記の内容に相違がないことを証明します。					
住所	〒○○○-×××△△	TEL	××-△△△△-××××		
氏名	東京 東京都 ○○区 ××× △-△-△		代理店受領日		
被保険者との関係	○×株式会社 上司		弊社受領日		
【個人情報利用目的】 お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事業関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(*)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。(*詳しくは、弊社ホームページ(http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/)をご参照ください。)					
C04-10061(2)改定201702					

(3)同意書

同意書は、加入者の傷病に関し医療機関から給付の判断上必要な追加情報を入手することの同意を得るためのものですから、ご協力お願いします。
 ※同意書は、医療共済と共用フォームとなります。

- ①書類にご記入された日付を書いてください。
- ②医療機関名をご記入ください。2か所ある場合は、2枚ご提出ください。
- ③太枠線内は、傷病者ご本人が署名・捺印してください。
- ④事情により関係者が記載する場合は、太枠線内は傷病者の記名のみとし、その他の欄に「レ」点を記入し、関係者の署名・捺印をしてください。

同意書

① 2000年 10月 20日

② 医療機関名： 友愛病院 御中



主治医様

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。

- 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。
- 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。

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

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	〒102-8273 東京都千代田区九段南4-8-16		
傷病者氏名 (署名)	共済太郎 		
生年月日	((昭和)・平成)〇〇年 7月 14日		
傷病者が署名できない場合	関係	<input type="checkbox"/> 親権者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (妻)	
	氏名 (署名)	共済花子 	

○ 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。

(4)給付金請求書

- ①共済加入者番号～傷病名までをご記入ください。
- ②本請求以外に請求する他の同種の契約（所得補償保険・共済、団体長期障害所得補償保険・共済）の有無について記入してください。有の場合で加入給付金月額と他の同種の契約の合計が平均月間所得を超える場合は、それぞれから按分して給付金が支払われます。
- ③請求書の欄は、本人が記名・捺印をしてください。組合員本人が死亡その他止むを得ない事情のある場合のみ、指定された家族が請求することができます。
- ④給付金の送金先は、請求者名義の口座としてください。

給与保障共済 給付金請求書

UAゼンセン福祉共済互助会 御中
 東京海上日動火災保険株式会社




〈個人情報の利用・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の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援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および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	2020年 12月 10日			
① 共済加入者番号	0012345670	組合・支部名	市ヶ谷労働組合東京支部	
加入者名	共済太郎	生年月日	47年 7月14日(50歳) (男)・(女)	
住所	〒102-8273 東京都千代田区九段南4-8-16		電話番号	03 - 3288 - 3533
加入タイプ	<input type="radio"/> 8型 <input type="radio"/> 10型 <input type="radio"/> 15型 <input type="radio"/> 20型 <input type="radio"/> 25型 <input type="radio"/> 30型 <input type="radio"/> 35型 <input type="radio"/> 40型 <input type="radio"/> 短期休業保障特約 <input checked="" type="radio"/> 有			
発病・受傷日時	年 月 日 (午前)・(午後) 時 分頃			
傷病名	脳梗塞			
② 本請求以外に請求する他の同種の契約	<input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> なし (ある場合)	団体・保険会社名	市ヶ谷損害保険株式会社	
		共済・保険名	所得補償保険	
		共済・保険金額	月額 150,000 円	
		加入・証券番号	1470-07-011	

*同種の契約とは、所得補償保険・共済、団体長期障害所得補償保険・共済。

給付金支払先 給与保障共済規定に基づく損害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。

③ 請求者	署名 共済太郎	請求印・同意印	
④ 振込口座	中央 	市谷 	金融機関番号 2936 店舗番号 017
	<input checked="" type="radio"/> 1.普通 <input type="radio"/> 2.当座 口座番号(右つめ) 1001111 名義人 共済太郎		フリガナ キョウサイ タロウ

口座への振込みをもって、支払いがなされたものと認めます。

Ⅲ.変更手続き・脱退の書類の記入例

1.加入者内容変更手続き(住所・加入者名・口座・組織の変更がある場合)

- 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济にもれなく○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、共济事務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。★¹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.組合から福祉共济会(B001000000)への変更。組合員でなくなった後も共济を継続する場合は、福祉共济会に変更する必要があります。新組織欄に「B001000000、福祉共济会」と記入のうえ、★²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) 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ゼンセン共济制度
加入者内容変更通知書・口座変更通知書

1枚目

UAゼンセン福祉共济互助会
UAゼンセン共济事務局 控 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●●0701^日

加入されている共济制度(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
	○	○	○	○	○	○	○	○

③ 加入者名 姓 共済太郎 性別 男 加入者番号(右づめ) 0012345670 生年月日 昭和 07 平成 07 14

※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。

④ 指定口座 中央銀行 市谷支店 金融機関番号 2963299 普通 口座番号(右づめでご記入ください) 1001111

口座変更項目の記入

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

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

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)

⑤ 氏名 漢字氏名 市谷太郎 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) 市 谷 太 郎

性別 男 女 生年月日 昭和 07 平成 07 年 月 日 続柄 本人 配偶者 家族他族

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 口座引落に変更

⑧ 新従業員コード 旧従業員コード

⑨ 所属コード 所属名 組合用欄 1234500000 市ヶ谷労働組合

★² 加入者確認印 組合承認印 通信欄

2.脱退の手続き

(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」(医療共済、給与保障共済、傷害・賠償共済と共用)を共済事業局に提出してください。翌月12日の引き落としが停止され、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。…①
- 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。…②
- 3) チェックオフ組合の場合は、○印をつけてください。…③
- 4) 組合員氏名(フリガナ)、生年月日、電話番号、現住所欄は必ず記入していただき、組合員印を押印してください。…④
- 5) 全部脱退される場合は、[6]に○印をつけてください。短期休業保障特約のみ脱退の場合は、[7]に○印をつけてください。…⑤

(2)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。

- 1) 掛金が3か月連続して口座から引落されなかった場合は、最初の引き落としされなかった月の前月末日をもって自動脱退となります。
なお、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月末をもって脱退となります。
- 2) 加入者は、3月1日現在満64歳に達した後最初に到来する2月末日をもって自動脱退となります。
- 3) 加入者が死亡した場合は、その死亡日の属する月の末日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 〇 月 〇 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										組合名					支部・分会名									
0012345670										市ヶ谷					東京									
② 必ずご記入ください										組合・支部コード					③ チェックオフ組合									
12345000000										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				
フリガナ キョウサイ タロウ										印					昭和(S) 平成(H)					03 - 3288 - 3533				
姓 共済 名 太郎										〇 〇 〇 7 〇 1														
現住所 千 1 〇 2 - 8 2 7 3 フリガナ										クダシマミナミ4-8-16														
千代田区										九段南4-8-16														

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。

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

給与保障共済(旧 長期休業保障共済)

⑤ 【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)

IV. 別表

精神障害による就業障害

精神障害による就業障害のうち、次の精神障害を原因とするものについては給付金を支払います。ただし、給付金の支払いは、通算して5年間(無給付期間を含む)を限度とします。

①	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の分類番号F00からF09に該当する精神障害
②	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の分類番号F20からF99に該当する精神障害

V.Q&A

1. 加入に関するQ&A

Q1 告知事項は正しく記入する必要がありますか？

- A1
正しく「告知」をしてください。
- 健康状態の告知内容によっては加入できなかったり、条件付き加入になることがあります。
 - 給付金の支払いに当っては、告知が正しくされていたかをチェックします。
※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。
加入が取り消される場合もあり得ます。

Q2 平均月間所得は正しく記入する必要がありますか？

- A2
正しく「告知」してください。また、加入タイプの金額は、「平均月間所得」以下としてください。
- 平均月間所得は、利子所得等を含まない勤労所得の金額で、年間所得金額を12か月で除した金額をいいます。サラリーマンの場合は、源泉徴収票の支払金額を12分割した額となります。
 - 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から得ている所得も含めることができます。

Q3 平均月間所得の条件がついているのは、何故ですか？

- A3
給与保障共済の給付は、働いている組合員が病気、ケガのために働くことができなくなった場合に、収入減少をサポートするものです。
このため、30型で月額30万円の給付を受けるためには、平均月間所得が30万円以上あるという裏付けが必要となります。
なお、給与保障共済の給付請求に当っては、裏付けとなる収入把握のため所得証明資料(過去の源泉徴収票本紙や現在の所得証明資料など)を提出いただく必要があります。詳細については給付金の請求方法をご参照ください。

Q4 退職しても継続加入できますか？

- A4
退職後の再就職先が決まっている場合は、継続加入できます(注: 自営・個人事業主を除く)。
- 退職後も未就労期間がなく就労し、所定の平均月収を得ている場合は継続加入できます。「加入者内容変更通知書・口座変更通知書」にて手続きを行ってください。
 - 再就職により平均月間所得が加入タイプを下回る場合や、職種級別に変更が生じる場合は、「給与保障共済加入申込書」にて変更手続きを行ってください。
 - 退職時に再就職先が決まっていな、もしくは仕事に就かない(自営・個人事業主を含む)期間のある方は、必ず脱退の手続きが必要です。
 - 制度としては65歳までの給付を目的としていますので、3月1日現在64歳に到達された後に到来する2月末日をもって、自動脱退となります。

Q5 掛金は保険料控除の対象となりますか？

- A5
給与保障共済は、保険料控除の対象となる保険契約・共済には該当しません。従って、保険料控除証明書は発行されません。

Q6 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？

- A6
企業の国際化がすすむ中で、給与保障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。
- 外国人の方の加入条件
 - 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。
 - 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。
 - 掛金引落し口座・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。

2. 給付に関するQ&A

Q1 免責期間・無給付期間中に退職しても給付されるのですか？

- A1
免責期間・無給付期間中に退職しても、無給付期間1年3か月が経過した時点で就業障害が継続していて、就業していない・または20%以上の給与減少があれば給付対象となります。

Q2 給付金の支払途中で退職したら、支払はストップするのですか？

- A2
いいえ。原則、退職後も給付事由が継続している状況であれば給付は続きます。
※最長65歳まで。精神障害は5年限度(無給付期間1年3か月含む)。

Q3 就業障害が発生して退職をした場合、掛金は支払い続けられないといけませんか？

A3
退職をされ次の職場が決まっていない場合は脱退していただきます。ただし、就業障害発生月までの掛金が入金されていれば、その病気・けがに関しての保障は継続されます。
※脱退した後に再発したり、新たに発生した病気やけがは保障の対象となりません。

Q4 給付金請求の手順を教えてください。

A4
基本的な流れは以下の通りです。
1.短期休業保障特約を付帯している場合。
→免責期間90日間経過後、「事故報告書」「就業障害状況報告書」「同意書」を提出。お支払対象の見込みがあるか確認後、ご連絡いたします。その後改めて「給付金請求書」「就業障害状況報告書」「診断書」「同意書」「給与明細書」「源泉徴収票」を提出いただきます。
2.短期休業保障特約を付帯していない場合。
→免責期間90日間経過後、「事故報告書」「就業障害状況報告書」「同意書」を提出。お支払対象の見込みがあるか確認後、ご連絡いたします。その後、無給付期間明けに改めて「給付金請求書」「就業障害状況報告書」「診断書」「同意書」「給与明細」「源泉徴収票」をご提出いただきます。
なお、無給付期間の途中で現在の状況を確認するために「就業障害状況報告書」をご提出いただく場合もございます。
★どちらの場合も1か月単位での請求となります。請求の際は請求月が過ぎてからの書類の取り付けをお願いいたします。

Q5 どのような期間に対して、給付金が支払われるのですか？

A5
給付対象となる就業障害が継続する期間に応じて、給付金は支払われます。
給付金を受け取るためには、お手数ですがその都度、給付金請求に必要な書類をご提出していただく必要があります。
給付金は、1か月単位で受け取ることができませんが、給付金請求の都度、「診断書」などの書類

が必要となる(作成費用はご加入者のご負担)ため、2~4か月ごとに請求される場合が多いです。

また、完全に休職されている場合は、所得喪失率が100%となりますが、一部復職され回復所得がある場合は、所得喪失率に基づき支払額が計算されます。

所得喪失率を計算するため、必要となる所得証明資料(給与支給明細書、源泉徴収票など)をご提出いただく必要があります。

※働ける状況にありながら休業されている場合は状況に応じて給付金が減額されることがあります。

Q6 給付金はどのように支払われますか？

A6
以下の例でご説明します。
加入者年齢：43歳
事故前の所得水準：月額30万円
加入タイプ：30型(月額30万円)
免責期間：90日
無給付期間：1年3か月。

1.駅の階段から転落し、脳挫傷となり、満65歳まで給付を受けた場合。

〈給付金の計算〉
2年目
月額30万円×6か月=180万円 (1)
3年目
以降月額30万円×12か月×20年
=7,200万円 (2)

**支払われる給付金合計
(1)+(2)=7,380万円**

2.うつ病となり、その治療のため休業し3年目に復帰したが、1年経過後に再発し3年間の治療で完治した場合(再発した時点で加入が継続していることが条件)。

〈給付金の計算〉
2年目
月額30万円×6か月=180万円 (1)
4年目
月額30万円×9か月=270万円 (2)(注)
5~6年目
月額30万円×12か月×2年
=720万円 (3)

**支払われる給付金合計
(1)+(2)+(3)=1,170万円**

(注)本制度では免責期間90日経過後に無給付期間1年3か月を設けていますが、これは健康保険傷病手当金の給付との重複を避けて、合理的な保障内容で割安な掛金を実現するための制度設計によるものです。従って、同一疾病の再発で、健康保険傷病手当

金の給付がない場合(傷病手当金は1年6か月で給付終了)は、無給付期間は設定されず、免責期間の90日経過後に、給付が開始されます。

Q7 「所得喪失率」の計算方法を教えてください。

A7
「所得喪失率」とは、以下の計算式より算出します。

$$1 - \frac{\text{免責期間終了日の翌日から起算した各月における回復所得額}^{(注)}}{\text{免責期間が開始する直前の上記期間に対応する各月における所得額}}$$

(注)免責期間開始以降に業務に復帰して得られる所得の額をいいます。

「免責期間が開始する直前の上記期間に対応する各月における所得額」については、具体的には、「給与支給明細書」「源泉徴収票」などをご提出いただくことにより把握させていただきます。

「免責期間終了日の翌日から起算した各月における回復所得額」については、各月の「給与支給明細書」をご提出いただくことにより把握させていただきます。

Q8 「所得」の範囲を教えてください。

A8
「所得」とは、業務を遂行することにより得られる給与所得をいいます。
利子所得など就業障害の発生にかかわらず得られる収入は除かれます。

Q9 転職によって所得が減少した場合は、どうなりますか？

A9
転職による所得減少については、少なくとも身体障害が継続していることが、給付継続の要件となります。
例えば、趣味・嗜好による選択の結果生じる所得減少は対象となりません。身体障害により余儀なくされた転職のみが、給付金の支払対象となります。

Q10 他の同種の保険・共済に加入している場合の給付は、どうなりますか？

A10
給付金を支払うべき就業障害の期間が重複し、かつ、それぞれの支払責任額の合計額が平均月間所得額に所得喪失率を乗じた額を超える場合に、他の保険契約または共済契約から保険金が支払われた場合には、給付金が差し引かれます。

他の同種の保険・共済とは、収入保障を目的とする保険・共済で、具体的には「所得補償保険・共済」、「団体長期障害所得補償保険・共済」が該当します。「入院保険・共済」、「医療保険・共済」、「傷害保険・共済」は、給付額に影響はありません。ただし医療共済の休業保障特約給付と給与保障共済の給付が重なって支払われる場合は、就業不能前直近1年間の平均月間所得が給付の限度となります。

Q11 加入タイプ(加入給付金月額)が平均月間所得より多い場合は、どうなりますか？

A11
加入タイプ(加入給付金月額)が平均月間所得を超える場合には、実際の所得をベースとする、「平均月間所得×所得喪失率」により算出された金額が支払われます。

従って、加入タイプが平均月間所得(実際の所得)より過大とならないようご注意ください。

「平均月間所得」とは、利子所得・年金等を含まない「所得」の年額を12か月で除した金額となります。平均月間所得については、給付金のお支払時に、源泉徴収票、給与支給明細書などにより確認させていただくことになります。

Q12 給付の対象となる「就業障害」とは、どういう状態を指すのですか？

A12
身体障害(事故によるケガまたは病気)を被り、その直接の結果として次の状態(就業障害)になった場合を指します。

- 1.免責期間中
身体障害を被り下記(1)~(3)のいずれかにより、経験、能力に応じたいかなる業務にも全く従事できない状態をいいます。
(1)身体障害のため入院していること
(2)身体障害につき医師の治療を受けていること

(3)身体障害による後遺障害が残っていること

2.免責期間終了後

身体障害を被り、上記(1)～(3)のいずれにかにより、身体障害発生直前に従事していた業務に全く従事できないか、身体障害により就業に支障が生じており、従前に比して所得喪失率が20%超である状態をいいます。

Q13 免責期間中は、「加入者の経験、能力に応じたいかなる業務にも従事できない状態」がずっと続く必要があるのですか？

A13

中断することなく90日間ずっと続くことが必要となります。

本制度の目的は、長期間の就業障害による収入減少をサポートするだけでなく、早期職場復帰の支援も重要です。治療が必要な状況での無理な就業で、治療が長期化することは好ましいことではありませんし、免責期間中における連続した就業障害にも該当しなければ、支払いも受けられません。

免責期間中に一部復職した場合、7日以内の一部復職の場合は事由を問わず就業障害の日数が継続すると取扱います。

Q14 病気の再発で健康保険の傷病手当金の給付がない場合は、無給付期間は適用されない(Q6参照)ということですが、傷病手当金の給付を受けているか否かはどのようにして確認するのですか？

A14

「就業障害状況報告書」他の書類をご提出いただくことにより、傷病手当金の給付の有無を把握させていただきます。

Q15 医療共済にも加入していて休業保障特約部分を請求しますが、医療共済用の診断書を一緒に使えますか？

A15

いいえ。原則、給与保障共済専用の診断書をご使用ください。

※医療共済の休業保障特約とはお支払対象となる事由が異なります。

医療共済の診断書では給与保障共済の給付

対象になるか判断するために必要な欄がないのでお使いいただけません。

Q16 一旦就業不能が終了した後、その就業不能の原因となった身体障害と同一の身体障害によって再び就業不能になった場合は給付金を受け取ることができますか？

A16

受け取ることができます。

なお、就業不能が終了した日からその日を含めて180日を経過した日の翌日以降に再び就業不能になった場合は、後の就業不能は前の就業不能とは異なった就業不能として取り扱います。この場合において、後の就業不能について保険金を支払うべきときは、新たに免責期間およびん補期間の規定を適用します。

VI.給付内容一覧

ご注意:掛金は、掛け捨てです。

●短期休業保障特約あり

※短期休業保障特約のみの加入はできません。

加入タイプ	8型	10型	15型	20型
給付金月額	8万円	10万円	15万円	20万円
給付金月額 (短期休業保障特約)	3万円	4万円	5万円	6万円
掛金月額	1,000円	1,300円	1,900円	2,500円
加入タイプ	25型	30型		
給付金月額	25万円	30万円		
給付金月額 (短期休業保障特約)	8万円	10万円		
掛金月額	3,100円	3,700円		

●短期休業保障特約なし

加入タイプ	8型	10型	15型	20型
給付金月額	8万円	10万円	15万円	20万円
掛金月額	800円	1,000円	1,500円	2,000円
加入タイプ	25型	30型		
給付金月額	25万円	30万円		
掛金月額	2,500円	3,000円		

付帯サービス「メンタルヘルスサポート」

「気分が優れない」「やる気がしない」といったメンタルヘルスに関することから、職場や人間関係に関するお悩みまで、心理相談員等にお電話で幅広くご相談いただけます。*1

●内容*2
メンタルヘルス電話相談

●受付時間
平日・土曜 午前9時～午後9時

●お問い合わせ先

 **0120-783-503**

(携帯電話・自動車電話・PHS・衛星電話からもご利用いただけます。)

*1 ご相談の対象は、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で、加入者(保障の対象となる方をいい、法人は除きます。)または加入者(保障の対象となる方)の配偶者・親族の方からの直接の相談に限ります。

*2 本サービスは医療行為を行うものではありません。また、ご案内した医療機関で受診された場合の費用は加入者の負担となります。

付 録

1.給付金請求書類

- (1) 給与保障共済 事故報告書
- (2) 就業障害状況報告書 (GLTD用)
- (3) 就業障害状況記入書 (GLTD用)
- (4) 給与保障共済 給付金請求書
- (5) 診断書
(団体長期障害所得補償保険用・債務返済支援保険用)
- (6) 同意書

2.脱退届

- (1) 脱退届
(医療/給与保障/傷害・賠償 共済 共通)

<給付金請求時に必要な書類>

給付金を請求する際には、こちらの請求書類を切り取ってお使いください。あらかじめコピーを取っておけば、次回請求をする際にもご使用いただけます。

<初回給付金請求時の流れ>

1. 所属組合(福祉共済会会員の方は福祉共済会)に事故状況について連絡をください。
2. 事故報告書を作成し、所属組合(福祉共済会会員の方は福祉共済会)までFAXまたは郵送ください。(事故報告書以外に必要な書類がある場合はUAゼンセン共済事業局から所属組合(福祉共済会会員の方は福祉共済会)に連絡します。)
3. 請求に必要な書類を取り揃え、所属組合(福祉共済会会員の方は福祉共済会)まで送付ください。
4. 所属組合(福祉共済会会員の方は福祉共済会)経由でUAゼンセン共済事業局に届いた請求書類を確認したうえで元受けの保険会社である東京海上日動社に送付します。
5. 東京海上日動社より一旦UAゼンセン共済事業局に給付金が振込まれます。UAゼンセン共済事業局にて着金を確認後に加入者宛に振込みすると共に支払通知書を郵送します。

※給与保障共済の給付金請求は複数回かつ長期に亘ることがほとんどです。2回目以降の給付金請求は、上記3.からの流れの繰り返しとなります。

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

御中

〈個人情報の利用・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の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援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および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。

		報告日		年 月 日	
共済加入者番号		組合・支部名		組合・支部コード	
加入者名		生年月日	年 月 日(歳)	男・女	
住 所		電話番号	-	-	
加入タイプ	8型 10型 15型 20型 25型 30型 35型 40型			短期休業保障特約	有
発病・受傷日時	年 月 日		午前 午後	時	分頃
傷病名			届出官公署		
治療内容 治療経過					
	発病日または受傷日	年 月 日 ・ 不詳			
治療期間	入院・通院	年 月 日より 年 月 日:病院名			
	入院・通院	年 月 日より 年 月 日:病院名			
	入院・通院	年 月 日より 年 月 日:病院名			
休業期間	年 月 日から		医療機関	名 称	
	年 月 日まで			所 在 地	
	日間			電話番号	
				診察券番号	
				担当科・医師名	

給付金書類について

- *1 必要書類は、組合に備えてあります。
- *2 各書類は、コピーしてご使用ください。

縦に折る

就業障害状況報告書(GLTD用)

A

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

就業障害になられた方(被保険者)がご記入ください。

フリガナ	生年月日 性別
被保険者氏名	年 月 日 (男・女)
以下は初回ご提出時のみご記入ください。	
休業開始前の職務の内容	入社年月日
休業開始日 (有給休暇日を含めて)	年 月 日

人事ご担当者がご記入ください。

就業障害状況(有給休暇期間を含む)※前回ご記入いただいた以降の分についてご記入ください。

休業期間	公的給付の申請および受給権の有無	公的給付の種類
休業期間① (有給休暇期間含む)	受給権 (有) (無)	① 傷病手当金
上記のうち 有給休暇期間	申請 (有) (無)	② 労災
【備考欄】 (上記期間内でリハビリ出勤や引継ぎで途中出社された日などもご記入ください。)	「無」の場合 その理由	③ その他: 年金など
休業期間② (有給休暇期間含む)	受給権 (有) (無)	① 傷病手当金
上記のうち 有給休暇期間	申請 (有) (無)	② 労災
【備考欄】 (上記期間内でリハビリ出勤や引継ぎで途中出社された日などもご記入ください。)	「無」の場合 その理由	③ その他: 年金など

記入日現在の復職状況	① 完全復職 ^{*1} · ② 復職していない · ③ 就業制限 ^{*2} · ④ 退職済
完全復職日	年 月 日
退職日	年 月 日

以下は就業制限がある場合のみご記入ください。

就業障害前の所定の勤務時間	(週) 日 (1日) 時間 分
就業制限がある場合は具体的な内容	期間
	勤務時間
内容	勤務内容や時間等を具体的にご記入ください。

以下は現在、復職されておらず、今後の復職予定がおわかりの場合のみご記入ください。

復職予定日	年 月 日頃
-------	--------

*1 完全復職とは、休業前と同様の就業状態で業務に復帰することをいい、残業を含め就業に制限がない状態をいいます。

*2 就業制限とは、傷病によって職務内容の変更または時間短縮勤務、残業時間制限等といった状態で業務に復帰することをいいます。

上記の内容に相違がないことを証明します。

事業主住所 〒	記入日	年 月 日
事業主名	印	
(ご担当者氏名 : 所属: TEL: - -)		

<個人情報の利用目的> お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(*)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
(*)詳しくは、弊社ホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

代理店受領日	弊社受領日
--------	-------

就業障害状況記入書(GLTD用)

B

ご返送



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

記入日	年 月 日
氏名	昭和(平成) 年 月 日生()歳 性別 男(女)

就業障害状況 ▶ 前回ご記入いただいた以降の分についてご記入ください。

① 休業について	傷病名		治療状況(入院・通院・病院名・医師からのアドバイス等)などをご記入ください。	
	現在までの状況			
	申請の有無	有(無)	公的給付の主な種類	①障害厚生年金・②障害補償年金・③障害補償一時金・④傷病手当金・⑤雇用保険(失業保険)・⑥その他()
	受給の有無	有(無)	公的給付の主な種類	①障害厚生年金・②障害補償年金・③障害補償一時金・④傷病手当金・⑤雇用保険(失業保険)・⑥その他()
休業期間		年 月 日～ 年 月 日		
記入日現在の就業※2の有無		①有(就業制限※3有)・(就業制限無)・②無		
就業開始日		年 月 日		
以下は記入日現在就業している場合のみご記入ください。				
② 就業状況について	勤務先名	業務内容		
	以下は就業制限がある場合のみご記入ください。			
	就業制限等	期間	年 月 日～ 年 月 日・(記入日現在継続中)	
		主治医の	(指示有)・(指示無)	
勤務時間(週)	日 (1日) 時間 分			
内容	勤務内容や時間、主治医による就業に関するアドバイス等を具体的に記入ください。			
以下は現在、就業されておらず、今後の就業予定がおわかりの場合のみご記入ください。				
就業開始予定日		年 月 日頃		

※1 公的給付とは、障害基礎年金・障害厚生年金・障害補償年金・障害補償一時金・休業補償給付・傷病手当金などのことをいいます。
 ※2 就業とは、再就職やアルバイト、短期間のパートタイム労働などに従事していることをいいます。(以下同様)
 ※3 就業制限とは、傷病によって職務内容の変更または時間短縮勤務、残業時間制限等といった状態で業務に復帰することをいいます。

証明者欄 ▶ 原則被保険者以外の方がご証明ください。

上記の内容に相違がないことを証明します。	
住所 〒 - TEL - -	
氏名	印
被保険者との関係	

代理店受領日	弊社受領日

【個人情報の利用目的】
 お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます。)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
 (※)詳しくは、弊社ホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

線
シ
キ
ハ
シ
リ

給付金請求書

UAゼンセン福祉共済互助会 御中
東京海上日動火災保険株式会社

〈個人情報の利用・取扱いの同意〉
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の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援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および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		年 月 日	
共済加入者番号	組合・支部名	組合・支部コード	
加入者名	生年月日	年 月 日(歳)	<input type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
住所	電話番号	-	-
加入タイプ	<input type="radio"/> 8型 <input type="radio"/> 10型 <input type="radio"/> 15型 <input type="radio"/> 20型 <input type="radio"/> 25型 <input type="radio"/> 30型 <input type="radio"/> 35型 <input type="radio"/> 40型	短期休業保障特約	<input type="radio"/> 有
発病・受傷日時	年 月 日	<input type="radio"/> 午前・ <input type="radio"/> 午後	時 分頃
傷病名			
本請求以外に 請求する 他の同種の契約	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> なし (ある場合)	団体・保険会社名	
		共済・保険名	
		共済・保険金額	円
		加入・証券番号	

*同種の契約とは、所得補償保険・共済、団体長期障害所得補償保険・共済。

給付金支払先 給与保障共済規定に基づく損害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。

請求者	署名	請求印・同意印	<input type="checkbox"/> 印
振込口座	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協	本店 支店 出張所	金融機関 番号
	<input type="radio"/> 1.普通 <input type="radio"/> 2.当座	口座番号 (右づめ)	店舗 番号
	フリガナ	名義人	

口座への振込みをもって、支払いがなされたものと認めます。



診断書(団体長期障害所得補償保険用・債務返済支援保険用) **ご返送**

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		カルテ No.	年 月 日生	
		(男・女)		
2. 傷病名	ア. 傷病名	ICD-10 () ICD-O-3 ()	症状出現または検査指摘時期 年 月 日(頃) (医師推定) (患者申告)	
	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	ICD-10 () 上記ア.との関連性: (無)・(有)	年 月 日(頃) (医師推定) (患者申告)	
診断確定日: 年 月 日 病名告知: (本人)・(家族)に 年 月 日頃 ()と告げた。				
3. 新生物の場合				
診断確定日		年 月 日	今回の悪性新生物の該当区分に○をしてください→ (原発) (再発) (転移)	
現在の状況		(治療中) (経過観察中(寛解状態)) (治癒)	今回の新生物は上皮内新生物ですか→ (はい) (いいえ)	
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		年 月 日		T() N() M()
細胞学的検査		年 月 日		病期分類 其他分類
()検査		年 月 日		
4. 初診から現在までの主要症状ならびに治療内容				
以前ご記入いただいている場合には、前回ご記入日以降についてご記入ください。また、制限勤務など具体的な指示がございましたら、その内容もご記入ください。				
①発病からこれまでの経過				
②現在の症状・治療内容				
③今後の治療内容				
年 月 日現在 (治癒) (継続) (中止) (転医)				
5. 通院・入院・手術について				
初診日		年 月 日		
通院期間		年 月 日～ 年 月 日 実通院治療日は裏面にご記入ください。		
通院頻度		(定期的) (回/月)・(不定期)		
通院が不定期の場合の理由 (自己都合)・(病状が悪く受診不能) (その他)				
中断期間		(無)・(有) (年 月 日～ 年 月 日)		
入院期間		① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日		
手術日		① 年 月 日 ② 年 月 日		
手術名		① (K・J) -) ② (K・J) -)		
先進医療				
(無)・(有)		実施日 年 月 日		
技術名				
技術料		円		
6. 当該傷病の治療歴 (前医・紹介医等)				
(無)・(有) (病院名:) 治療時期 (年 月 日～ 年 月 日)				
既往症				
(無)・(有) (傷病名:) 年 月頃 (病院名:)				
7. 就業障害について (定義ご参照のうえご記入ください)				
【就業障害の定義】 (※) 心身の障害を含みます。				
①いかなる業務にも全く従事できないとは: 業務経験や従前の業務とは関係なく身体障害(※)で、あらゆる職種の業務(仕事)について短時間でも従事できない状態。				
②休業前の業務への就業が全く不可能とは: 身体障害(※)発生(休業)直前に従事していた業務(仕事)に全く従事することができない状態。				
①医学的にいかなる業務にも全く従事できないと判断された期間				
(無)・(有) (年 月 日～ 年 月 日・記入日現在継続中) 判断理由 ()				
②医学的に休業前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・記入日現在継続中) 判断理由 ()				
③医学的に休業前の就業に対して、一部制限が必要な期間				
(無)・(有) (有の場合は、下記(1)～(3)のいずれかに内容および期間をご記入ください。)				
(1) 所定就業時間内に、労働時間・作業内容・就業場所に関して、通常業務から制限、変更、負担軽減等を要する。 年 月 日～ 年 月 日				
(2) 所定就業時間外に、労働時間・作業内容・就業場所に関して、通常勤務から制限、変更、負担軽減等を要する。 年 月 日～ 年 月 日				
(3) 上記以外 (下記に具体的にご記入ください) 年 月 日～ 年 月 日 ()				

裏面にもご記入をお願いいたします。

線
カ
シ
キ
リ
線

同意書

年 月 日

8. 復職について	
年 月 日頃	復職済み・見込み
9. 請求意思能力の有無	無・有
10. 障害年金について	
①障害年金申請用診断書記載の有無	無・有 (診断書記載日 年 月 日)
②障害年金該当病状の有無 (現状)	無・有

実通院治療日 (○印をつけてください。)

年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			

※お願い① 訂正箇所には証明印と同一印にてご捺印をお願いします。
 ※お願い② 記入欄が足りない場合は、お手数ですが別紙を添付してご記入ください。

上記のとおり診断いたします。

所在地 〒 _____ TEL _____

医療機関名 _____

診療科名 _____

医師名 _____ (印)

代理店受領日	弊社受領日

医療機関名： _____ 御中

主治医様

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。

- 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。

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

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)	(印)	
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)	(印)

○ 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。

縦二折

※ 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 現住所

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 members: 氏名, 生年月日, 氏名, 生年月日. Includes checkboxes for 本人 and 家族.

【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 agreement with columns for 本人 and 家族, including 氏名 and 生年月日.

【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。

Table for cancer surcharge special agreement with columns for 本人 and 家族, including 氏名 and 生年月日.

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 20 年 月 日, 脱退日 20 年 月 末日.

(2024年9月版)

コピーしてお使いください。

