

生命共済 —しっかり安心、ずーっと安心—

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。



 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+(サークルズプラス)市ヶ谷駅前 2階

TEL 03-3288-3533 FAX 03-3288-3708

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

(II)加入の手続き・変更の手続きについて

1. 加入手続きと受付窓口

(1)加入申込書の記入

加入申込書はUAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済 coop と契約を締結するもの、また、質問事項(告知事項)は健康状態を告知いただくものとして重要です。契約者自身をご記入いただき、内容を充分にお確かめのうえ、署名してください。
※契約者本人以外が加入者となる場合には、加入者になられる方の同意を得てください。

(2)加入申込の受付

①「加入申込書(共通項目)兼口座振替依頼書・生命共済加入申込書(以下、「加入申込書」という)」は、原則毎月20日(土・日・祝日の場合は前業務日)、所属組合経由でUAゼンセン共済事業局(以下、共済事業局)必着となります。なお、申込受付と加入日(保障開始日)および掛金引落日との関係は、以下のとおりです。

口座引落日加入者	申込受付	毎月原則20日まで ※20日が土・日・祝日の場合は前業務日
	加入日(保障開始日)	申込月の翌々月の1日午前0時から
	初回口座引落日	加入日(保障開始日)当月の12日 ※12日が休業日の場合は翌営業日
チェックオフ組合加入者	上記を原則としますが、事務の関係から毎月加入ではなく加入日を特定している組合(例えば、春の募集は一律9月1日加入とする等)の場合は、申込書の受付と加入日(保障開始日)はリンクしません。	

②加入の証として、組合員向けに「加入者証」を発行し、共済事業局から組合へお送りします。

(3)組合員本人の新規加入の手続き

<組合員本人の新規加入で、他の共済に未加入の場合(住宅あんしん共済を除く)>

- ①「加入申込書」に必要事項を記入してください。
- ②申込区分欄の既加入なしにチェックしてください。
- ③新たに引落日口座を設定していただくために、「預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(以下、「預金口座振替依頼書」という)」も必ず記入(チェックオフ組合を除く)してください。UAゼンセン共済の各共済の掛金は全て同一の口座から引落しされます。
- ④共済加入者番号欄は、既に加入者番号のある方(他の共済既加入者)以外は記入不要です。
- ⑤その他、「加入申込書」記入に当たっての留意点は、加入申込書の記入例を参照してください。

<組合員本人の新規加入で、他の共済にも加入がある場合(住宅あんしん共済を除く)>

- ①「加入申込書」に必要事項を記入してください。
 - ②共済加入者番号欄には、必ず番号を記入してください(UAゼンセン共済加入者は、10桁の共通の加入者番号が与えられています)。
 - ③申込区分欄の既加入ありにチェックしてください。
 - ④既に引落日口座が設定済みなので、「預金口座振替依頼書」は記入不要です。
 - ⑤その他、「加入申込書」記入に当たっての留意点は、加入申込書の記入例を参照してください。
- (4)加入後の家族の追加加入の手続き
- ①「加入申込書」に必要事項を記入してください。
 - ②共済加入者番号欄には、必ず番号を記入してください(UAゼンセン共済加入者は、10桁の共通の加入者番号が与えられています)。
 - ③申込区分欄の既加入ありにチェックしてください。
 - ④申込者は組合員本人(自署)となります。
 - ⑤既に引落日口座が設定済みなので、「預金口座振替依頼書」は記入不要です。
 - ⑥加入欄の家族追加に○印をつけてください。
 - ⑦追加加入者についてのみ必要事項を記入してください。継続加入者については記入不要です。
 - ⑧その他、「加入申込書」記入に当たっての留意点は、加入申込書の記入例を参照してください。
- (5)加入後の加入コース(共済金額)変更の手続き(3月1日更新時のみ)
- ①手続きは、年1回更新時(3月1日加入分)のみ可能です。「加入申込書」を、11月21日～原則1月20日(1月20日が土・日・祝日の場合は前業務日)の期間に所属組合経由で共済事業局へ届くように提出してください。
 - ②「加入申込書」には変更を行う加入者についてのみ必要事項を記入してください。変更を行わない加入者については記入しないでください。増額の場合は、「告知事項」の回答が必要となります。なお、減額の場合は、「告知事項」の回答は必要ありません。
 - ③その他、「加入申込書」記入に当たっての留意点は、「加入申込書」掲載の記入例を参照してください。

(6)加入後の加入タイプ(緩和型から標準型)変更の手続き(3月1日更新時のみ)

- ①加入タイプ「緩和型」の加入者は、健康状態が改善され「標準型」に加入できる場合には、「緩和型」を脱退し「標準型」に加入し直す(年1回3月1日更新時)に「緩和型」を脱退し、同時に「標準型」に加入することができます。標準型の「加入申込書」と変更する緩和型の「脱退届」をあわせて、11月21日～原則1月20日(1月20日が土・日・祝日の場合は前業務日)の期間に所属組合経由で共済事業局へ届くように提出してください。
- ②標準型の「加入申込書」には、上段右側に記載されている変更欄の「加入タイプ」に必ず○印をつけ、変更を行う加入者についてのみ必要事項を記入してください。変更を行わない加入者については記入しないでください。「告知事項」の回答は必要となります。緩和型の「脱退届」には、

変更を行う加入者のみが脱退となるよう必要事項を記入してください。「脱退届」下段右側に記載されている「緩和型」から「標準型」への変更の欄に必ず○印をつけてください。

- ③その他、「加入申込書」と「脱退届」記入に当たっての留意点は、「加入申込書」掲載の記入例、本書掲載の「脱退届」記入例を参照してください。

(7)加入内容の変更手続き

口座変更、住所変更、改姓、加入組織変更等が生じた場合は、「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」に必要事項を記入のうえ、所属組合経由で共済事業局に提出してください。

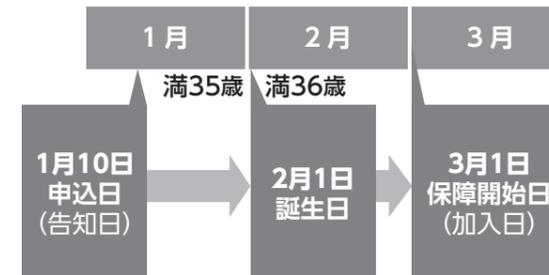
2. 掛金

(1)掛金の適用

- ①加入日(保障開始日)・変更日時点での年齢によって、標準型の組合員・配偶者は満35歳以下・満36歳以上満64歳以下・満65歳以上の方、緩和型は満39歳以下・満40歳以上満49歳以下・満50歳以上満59歳以下・満60歳以上の方で適用される掛金が異なります。

例 A-30へ加入する場合(2月1日で満36歳となる方)

申込日(告知日)時点では満35歳ですが、加入日(保障開始日)時点では満36歳となるため、A-30に加入いただく場合、「満36歳以上満64歳以下」の掛金が適用され、月額掛金は「4,800円」となります。



- ②ご加入後は、更新日(毎年3月1日)時点での年齢によって、標準型の組合員・配偶者は満35歳以下・満36歳以上満64歳以下・満65歳以上の方、緩和型は満39歳以下・満40歳以上満49歳以下・満50歳以上満59歳以下・満60歳以上の方で適用される掛金が異なり変更となります。

(2)掛金の引落日

- ①掛金は組合員本人と家族の分を合計して、組合員本人の指定預金口座(介護、医療、給与保障・傷害・賠償、年金・積立共済)ご加入の場合は同じ口座)から自動的に引落しされます(所属組合によってはチェックオフ(給与天引)となりますので、所属組合に確認してください)。
- ②口座引落日ができなかった場合は、翌月に当月分と翌月分の掛金を併徴します。この場合、加入者宛「掛金引落日不能・脱退等のご案内」が送付されますので、口座残高を確認してください。
- ③3ヵ月連続して引落日できなかった場合は、自動脱退(I-(II)-4-(2)を参照)となり復活はできません。再加入の手続きをした場合は、再加入日(再保障

開始日)から新規扱いとなります。

3. 共済期間・更新

1年更新(更新日は毎年3月1日・共済期間は1年)の共済制度です。特にお申し出がない限り、所定の条件のもと年齢満了まで自動更新(告知不要)されます。

- (1)標準型の満65歳(3月1日更新日時点)の更新
掛金が変わるとともに、更新可能な共済金額の上限は1,000万円となります。事前の更新案内が組合員宛に直送されます。
- (2)更新時(更新日は毎年3月1日)には組合員向けに新たに「加入内容確認証(兼加入者証)」を発行し、共済事業局から組合へお送りします。
- (3)年齢満了
I-(II)-4-(2)を参照してください。

4. 脱退の手続き

(1)中途脱退

制度の脱退は、「生命共済脱退届(以下、「脱退届」)」に必要事項を記入・捺印のうえ、当月原則20日(土・日・祝日の場合は前業務日)までに、所属組合経由で共済事業局に提出してください。当月末日をもって脱退となります。

- ①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 組合員本人を含む加入者全員の全部脱退欄」「脱退事由欄の該当する事由」に○印をつけてください(組合員が脱退すると、家族も脱退となります)。また、I-(II)-6-(1)を参照していただき、「生活協同組合・出資金返戻請求書(以下、「出資金返戻請求書」という)」もあわせて提出してください。
- ②一部脱退(組合員を除く家族または子ども契約の加入者の脱退など)の場合は、該当する一部脱退「2 組合員本人の緩和型もしくは標準型の一部脱退欄」「3 配偶者・子どもの一部脱退欄」のいずれかに○印をつけ、「2 組合員本人の緩和型もしくは標準型の一部脱退」の場合は「脱退内容欄の該当する内容」「脱退事由欄の該当する事由」に○印をつけ、「3 配偶者・子どもの一部脱退」の場合は脱退者の氏名・続柄・脱退内容・脱退事由を記入および○印をしてください。

(2)自動脱退(年齢満了・加入者が死亡または重度障がいになったときを含む)

以下の場合は自動脱退となりますので、「脱退届」の提出の必要はありません。ただし、組合員の契約が消滅する場合は、I-(II)-6-(1)を参照していただき、「出資金返戻請求書」を提出してください。

- ①掛金が3ヵ月連続して口座から引落日されなかったとき
最初の引落日されなかった月の前月末日をもって失効となり自動脱退となります。
- ②年齢満了となったとき
加入者が組合員および配偶者の場合は、3月1日更新日時点で満70歳に達した後の最初に到来する2月末日をもって年齢満了となり自動脱退となります。自動脱退となる前年11月下旬頃に「年齢満了のお知らせ」が組合員宛にこくみん共済 coop より直送されます。その際に、標準型の

場合は生命移行共済へ移行し保障を継続することも可能で、その案内として「年齢満了に伴う移行手続きのご案内」が同封されます。生命移行共済への移行手続きは、加入者とこくみん共済 coop 間にて直接行います(申込締切日は12月中旬頃)。緩和型は生命移行共済への移行はできません。

加入者が子どもの場合は、3月1日更新日時点で満23歳に達した後の最初に到来する2月末日をもって年齢満了となり自動脱退となります。自動脱退となる前年11月下旬に「年齢満了のお知らせ」が組合員宛にこくみん共済 coop より直送されます。その際に、年齢満了後に加入できるこくみん共済 coop の共済のご案内が同封されます。こくみん共済 coop の共済に継続加入する手続きは、加入者とこくみん共済 coop 間にて直接手続きを行います(申込締切日は12月中旬頃)。

- ③加入者が死亡または重度障がいになったとき
死亡または重度障がいになったときは支払事由発生日にて自動脱退となります。契約者(組合員)である加入者が死亡または重度障がいになり支払事由が発生した際に、配偶者・子どもの契約のある場合は、契約者(組合員)の契約は自動脱退となりますが、配偶者・子どもの契約については同時に自動脱退とならず、掛金が引落され続ければ支払事由発生日以降、最初に到来する2月末日にて自動脱退の取り扱いとなります。契約者(組合員)の契約の自動脱退と同時に配偶者・子どもの契約も脱退を希望される場合は、契約者(組合員)の共済金請求時に「脱退届」もあわせて提出してください。配偶者・子どもの契約を継続希望される場合は、次項(3)を参照してください。
- (3)契約者が死亡または重度障がいになった後の配偶者・子ども契約の継続契約者(組合員)の共済金請求時に「脱退届」も提出し、配偶者・子どもの契約も脱退手続きをし、同時に配偶者がUAゼンセン福祉共済会の会員になり契約者(あらためて「加入申込書」の提出が必要)となることで継続して加入することができます。契約者(組合員)の共済金請求時に所属組合にお申し出ください。

5. 割り戻し金割当通知書・共済掛金払込証明書のご案内

- (1)毎年10月下旬に加入者宛に直送されます。なお、10月直送後の11月1日付加入者には11月中旬頃、12月1日付加入者には12月中旬頃に「共済掛金払込証明書」のみ組合員宛に直送されます。
- (2)生命共済掛金のこくみん共済 coop 引き分けが一般生命保険料控除の対象となります。生命保険料控除の対象となる契約は、納税する方が掛金を支払い、共済金受取人が自己または配偶者(内縁関係者にある方は対象外)、子どもである契約です。1月から12月までの間に掛金をお支払いいただいた契約について「生命保険料控除対象共済掛金証明書」を発行します。
※「生命保険料控除対象共済掛金証明書」は、年末調

整時等に必要となりますので、紛失しないよう注意してください。再発行につきましては、共済事業局へ連絡してください。

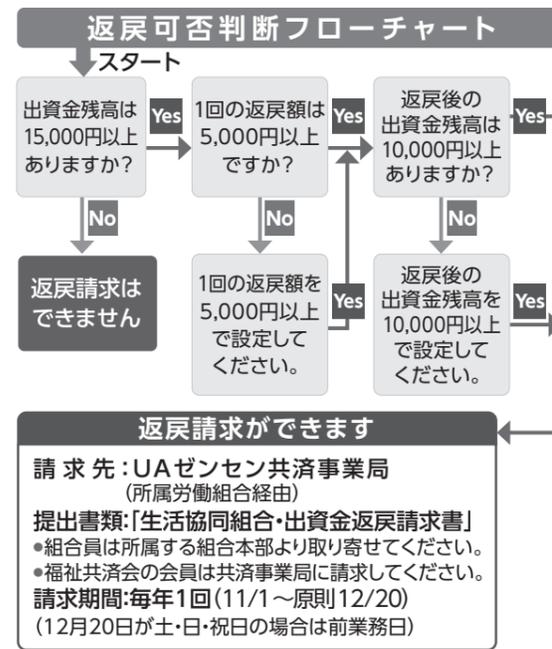
- (3)割り戻し金
毎年の決算で剰余が発生した場合、組合員に割り戻し金としてお戻ししています。割り戻し金は全額、こくみん共済 coop への出資金として振り替えさせていただきます。
- ①割り戻し金の対象となる契約は、前年6月1日～当年5月31日の期間に有効となっている契約(前年6月1日～当年5月31日の期間に満了した契約および解約された契約を含みます)です。
- ②出資金残高は、「割り戻し金等支払通知書兼振替出資金受入れ通知書」に記載されている振替出資金と前年度までの出資金を合計した金額となります。

6. 出資金返戻請求の手続き

- (1)脱退時の出資金返戻手続き(組合員を含め、生命共済をすべて脱退する場合)
生命共済ご契約中に発生した割り戻し金は、こくみん共済 coop への出資金として全額振替出資されています。組合員契約脱退時には、こくみん共済 coop の組合員出資金を全額お返しいたします。「脱退届」とあわせて、「出資金返戻請求書」を所属組合経由で共済事業局に提出してください。脱退日(月末)から約1ヵ月でご指定の組合員本人口座にお振り込みいたします。
なお、こくみん共済 coop にその他の契約がある場合、お戻しするのは生命共済分のみとなります。
- ①組合員の死亡による脱退以外は、「脱退に伴う出資金返戻請求(自由脱退)(2)」を○で囲んでください。
- ②ご指定の組合員本人口座に返戻しますので、いずれかの組合員本人口座を記入してください。ゆうちょ銀行を指定する場合は、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号を記入してください。
※組合員本人宛に、「共済金・返戻金のお支払いのお知らせ」が送付されます。
- (2)出資金の一部引き出し(減資)手続き
出資金を以下の要領で一部引き出し(減資)することが可能です。一部引き出し(減資)する場合は、「出資金返戻請求書」を所属組合経由で共済事業局に提出してください。共済事業局が書類を受け付けた後、約1ヵ月でご指定の組合員本人口座にお振り込みいたします。
- ①受付期間は、年1回11月1日～原則12月20日(12月20日が土・日・祝日の場合は前業務日)です。
- ②出資金残高を15,000円以上保有している方で、その出資金残高から10,000円を差し引いた金額に対して出資金の一部引き出し(減資)が可能です。
- ③「一部引き出し減資(5)」を○で囲んでください。
- ④一回の請求金額は、5,000円以上(1円単位)、かつ出資金返戻後に残高が10,000円を下回らない金額までとなります。
- ⑤ご指定の組合員本人口座に返戻しますので、いずれかの組合員本人口座を記入してください。ゆ

うち銀行を指定する場合は、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号を記入してください。

※組合員本人宛に、「共済金・返戻金のお支払いのお知らせ」が送付されます。



7. 海外渡航

海外渡航(国外へ渡航し、その期間が3ヵ月以上にわたるもの)する方については、以下の取り扱いで現在の契約の継続が可能です。

- (1)日本国内から掛金の払い込みを確実に行っていただきます。
- (2)共済金および支払いの取り扱いについては、以下のとおりです。
- ①共済金の請求手続きは、日本国内に居住する者(契約者またはその代理人)が行っていただきます。
- ②重度障がいおよび特定状態にかかわる共済金の請求については、日本国内で作成された証明書(診断書)のみの受付となります。
- ③共済金の支払いは、日本国内の金融機関への円建てでの支払いに限ります。
- (3)渡航前に「海外渡航届兼委任状」を所属組合経由で共済事業局に提出してください。契約者が渡航する場合は、国内に居住する者を「代理人」として指定し、契約上の事務手続きを代理していただきます。(契約者でない加入者が渡航する場合は、「代理人」欄の記入は不要です。
- (4)「海外渡航届兼委任状」を提出いただくと、渡航予定日から契約の登録住所を代理人様宛てに変更します。
- (5)帰国時には、「加入内容変更通知書」を提出いただき、帰国日から契約の登録住所を帰国後住所に変更します。帰国後、代理人住所にお住まいの場合は、手続きは不要です。

(Ⅲ)保障内容について

給付内容は、Ⅱ.加入コース(共済金額)と掛金のとおり

です。

1. 加入者が次の状態になったとき、共済金をお支払いします。

- (1)死亡した時
- (2)重度障がいとなった時
重度障がいとは、傷病が治癒し、その後に残存する後遺障がいのうち、労働者災害補償保険法に準じた、規約に定める「身体障害等級別支払割合表」の第1級、第2級および第3級の2,3,4のいずれかの障がい状態が固定した場合をいいます。
「重度障がい状態について」
重度障害共済金の支払対象となる重度障がい状態
＜身体障がいの状態の定義＞
身体障がいとは、病気または傷害が治癒したときに残存する生物学的器質的变化を原因とし、将来においても回復が困難と見込まれる精神的または身体的なき損状態をいいます。
〔備考〕視力の測定は、万国式視力表による。屈折異常のあるものについては、矯正視力について測定します。

1. 両眼が失明したもの
2. そしゃく及び言語の機能を廃したもの
3. 神経系統の機能または精神に著しい障がいを残し、常に介護を要するもの
4. 胸腹部臓器の機能に著しい障がいを残し、常に介護を要するもの
5. 両上肢をひじ関節以上で失ったもの
6. 両上肢の用を全廃したもの
7. 両下肢をひざ関節以上で失ったもの
8. 両下肢の用を全廃したもの
9. 一眼が失明し、他眼の視力が0.02以下になったもの
10. 両眼の視力が0.02以下になったもの
11. 神経系統の機能または精神に著しい障がいを残し随時介護を要するもの
12. 胸腹部臓器の機能に著しい障がいを残し、随時介護を要するもの
13. 両上肢を手関節以上で失ったもの
14. 両下肢を足関節以上で失ったもの
15. そしゃくまたは言語の機能を廃したもの
16. 神経系統の機能または精神に著しい障がいを残し、終身労務に服することができないもの
17. 胸腹部臓器の機能に著しい障がいを残し、終身労務に服することができないもの

(注1)死亡共済金と重度障害共済金は重複して給付されません。

(注2)過去に重度障害共済金をお支払いしていた場合、その支払いと同一の傷病を原因として再び支払事由が発生しても、共済金は給付されません。

- (3)特定状態となった時
特定状態共済金とは加入者の余命が6ヵ月以内と診断された時に、余命期間の医療費(希望する医療のための費用)の補てんとし、共済金の一部を先行して請求できるものです。特定状態共済金のお支払い後は、支払額を差し引いた共済金額となります。特定状態共済金の支払い後、最初に到来する更新日より下表「特定状態共済金お支払い後の加入コ

ース」欄の加入コースとなり月額掛金も変更となります。

■特定状態共済金の給付額

加入コース		特定状態共済金の給付額	特定状態共済金お支払い後の加入コース		
組合員	標準型	A-40	1,000万円	A-30	
		A-35		A-25	
		A-30		A-20	
		A-25		A-15	
		A-20		A-10	
		A-15	900万円	A-6	
		A-10	400万円	A-6	
配偶者	標準型	A-3・A-6	対象外		
		1,000万円	S-10	300万円	S-7※
			S-5	200万円	S-3
			S-3	100万円	S-2※
			B-30	1,000万円	B-20
			B-25		B-15
		B-20	B-10		
B-15	900万円	B-6			
B-10	400万円	B-6			
B-3・B-6	対象外				
子ども	標準型	T-5	200万円	T-3	
		T-3	100万円	T-2※	
		C-10	400万円	C-6	
		C-6	300万円	C-3	
		C-3	対象外		

※特定状態共済金支払い後の更新時専用の加入コース
(注1) A-3・A-6、B-3・B-6、C-3の加入コースは対象となりません。

2. 共済金支払いの分割・繰り延べ・削減

戦争その他の非常な出来事、地震、津波、噴火、その他これらに類する天災などの非常時には、共済金の分割払い、繰り延べ払い、削減をすることがあります。

(Ⅳ)共済金受取人について

(1)共済金受取人は契約者です。

(2)(1)にかかわらず、加入者と同一人である契約者が死亡した場合の死亡共済金受取人は、①から⑤の順位になります。なお、②から⑤の中では、記載の順番になります。相続放棄をされた方がいても、死亡共済金受取人の順位・順番に影響は生じません(死亡共済金は生命保険金と同様に民法上の相続財産ではないため)。なお、死亡共済金受取人の指定がされている場合は、その指定されている方が優先され、死亡共済金受取人となります。

①契約者の配偶者(内縁関係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(以下「内縁関係にある方等」)を含みます。ただし、契約者または内縁関係にある方等に婚姻の届け出をしている配偶者がいる場合を除きます。以下同じです)※「内縁関係にある方等」とは、生活実態をもとにくみん共済 coop が認めた方をいいます。

②契約者の死亡の当時、その収入により生計を維持していた契約者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹(「その収入により生計を維持していた」とは、契約者の収入により、日々の消費生活の全部または一部を営んでおり、契約者の収入がなければ通常の生活水準を維持することが困難となるような関係が常態であった場合をいいます。以下同じです)

③契約者の死亡の当時、その収入により生計を維持していた契約者の配偶者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹

④②にあてはまらない契約者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹

⑤③にあてはまらない契約者の配偶者の子、父母、孫、祖父母および兄弟姉妹
※労働基準法施行規則42条および43条に準じたUAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop が規約に定める共済金受取人となっています。

(3)(2)において、同順位の死亡共済金受取人が2人以上あるときは、委任状により代表受取人1人を決めていただきます。この場合、その代表受取人は他の死亡共済金受取人を代表します。ただし、同順位全員の方の同意が必要となります。

(4)契約者は、加入者の同意およびUAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop の承諾を得て、死亡共済金受取人を指定または変更することができます。死亡共済金受取人指定を行う場合には、「死亡共済金受取人指定承認請求書」を所属組合経由で共済事業局に提出してください(共済事業局にて受付した後、さらにくみん共済 coop に提出します)。「死亡共済金受取人指定承認請求書」は所属組合にご請求ください。

(5)(4)により死亡共済金受取人の指定または変更がされている場合で、その後、契約が更新されたときは、加入共済金額を変更したときを含めて、引き続き同一の内容による死亡共済金受取人の指定または変更があったものとします。

(6)死亡共済金受取人を指定または変更するための「死亡共済金受取人指定承認請求書」がくみん共済 coop に到着する前に、指定前または変更前の死亡共済金受取人に共済金を支払っていたときは、その支払後に共済金の請求を受けても、重複して共済金は支払いません。

(7)(4)により指定または変更された死亡共済金受取人が死亡した場合で、その後新たな死亡共済金受取人が指定されないときは、(1)または(2)に規定する順位および順番によります。

(Ⅴ)共済金の請求、支払時期について

(1)共済金の受取人は、加入者について支払事由が発生したことを知ったときは、Ⅲ-(I)-1の共済金請求書類を完備のうえ、遅滞なく所属組合経由で共済事業局に提出し、共済金を請求してください(共済事業局にて受付した後、くみん共済 coop に提出します)。

(2)UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop が、共済金の請求を受け、必要と認めた場合には、契約者、加入者または共済金受取人に対し、事実の確認をすること、および、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop の指定する医師または歯科医師の診断を求めることができます。

(3)UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop は、共済金の請求を受けた場合には、必要な請求書類がすべて到着した日の翌日以後10営業日以内に、共済金受取人に支払います。ただし、共済金が支払われない事由の有無、共済金を算出するための事実、契約の効力の有無、その他

UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop がお支払いすべき共済金の額を確定するために必要な事項の調査(以下(4)および(5)において「必要な調査」という)を要する場合において、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop に提出された書類だけではその確認ができないときは、必要な請求書類がすべてUAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop に到着した日の翌日以後30日以内に、必要な調査を終えて、共済金を共済金受取人に支払います。

(4)さらに、必要な調査のため特に日時を要する場合において、次の①～⑧のいずれかに該当するときは、その旨をUAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop が共済金受取人に通知し、必要な請求書類がすべてUAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop に到着した日の翌日以後、①～⑧に定める期間内(複数に該当するときは、そのうち最長の期間)に共済金を共済金受取人に支払います。

①	災害救助法(昭和22年10月18日法律第118号)が適用された災害の被災地域において調査を行う必要があるとき	60日
②	医療機関、検査機関その他の専門機関による診断・鑑定・審査等の結果について照会を行う必要があるとき	90日
③	UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop ならびに契約者、加入者および共済金受取人以外の個人または機関に対して客観的事実、科学的知見または専門的見地からの意見もしくは判断を求めるための確認が必要とき	90日
④	身体障害の内容およびその程度を確認するための医療機関による診断、身体障害の認定にかかる専門機関による審査等の結果について照会を行う必要があるとき	120日
⑤	弁護士法(昭和24年6月10日法律第205号)その他の法令にもとづく照会が必要とき	180日
⑥	警察、検察、消防その他の公の機関による調査・捜査の結果について照会を行う必要があるとき	
⑦	日本国外で傷病が発生した等の事情により、日本国外において調査を行う必要があるとき	
⑧	災害対策基本法(昭和36年11月15日法律第223号)にもとづき設置された中央防災会議において専門調査会が設置された首都直下地震、東海地震、東南海・南海地震またはこれらと同規模の損害が発生するものと見込まれる広域災害が発生したとき	360日

(5)UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop が必要な調査を行うにあたり、つぎのいずれかに該当することにより、調査が遅延した期間については、(3)および(4)の期間に算入しないものとし、また、その調査が遅延した期間は共済金を支払いません。

①契約者、加入者または共済金受取人が正当な理由なく当該調査を妨げ、もしくはこれに応じなかったとき(必要な協力を行わなかった場合を含みます)。

②契約者、加入者または共済金受取人が(2)にいう事実の確認、医師または歯科医師の診断を妨げ、もしくはこれに応じなかったとき(必要な協力を行わなかった場合を含みます)。

(Ⅵ)契約の解除について

(1)UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop は、つぎの①から⑤のいずれかに該当する場合は、将来に向かって契約を解除することができます。
①この契約にもとづく共済金の請求および受領等の際に、共済金受取人が詐欺行為を行い、または行おうとしたとき。

②契約者、加入者または死亡共済金受取人が、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop に、この契約にもとづく共済金を支払わせることを目的として、支払事由を発生させ、または発生させようとしたとき。

③契約者、加入者または死亡共済金受取人が、つぎのいずれかに該当するとき。

⑦反社会的勢力に該当すると認められること。

⑧反社会的勢力に対して資金等を提供し、または便宜を供与する等の関与をしていると認められること。

⑨反社会的勢力を不当に利用していると認められること。

⑩法人である場合において、反社会的勢力がその法人の経営を支配し、またはその法人の経営に実質的に関与していると認められること。

⑪その他反社会的勢力と社会的に非難されるべき関係を有していると認められること。

④この契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の契約等との重複により、加入者にかかる共済金等(保険金その他のいかなる名称であるかを問わないものとします)の合計が著しく過大であり、共済制度の目的に反する状態がもたらされるおそれがあると認められるとき。

⑤①～④までのいずれかに該当するほか、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop の契約代表者、契約者、加入者または共済金受取人に対する信頼を損ない、この契約の存続を困難とする重大な事由があるとき。

(2)(1)の規定により契約を解除した場合においては、その解除が支払事由発生の後になされたときであっても、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop は(1)①～⑤までに規定する事実が発生したときから解除されたときまでに発生した支払事由にかかる共済金(死亡共済金受取人が(1)③のみに該当した場合で、その死亡共済金受取人が共済金の一部の受取人であるときは、共済金のうち、その受取人に支払われるべき共済金をいいます。以下、この項目において同じです)を支払いません。また、既に共済金を支払っていたときは、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop は、共済金の返還を請求することができます。

(3)(1)の規定による契約の解除は、契約者に対する通知により行います。ただし、契約者の所在不明、死亡その他の理由で契約者に通知できない場合には、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop は、加入者または死亡共済金受取人に対する通知により行うことができます。

(4)告知義務違反による契約の解除について
契約者または加入者が、契約の締結または契約者からの申し出により共済金額等を変更して更新した当時(以下、この項目において「契約締結時」といいます)、故意または重大な過失により、質問事項について事実を告げず、または事実でないことを告げた場合には、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにくみん共済 coop は、つぎの契約を将来に向かって解除することができます。

①当該契約者にかかるすべての契約

②当該加入者にかかる契約

③当該加入者にかかる基本契約共済金額の増額部分に相当する基本契約

※(4)の規定にかかわらず、つぎのいずれかに該当する場合には、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは、契約を解除することができません。

ア. 契約の締結時において、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopがその事実を知っていたとき、または過失により知らなかったとき。

イ. UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopのために契約の締結の媒介を行うことができる者(UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopのために契約の締結の代理を行うことができる者を除きます。以下「共済媒介者」といいます。)が、契約者または加入者が事実を告げることを妨げたとき。

ウ. 共済媒介者が、契約者または加入者に対し、事実を告げず、または事実でないことを告げることを勧めたとき。

エ. 当該加入者にかかる契約の発効日または更新日から2年以内に共済事故が生じなかったとき。ただし、発効日前または更新日前に原因が生じていたことにより、共済金が支払われないうちを除きます。なお、ここでいう更新日とは、契約者からの申し出により共済金額等を変更して更新した場合の更新日をいいます。

オ. UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopが解除の原因を知ったときから解除権を1ヵ月間行使しなかったとき。

カ. 契約締結時から5年を経過したとき。

※上記イ. およびウ. の規定は、当該各号に規定する共済媒介者の行為がなかったとしても、契約者または加入者が(4)の事実を告げず、または事実でないことを告げたと認められる場合には、適用しません。

※(4)の規定により契約を解除した場合において、その解除が共済事故発生のうちであっても、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは解除されたときまでに発生した共済事故にかかる共済金を支払いません。また、既に共済金を支払っていたときは、共済金の返還を請求することができます。ただし、契約者または共済金受取人が、加入者の共済事故の発生が解除の原因となった事実によらなかったことを証明した場合を除きます。

※(4)の規定による解除は、契約者に対する通知により行います。ただし、契約者の所在不明、死亡その他の理由で契約者に通知できない場合には、加入者または死亡共済金受取人に対する通知により行うことができます。

※(4)の規定により解除される契約が契約者を加入者とする共済契約である場合は、当該契約者の配偶者または子どもを加入者とする契約については、(4)の規定により解除された日の属する共済期間の満了日を限度として継続させることができます。

(Ⅶ)詐欺等による契約の取り消しについて

契約者、加入者または共済金受取人の詐欺または強迫により、契約を締結した場合(共済期間の中途において、中途加入した場合または共済金額を増額した場合を含みます)には、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは、当該契約を取り消すことができます。

※(Ⅶ)の規定による取り消しは、契約者に対する通知により行います。ただし、契約者の所在不明、死亡

その他の理由で契約者に通知できない場合には、加入者または死亡共済金受取人に対する通知により行うことができます。

※UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは、(Ⅶ)の規定により、契約を取り消した場合には、共済掛金を返還しません。また、既に支払われた共済金および諸返戻金等の返還を請求します。

(Ⅷ)加入者による契約の解除請求について

(1)加入者が契約者以外の方である場合において、つぎのいずれかに該当するときは、その加入者は、契約者に対し契約(その加入者にかかる部分に限ります)を解除することを求めることができます。

①契約者または共済金受取人に、I-(Ⅶ)-(1)の①または②のいずれかに該当する行為があったとき。

②契約者または共済金受取人が、I-(Ⅶ)-(1)の③に該当するとき。

③契約者または共済金受取人が、加入者に対する信頼を損ない、この契約の存続を困難とする重大な事由を生じさせたとき。

④契約者と加入者との間の親族関係の終了その他UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopが定める事由により、この契約の加入者となることについて同意した事情に著しい変更があったとき。

(2)契約者は、(1)のいずれかに該当する場合において、加入者から(1)に規定する解除請求があったときは、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopに対する通知により、契約を解除しなければなりません。

(3)加入者は、(1)の①から④のいずれかに該当する場合で、かつ、契約者が解除請求に応じないときは、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopの定める方法により、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopに対し契約を解除することを求めることができます。

(4)UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは、(3)に規定する解除請求を受けた場合は、将来に向かって契約を解除することができます。

(5)(4)の規定により契約が解除された場合には、UAゼンセンならびにこくみん共済coopは、契約者の住所にあてて、その旨を書面により通知します。

(Ⅸ)共済金をお支払いできない場合について

(1)契約者、加入者、共済金受取人の故意または重大な過失、契約者の犯罪行為により支払事由が発生し、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopが共済金の支払いを適当でない判断したとき。

(2)加入者が加入日(保障開始日)または更新日(増額の場合)から1年以内に自殺したとき、または自殺行為により重度障がいとなったとき。ただし、つぎに記載の金額部分に限り、共済金をお支払いします。

①死亡共済金

■標準型

⑦新規加入の場合は、加入共済金額の50%または300万円のいずれか低い金額をお支払いし

ます。ただし、加入者が契約者の場合は加入共済金額または600万円のいずれか低い金額をお支払いします。

①増額した場合は、追加加入共済金額(増額部分)の50%または300万円のいずれか低い金額を、増額前の加入共済金額に合算してお支払いします。ただし、加入者が契約者の場合は増額前の加入共済金額または600万円のいずれか高い金額をお支払いします。

■緩和型

⑦新規加入の場合は、加入共済金額の50%または300万円のいずれか低い金額をお支払いします。ただし、加入者が契約者の場合は300万円をお支払いします。

①増額した場合は、追加加入共済金額(増額部分)の50%または300万円のいずれか低い金額を、増額前の加入共済金額に合算してお支払いします。ただし、加入者が契約者の場合は、増額前の加入共済金額をお支払いします。

②重度障害共済金

■標準型

⑦新規加入の場合は、加入共済金額の50%または300万円のいずれか低い金額をお支払いします。ただし、加入者が契約者の場合は加入共済金額または600万円のいずれか低い金額をお支払いします。

①増額した場合は、追加加入共済金額(増額部分)の50%または300万円のいずれか低い金額を、増額前の加入共済金額に合算してお支払いします。ただし、加入者が契約者の場合は増額前の加入共済金額または600万円のいずれか高い金額をお支払いします。

■緩和型

⑦新規加入の場合は、加入共済金額の50%または300万円のいずれか低い金額をお支払いします。ただし、加入者が契約者の場合は300万円をお支払いします。

①増額した場合は、追加加入共済金額(増額部分)の50%または300万円のいずれか低い金額を、増額前の加入共済金額に合算してお支払いします。ただし、加入者が契約者の場合は、増額前の加入共済金額をお支払いします。

(3)加入者の自覚症状の有無にかかわらず、加入日(保障開始日)または更新日(増額した場合)時点で、既に罹患していた疾病または受傷していた傷害を原因として、加入日(保障開始日)または更新日(増額した場合)から180日以内に死亡した場合、または重度障がいの状態になった場合は、つぎのとおりお支払いします。

①死亡共済金

■標準型

加入共済金額の100%をお支払いします。

■緩和型

⑦新規加入の場合は、加入共済金額の50%を減額してお支払いします。

①増額した場合は、追加加入共済金額(増額部分)を50%減額して、増額前の加入共済金額に合算してお支払いします。

②重度障害共済金

■標準型

⑦新規加入の場合は、加入共済金額の50%を減額してお支払いします。ただし、加入者が契約者の場合で、かつ加入共済金額が600万円以下の場合は加入共済金額の100%を支払い、加入共済金額が600万円超の場合は加入共済金額から600万円を除いた残額を50%減額し600万円と合算してお支払いします。

①増額した場合は、追加加入共済金額(増額部分)を50%減額して、増額前の加入共済金額に合算してお支払いします。ただし、加入者が契約者の場合で、かつ増額前の加入共済金額と追加加入共済金額(増額部分)の合計が600万円以下の場合は加入共済金額の100%を支払い、増額前の加入共済金額と追加加入共済金額(増額部分)の合計が600万円超の場合は追加加入共済金額(増額部分。ただし、合計の加入共済金額が600万円を超えない範囲の増額部分を除く)を50%減額して、増額前の加入共済金額に合算してお支払いします。

■緩和型

⑦新規加入の場合は、加入共済金額の50%を減額してお支払いします。

①増額した場合は、追加加入共済金額(増額部分)を50%減額して、増額前の加入共済金額に合算してお支払いします。

(Ⅹ)契約の無効について

(1)つぎのいずれかに該当する場合には、契約は無効とします。

①契約者が契約の加入日(保障開始日)または更新日に既に死亡していたとき。

②加入者が契約の加入日(保障開始日)に既に死亡していたとき。

③契約者が契約の加入日(保障開始日)または更新日にUAゼンセン福祉共済互助会の会員でなくなっていたとき。

④契約者が契約の加入日(保障開始日)または更新日に加入者となっていないとき。

⑤契約の申込みまたは変更の申し出に際し、加入者の同意を得ていなかったとき。

⑥契約者の意思によらないで契約の申込みまたは変更の申し出がなされていたとき。

⑦加入者が契約の加入日(保障開始日)または更新日において加入者の範囲外(加入できる方の範囲外)であったとき。

⑧加入共済金額が、それぞれに規定する最高限度を超えていたときは、その超えた部分の共済金額に対応する契約。

(2)UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは、(1)の場合において、当該契約の共済掛金の全部または一部を契約者に返還します。

(3)UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは、(1)の規定により、契約が無効であった場合には、既に支払われた共済金および諸返戻金等の返還を請求します。

(XI) 共済金の不法取得目的による無効について

UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは、契約者が共済金を不法に取得する目的または他人に共済金を不法に取得させる目的をもって契約の締結をした場合には、その契約を無効とし、共済掛金を返還しません。また、既に支払われた共済金および諸返戻金等の返還を請求します。

(XII) 契約の消滅について

- 加入者が死亡した場合はそのときをもって、重度障害共済金が支払われた場合には重度障害となったときをもって、当該加入者にかかる共済契約は消滅します。
- (1)の規定により消滅する契約が契約者を加入者とする契約である場合は、契約者の配偶者または子どもを加入者とする契約については、つぎの事由ごとに、それぞれに規定する日を限度として継続させることができます。
 - 死亡
契約者である加入者が死亡した日の属する共済期間の満了日
 - 重度障害
重度障害共済金が支払われた日の属する共済期間の満了日

(XIII) 契約内容に関する届け出について

- 契約者は、つぎの事項について変更がある場合には、遅滞なくUAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopの定める書式により、所属組合経由で共済事業局に提出してください。
- 契約者の氏名・住所・電話番号。
 - 加入者の氏名。
 - 死亡共済金受取人・指定代理請求人の氏名が変更されたとき(I-(IV)-(4)により、加入者が死亡共済金受取人を指定または変更された場合など)。
 - 契約者がI-(I)-1「加入できる方」の範囲外になったとき。
 - 加入者がI-(I)-1「加入できる方」の範囲外になったとき。

(XIV) 指定代理請求人について

- 指定代理請求人が指定されている契約において、契約者が共済金等を請求できないつぎの①から③のいずれかの特別な事情がある場合には、指定代理請求人が所定の書類を提出して、共済金等を請求することができます。
 - 共済金等の請求を行う意思表示が困難であるとUAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopが認めるとき。
 - 治療上の都合により、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopが認める傷病名について告知を受けていないとき、または余命の告知を受けていないとき。
 - その他①および②に準じる状態であるとUAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopが認めるとき。
- (1)の共済金等の請求を行う場合、所定の書類を提出して、指定代理請求人を1人に限り、つぎの①から④のいずれかの範囲内から指定または変更する

ことができます。

- ①契約者の配偶者
 - ②契約者の直系血族
 - ③契約者の兄弟姉妹
 - ④契約者と同居し、または契約者と生計を一にする契約者の3親等以内の親族
- 契約者に共済金等を請求できない(1)に定める特別な事情があり、かつ、つぎの①から③のいずれかをみたる場合には、代理請求人が所定の書類を提出して、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopの承諾を得て、共済金等を請求することができます。
 - 指定代理請求人が共済金等請求時にUAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopの定める代理人となりうる方の範囲外であるとき。
 - 指定代理請求人が指定されていないとき(指定代理請求人の指定が撤回されている場合、または指定代理請求人が死亡している場合を含みます)。
 - 指定代理請求人に共済金等を請求できない特別な事情があるとき(なお、「特別な事情」とは、共済金等の請求を行う意思表示が困難であるとUAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopが認めたときをいいます。以下、(4)において同じです)。
 - (3)の共済金等の請求を行う場合、代理請求人は、請求時においてつぎの①または②のいずれかの方であることを要します。
 - ①契約者と同居し、または契約者と生計を一にする契約者の配偶者。
 - ②に規定する方がいない場合、または①に規定する方に共済金等を請求できない特別な事情がある場合には、契約者と同居し、または契約者と生計を一にする契約者の3親等内の親族。
 - (1)～(4)までの規定にかかわらず、つぎの①から③のいずれかに該当する場合には、指定代理請求人または代理請求人は共済金等を請求することができます。
 - ①契約者の代理人に、共済金等の請求に関する代理権または同意権が付与されている登記があるとき。
 - ②指定代理請求人または代理請求人が、故意または重大な過失により、支払事由を生じさせたとき。
 - ③指定代理請求人または代理請求人が、故意または重大な過失により、契約者を(1)の①または③の状態に該当させたとき。
 - UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは、(1)から(5)までの規定により共済金等を指定代理請求人または代理請求人に支払った場合には、その後重複して当該共済金等の請求を受けても、共済金等を支払いません。

(XV) 規約および細則の変更について

- UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは、共済期間中であっても、法令等の改正または社会経済情勢の変化その他の事情により、契約内容とする規約および細則を変更する必要がある場合等には、民法(明治29年4月27日法律第89号)第548条の4(定型約款の変更)にもとづき、支払事由、支払要件、免責事由、その他の契約内容を変更することができます。ただし、当該契約内容の変更は、予定危険率等の共済掛金額の算出基礎

の変更を伴わないものに限ります。

- (1)の場合には、UAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済coopは、規約および細則を変更す

旨および変更後の内容ならびに効力の発生時期について、電磁的方法その他の適切な方法により周知します。

II. 加入コース(共済金額)と掛金

生命共済制度は安全かつ合理的な運営をするため、UAゼンセン自家共済とこくみん共済coop団体定期生命共済との共同運営方式を採っています。

(I) 加入コース(共済金額)と掛金

■標準型 共済金額・加入コースと掛金

加入コース	組合員	A-3	A-6	A-10	A-15	A-20	A-25	A-30	A-35	A-40	
	配偶者	B-3	B-6	B-10	B-15	B-20	B-25	B-30	—	—	
	子ども	C-3	C-6	C-10	—	—	—	—	—	—	
標準型 月額掛金	共済金額 死亡・重度障がい のとき(一時金)		300万円	600万円	1,000万円	1,500万円	2,000万円	2,500万円	3,000万円	3,500万円	4,000万円
	組合員・ 配偶者	～35歳	400円	600円	1,000円	1,500円	2,000円	2,500円	3,000円	3,500円	4,000円
		36歳～59歳	700円	960円	1,600円	2,400円	3,200円	4,000円	4,800円	5,600円	6,400円
		60歳～64歳	700円	960円	1,600円	(2,400円)	(3,200円)	(4,000円)	(4,800円)	(5,600円)	(6,400円)
		65歳～70歳	(2,770円)	(5,250円)	(8,750円)						
子ども	0歳～3歳	270円	540円	—							
	4歳～23歳	270円	540円	900円							

標準型の満65歳時(3月1日更新時点)更新について

- ・満65歳の更新時には、事前に更新案内がご自宅に送付されます。
- ・満65歳以降の更新可能な共済金額の上限は1,000万円です。更新時および更新以降は、共済金額の増額はできません。
- ・満65歳の更新時には、特にお申し出がない限り、満64歳までご加入されていた加入コースによって、以下の自動更新の取扱いとなります。

「A-10・B-10」以上にご加入されていた方は「A-10・B-10(月額掛金8,750円)」へ
「A-6・B-6」にご加入されていた方は「A-6・B-6(月額掛金5,250円)」へ
「A-3・B-3」にご加入されていた方は「A-3・B-3(月額掛金2,770円)」へ

*1 S-2・T-2・S-7は、特定状態共済金支払い後の更新時専用の加入コースのため、新規加入および加入コース変更は対象外。

■緩和型 共済金額・加入コースと掛金

加入コース	組合員	S-2*1	S-3	S-5	S-7*1	S-10	
	配偶者	T-2*1	T-3	T-5	—	—	
緩和型 月額掛金	共済金額 死亡・重度障がい のとき(一時金)		200万円	300万円	500万円	700万円	1,000万円
	組合員・ 配偶者	～39歳	866円	1,300円	2,000円	2,800円	4,000円
		40歳～49歳	1,066円	1,600円	2,600円	3,640円	5,200円
		50歳～59歳	1,666円	2,500円	4,100円	5,740円	8,200円
		60歳～64歳	3,200円	4,800円	8,000円	11,200円	16,000円
65歳～70歳		(3,200円)	(4,800円)	(8,000円)	(11,200円)	(16,000円)	

■新規加入・増額できる年齢別の加入限度共済金額と加入限度加入コース

加入者		組合員			配偶者			子ども	
加入日(保障開始日)時点の満年齢		～59歳	60歳～64歳	65歳～	～59歳	60歳～64歳	65歳～	0歳～3歳	4歳～23歳
新規加入 増額 できる	標準型	共済金額 4,000万円まで	1,000万円まで	新規加入・ 増額 ともに不可	3,000万円まで	1,000万円まで	新規加入・ 増額 ともに不可	600万円まで	1,000万円まで
	加入コース	A-40まで	A-10まで		B-30まで	B-10まで		C-6まで	C-10まで
	緩和型	共済金額 1,000万円まで			500万円まで			加入不可	
加入コース	S-10まで			T-5まで					

*年齢は加入日(保障開始日)または更新日(毎年3月1日)時点の満年齢です。

*標準型:満59歳までに加入していた共済金額が1,000万円超の場合は、満64歳までに限り同額まで更新できます。

*標準型:満65歳以降の更新可能な共済金額の上限は1,000万円です。更新時および更新以降は、共済金額の増額はできません。

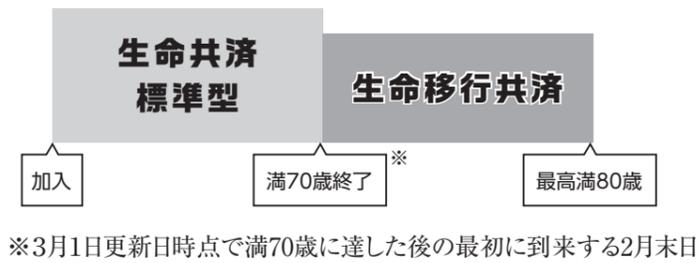
*標準型:満65歳の更新時には、特にお申し出がない限り、満64歳までご加入されていた加入コースによって、以下の自動更新の取扱いとなります。

「A-10以上にご加入されていた方はA-10(月額掛金8,750円)へ」「A-6にご加入されていた方はA-6(月額掛金5,250円)へ」「A-3にご加入されていた方はA-3(月額掛金2,770円)へ」

*こくみん共済coop団体生命共済に加入している方が重複して生命共済に加入される場合は、加入限度額に制限がある場合がありますので、事前に所属の労働組合までお問い合わせください。

(II)生命移行共済による保障の継続について ※標準型のみ

生命共済標準型の70歳年齢満了後も保障が必要な方は、「生命移行共済」に加入すれば満80歳までの保障継続が可能です。



1. 生命移行共済について

「生命移行共済(正式名称:こくみん共済 coop 新離退職者団体生命共済)」とは、生命共済 標準型の年齢満了後に引き続きご加入いただける保障制度です。

加入希望者は、生命共済 標準型の年齢満了による脱退日(3月1日更新時満70歳に達した後に最初に到来する2月末日)の翌日3月1日付で、その健康状態にかかわらず所定内の加入コース(下表参照)に加入でき、最高満80歳まで保障を継続できます。

2. 案内について

標準型の組合員加入コースおよび配偶者加入コースの年齢満了(2月末日)となる直前の11月に、「年齢満了のお知らせ」とあわせて移行手続きのご案内(生命移行共済加入申込書を含む。申込締切:12月中旬)がこくみん共済 coop からご自宅に送付されます。

生命共済年齢満了時 加入コース	共済金額	生命共済の年齢満了時加入コースの共済金額の 50%以下(A-3、B-3は100%以下)		
		生命移行共済 加入コース	共済金額	月額掛金 71歳～80歳
A-10、B-10	1,000万円	L-5	500万円	17,850円
A-6、B-6	600万円	L-4	400万円	14,280円
A-3、B-3	300万円	L-3	300万円	10,710円
		L-2	200万円	7,140円
		L-1	100万円	3,570円

※表記の月額掛金額は2025年10月1日時点での予定掛金額となります。今後、基礎率等に変動があった場合、月額掛金および共済金額が変更となる可能性があります。

※保障は最高満80歳までご継続いただくことが可能ですが、共済金額等を制限させていただく場合がございます。

「生命移行共済」に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

こくみん共済 coop (共済インフォメーションセンター)

0120-01-6031

受付時間:平日9:00～17:00

III. 共済金の請求方法と記入例

(I)共済金支払請求書類一覧表について

共済金の請求に当たっては、必要な書類一式を所属組合経由で共済事業局に提出してください。請求に必要な書類は、以下一覧表に記載の通りです。記入例は、「(II)請求書類の記入例について」を参照してください。

各請求書は、「付録」から必要に応じてコピーをとって使用してください(未掲載書類は所属組合に問い合わせしてください)。

「福祉共済会」の会員の方は、共済事業局に請求してください。

1. 死亡共済金・重度障害共済金・特定状態共済金の請求

共済金請求書類														
提出書類	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
	生命共済 共済金支払請求書	生命共済 特定状態共済金支払請求書	死亡診断書(死体検案書)	重度障害診断書	特定状態診断書兼参考意見書	戸籍謄本(全部事項証明書・発行後3カ月以内) ※必須対象者:加入者・共済金受取人・その他は注参照	印鑑登録証明書(発行後3カ月以内) ※必須対象者:共済金受取人・その他は注参照	個人情報(要配慮個人情報含む)の取得・提供に関する同意書	特定状態共済金の請求および受領に関する同意書	委任状 ※必須対象者:契約者本人・共済金受取人 ※専用封筒(組立式)に封入し提出	マイナンバー(個人番号)の確認書類	脱退届	出資金返戻請求書	その他の必要書類
請求事由	原本 (注1)	原本 (注1)	原本 (注2)	原本	原本	写し可 (注3)	原本 (注1) (注4)	原本 (注1)	原本 (注1)	原本 (注1) (注4)	写し可 (注5)	原本 (注1) (注6)	原本 (注1) (注6)	原本 (注7)
死亡共済金	○		○			○	○	△		△	○	△	△	△
重度障害共済金	○			○			○	○				△	△	△
特定状態共済金		○			○		○	○	○					△

※状況に応じて、本項記載以外の書類のご提出が必要となる場合もあります。

※上表中(1)(2)(3)(4)(5)(8)(9)(10)(11)(12)(13)はUA

ゼンセン福祉共済互助会もしくはこくみん共済 coop の所定の用紙を提出してください。

(注1)共済金受取人が法律行為を行えない場合で、法定代

理人(親権者や後見人等)が請求手続きを行う場合は、当該法定代理人の実印を捺印してください。この場合、当該法定代理人の「印鑑登録証明書」を提出していただきます(共済金受取人の「印鑑登録証明書」は不要)。

(注2)加入日(保障開始日)・加入コースの増額変更日から2年経過後の死亡、もしくは、死亡原因が自殺または事故死亡であることが明らかな場合は、他の保険会社または他の共済事業等の「死亡診断書(死体検案書)」の写しでも可です。

(注3)①加入者の死亡日の記載があるものが必要です。

②加入者が外国人の場合は、「戸籍謄本」に代えて「住民票の除票」や「登録原票記載事項証明書」の死亡日の記載があるもの(写し可)が必要となります。

③加入者の婚姻や離婚、転籍または戸籍の改製等により、戸籍が複数に分かれて存在する場合があります。共済金受取人の続柄によっては、最新の戸籍のみでは共済金受取人が特定できず、「改製原戸籍謄本」等(婚姻・離婚・転籍・改製等の前の戸籍)も必要となる場合があります。

④共済金受取人が未成年者の場合は、共済金受取人の戸籍とともに親権者または未成年後見人であることが確認できる公的書類が必要です。(例:親権者または未成年後見人の氏名の記載された当該未成年者の戸籍のコピー／家庭裁判所が発行する未成年後見人選任の審判書のコピー)

⑤共済金受取人が成年被後見人の場合は、共済金受取人の戸籍とともに成年被後見人であることが確認できる公的書類が必要です。(例:法務局が発行する「登記事項証明書」)

⑥共済金受取人が外国人の場合は、「戸籍謄本」に代えて「住民票」や「外国人登録原票」(写し可)等が必要となります。

(注4)①「(10)委任状」の提出が必要な場合は、委任者全員の「印鑑登録証明書」も必要となります。

②同順位の共済金受取人が複数いる場合は、原則として、共済金の請求手続きを行う代表受取人1名を決めていただき、当該代表受取人から共済金を請求いただきます。この場合、「(10)委任状」に同順位の共済金受取人全員の署名と実印の捺印が必要です。

③共済金受取人が法律行為を行えない場合で、法定代理人(親権者や後見人等)が請求手続きを行う場合は、当該法定代理人の署名(共済金受取人の氏名も併記)・実印の捺印、「印鑑登録証明書」が必要となります。

(注5)マイナンバーの確認書類は、所定の「マイナンバー(個人番号)確認書類専用封筒(組立式)」に封入し、封をしたうえ提出してください。

(注6)契約者兼加入者の契約で、契約者が死亡した場合または重度障害共済金が支払われる場合で、契約者以外の加入者がいる場合には「脱退届」および「出資金返戻請求書」を提出してください。配偶者も加入していて保障継続を希望される場合は、同時にUAゼンセン福祉共済会会員になり加入申込の手続き(同額以下共済金額・告知不要、新規加入手続きと同じ)が必要となります。

(注7)①共済金受取人が内縁の配偶者の場合は、双方の戸籍に加えて、内縁関係であること(夫(未届)・妻(未届)が記載された「住民票」(写し可)の提出が必要です。住民票に内縁関係であることが記載されていない場合は、「住民票」と民生委員発行の「事実婚証明書」もしくは「内縁関係証明書」(いずれも写し可)等を提出していただきます。

②共済金受取人が行方不明の場合で、不在者財産管理人が選任されている場合には、当該不在者財産管理人から請求いただけます。この場合、「不在者財産管理人選任の審判書」(写し可)および「不在者財産管理人の印鑑登録証明書」が必要となります。

<その他留意点>

(1)契約者兼加入者の契約において、契約者の死亡の当時に規約に定める死亡共済金受取人が存在しない場合

①契約者に相続人がいる場合は当該相続人に死亡共済金を支払います。この場合、「規約に定める死亡共済金受取人が存在しないことが確認できる戸籍謄本」および「相続人を特定するための公的書類(戸籍謄本や法定相続情報一覧図、遺言書、遺産分割協議書等)」が必要です。また、相続人が複数名いる場合は「(10)委任状」も必要です。

②契約者に相続人も存在しない場合は、死亡共済金は支払いません。ただし、葬儀がおこなわれた場合には、その葬儀執行者に死亡共済金の範囲内で葬儀費用(債務控除対象内費用)を支払います。この場合、「規約に定める死亡共済金受取人および法定相続人が存在しないことが確認できる戸籍謄本(法定相続情報一覧図含む)」および「葬儀執行者の印鑑登録証明書」および「葬儀費用・葬儀に関する諸経費の明細(写し可)と領収書(写し可)」が必要です。

(2)代理請求人による共済金の請求

①契約者に「特別な事情(契約者が認知症のため意思疎通ができない、契約者本人にがん等の病名告知がされていない等)」があるために、契約者が共済金を請求できない場合「代理請求人(下記①または②に該当する人物)」が契約者に代わって請求手続きを行うことができます。

①契約者と同居し、または契約者と生計を一にする契約者の配偶者

②上記①に規定する者がいない場合、または①に規定する者に共済金等を請求できない特別な事情がある場合には、契約者と同居し、または契約者と生計を一にする契約者の3親等内の親族

②「代理請求人」から請求手続きを行う場合には、各共済金請求の提出書類に加えて、以下の書類の提出が必要です。ただし、下記⑤については、共済金請求のために提出される「重度障害診断書」等によって請求意思能力がないと確認できる場合には省略できます。共済金の振込先口座は、契約者名義の口座を指定していただきます。なお、契約者に「共済金等の請求に関する代理権または同意権が付与されている代理人」が既に存在する場合には上記「代理請求人」から請求していただくことはできません。その場合は、当該代理人から請求していただきます。

①契約者の「戸籍謄本」

②代理請求人の「戸籍謄本」

③代理請求人の「印鑑登録証明書」

④代理請求人の「住民票」(同居を要件としない場合には不要)

⑤契約者が共済金等を請求できない特別な事情があることを証明する書類

⑥契約者の代理人に共済金等の請求に関する代理権または同意権が付与されている登記がないことを証明する書類(法務局から発行される「登記されていないことの証明書」や、市区町村役所から発行される「身分証明書」等)

(3)成年である死亡共済金受取人(契約者を除く)が法律行為を行えない場合

成年である死亡共済金受取人が「意思表示が困難である状態」にあるため死亡共済金等の請求や受領等の法律行為が行えず、かつ、成年後見制度の適用を受けていない場合において、死亡共済金受取人の戸籍上の配偶者または成年であって二親等以内の血族に限り、請求代理人として請求手続きの代行を認めています。この場合、各共済金請求の提出書類に加えて、以下の書類の提出が必要です。共済金の振込先口座は、死亡共済金受取人名義の口座を指定していただきます。なお、死亡共済金受取人が契約者である場合には、上記2.の「代理請求人」を確認してください。また、死亡共済金受取人に「共済金等の請求に関する代理権または同意権が付与されている代理人」が既に存在する場合には請求手続きを代行いただくことはできません。その場合は、当該代理人から請求していただきます。

①死亡共済金受取人と請求代理人の続柄を証明する公的書類(「戸籍謄本」等)

②請求代理人の「印鑑登録証明書」

③死亡共済金受取人が死亡共済金を請求できない特別な事情があることを証明する書類

④死亡共済金受取人に「成年後見人がいないこと」を証明する公的書類(法務局から発行される「登記されていないことの証明書」や、市区町村役所から発行される「身分証明書」等)

⑤「誓約書」(請求手続き代行届出書:所属組合経由で共済事業局に請求してください)

2. 死亡共済金および重度障害共済金の年金(分割)形式の受け取り移行

死亡共済金および重度障害共済金が支払われた日から1ヵ月以内に、その額の50%までを上限に、こくみん共済coopの「個人年金共済・共済金の年金払い特則付帯」の一時払い掛金に充当することで、共済金を年金(分割)形式の受け取りに移行することができます。本移行については、組合員および配偶者のA-6およびB-6以上の加入コース、かつ、共済金受取人の年齢が移行日(年金開始日)時点で満75歳以下の場合が対象となります。

3. 特定状態共済金の請求

特定状態共済金は、加入者の余命が6ヵ月以内と診断されているという事実を事前に確認する必要があります。事由が発生した場合には、所定の診断書等をお送りいたします。

4. マイナンバーの確認書類

2016年1月からマイナンバー法(「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」)が施行され、税務署に提出する支払調書に支払先のマイナンバー(個人番号)を記載することが義務づけられました。このため、生命共済における「死亡共済金」の請求時には、共済金受取人等のマイナンバー(個人番号)を申告していただくことが必要となります。

なお、提出いただいたマイナンバー(個人番号)は、共済金等に関する支払調書作成事務のみに利用し、それ以外の目的には利用いたしません。また、提出いただいたマイナンバー(個人番号)は支払調書作成事務で利用しなくなった場合には、法令に基づきすみやかに廃棄または削除いたします。

(1)マイナンバー(個人番号)確認書類の提出が必要なケース

①死亡共済金の受取人が契約者本人の場合

契約者本人のマイナンバー(個人番号)確認書類

②死亡共済金の受取人が契約者本人以外の場合

契約者本人および共済金受取人のマイナンバー

(個人番号)確認書類

(2)マイナンバー(個人番号)確認書類(以下3点のいずれかの写し)

①「マイナンバーカード(個人番号カード)」(有効期限内のもの):表裏両面の写し

②「通知カード」(記載事項に変更がないもの):裏面記載のあるものは裏面の写しも必要

③「マイナンバーの記載がある住民票または住民票記載事項証明書」(発行後3ヵ月以内のもの):原本でも可

(3)マイナンバー(個人番号)確認書類の提出方法

マイナンバー(個人番号)確認書類は、所定の「マイナンバー(個人番号)確認書類専用封筒(組立式)」

に封入し、封をしたうえ提出してください。

5. 加入者と同一人である契約者(組合員)が死亡した場合の死亡共済金受取人と必要な戸籍謄本

■「死亡共済金受取人確認フロー図」 死亡共済金受取人をご確認のうえ必要な戸籍謄本をご提出願います。



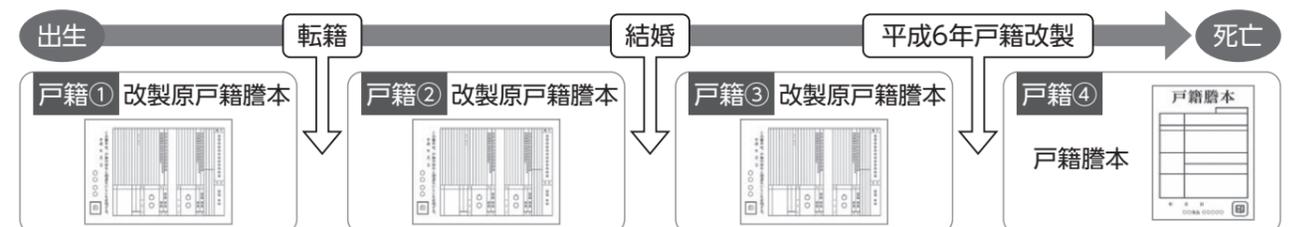
■必要な戸籍謄本 早見表 ご確認のうえ、必要な戸籍謄本をご提出願います。

死亡共済金受取人	必要な戸籍謄本(戸籍全部事項証明書・改製原戸籍謄本)
①指定受取人	「ア」で「イ」や「ウ」も確認できる場合等は1通で結構です。 受取人順位・順序確定のために、以下記載以外の戸籍謄本のご提出をお願いする場合があります。
②契約者	ア. 被共済者の死亡日が記載されている戸籍謄本 イ. 共済金受取人の現在の戸籍謄本
③配偶者	ア. 契約者(組合員)の死亡日が記載されている戸籍謄本 イ. 配偶者の現在の戸籍謄本
④契約者の子	ア. 契約者(組合員)の出生から死亡までの全期間の戸籍謄本 イ. アに記載のある契約者の子(養子を含む)全員の現在の戸籍謄本* ※ 死亡されている子(養子を含む)がいる場合は当該死亡日記載のある戸籍謄本も必要。
⑤契約者の父母	ア. 契約者(組合員)の出生から死亡までの全期間の戸籍謄本 イ. 契約者の子(養子を含む)が死亡されている場合は死亡日記載のある戸籍謄本 ウ. アに記載のある契約者の父母(養父母を含む)全員の現在の戸籍謄本* ※ 死亡されている父母(養父母を含む)がいる場合は当該死亡日記載のある戸籍謄本も必要。
⑥契約者の孫	ア. 契約者(組合員)の出生から死亡までの全期間の戸籍謄本 イ. アに記載のある契約者の子(養子を含む)全員の出生から死亡までの全期間の戸籍謄本 ウ. アに記載のある契約者の父母(養父母を含む)の死亡日記載のある戸籍謄本 エ. イに記載のある契約者の孫(養子の子*1(養子を含む)を含む)全員の現在の戸籍謄本*2 ※1 対象となる養子の子は、養子縁組後の出生子に限る。 ※2 死亡されている孫(養子の子を含む)がいる場合は当該死亡日記載のある戸籍謄本も必要。
⑦契約者の祖父母	ア. 契約者(組合員)の出生から死亡までの全期間の戸籍謄本 イ. アに契約者の子(養子を含む)の記載がある場合は全員の出生から死亡までの全期間の戸籍謄本 ウ. アに記載のある契約者の父母(養父母を含む)全員の出生から死亡までの全期間の戸籍謄本 エ. イに記載のある契約者の孫(養子の子(養子を含む)を含む)の記載がある場合は全員の死亡日記載のある戸籍謄本 オ. ア・ウに記載のある契約者の祖父母(養父母の父母(養父母を含む)を含む)全員の現在の戸籍謄本* ※ 死亡されている祖父母(養父母の父母(養父母を含む)を含む)がいる場合は当該死亡日記載のある戸籍謄本も必要。
⑧契約者の兄弟姉妹	ア. 契約者(組合員)の出生から死亡までの全期間の戸籍謄本 イ. アに契約者の子(養子を含む)の記載がある場合は全員の出生から死亡までの全期間の戸籍謄本 ウ. アに記載のある契約者の父母(養父母を含む)全員の出生から死亡までの全期間の戸籍謄本 エ. イに記載のある契約者の孫(養子の子(養子を含む)を含む)の記載がある場合は全員の死亡日記載のある戸籍謄本 オ. ア・ウに記載のある契約者の祖父母(養父母の父母(養父母を含む)を含む)全員の死亡日記載のある戸籍謄本 カ. ア・ウに記載のある契約者の兄弟姉妹(実父母の養子、養父母・異父母の子(養子含む))全員の現在の戸籍謄本* ※ 死亡されている兄弟姉妹(実父母の養子、養父母・異父母の子(養子を含む))がいる場合は当該死亡日記載のある戸籍謄本も必要。
④～⑧配偶者の子～兄弟姉妹の場合	上記の④～⑧に準じた戸籍謄本とともに、受取人順位の上位者がいないことを確認できる戸籍謄本も必要。

【出生から死亡までの全期間の戸籍謄本の提出が必要な場合】さかのぼって途切れないよう取得願います。

●改製等で新たに作成された戸籍には、改製前に結婚や離婚、死亡等によって既に除籍された方の情報は含まれません。そのため、改製等があった場合はそれより前の戸籍謄本(改製原戸籍謄本)を提出していただくことが必要となります。

【例】戸籍謄本が4種類必要となる場合



●2024年3月1日の戸籍法改正により戸籍謄本の広域交付が可能となり、本籍地が遠方でも、お住まいや勤務地の最寄りの市区町村役場窓口で戸籍謄本を取得できるようになりました。ただし、広域交付の対象外の戸籍謄本もありますので、戸籍謄本の取得に際しては、最寄りの市区町村窓口にご相談ください。

(II)請求書類の記入例について

●各種請求書類のご記入に際しては、黒ボールペン(消せるボールペンは不可)をご使用ください。また、ご捺印に際して実印欄には実印(その他の捺印欄は認印(シャチハタ不可)で可)をご捺印願います。

1 生命共済 共済金支払請求書

所定の用紙となります。

共済金受取人の捺印欄には、共済金受取人の実印を押印ください。

＜共済金請求に伴う個人情報(要配慮個人番号を含む)の取扱いについて＞
 ①UAゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済coopへの共済金請求書類(要配慮個人番号を含む)の提供および提供に伴う事務を委任します。
 ②UAゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済coopは、共済金支払請求書に記載されている個人情報(要配慮個人番号を含む)など取得した個人情報は、法律で定められた場合を除き、共済金支払いの適否に関する範囲に限り利用し、他の目的には利用いたしません。
 ③前記各個人情報は、UAゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済coopが適切かつ厳重に管理し、一定期間を経過したものは、内部に定めたルールに従って処分します。
 ④ご提供いただいた個人番号は共済金支払取引に関する支払調書作成事務のみに利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

生命共済 共済金支払請求書

UAゼンセン福祉共済互助会・全国労働者共済生活協同組合(こくみん共済coop) 御中
 事業規約・細則に基づき、必要書類を添えて、下記の通り共済金の請求をいたします。

契約内容	共済事由	請求日
生命共済	死亡 重度障害	20XX年 7月 1日

契約者名(組合員)記入欄		生年月日	共済加入者番号
姓 氏名	太郎	昭和・平成・令和(西暦) 19XX年 11月 1日	0001234560
組合・支部名	市ヶ谷労組 東京支部	組合・支部コード	1234500000

被共済者(今回死亡もしくは重度障害になられた方)記入欄		性別	契約者との続柄
姓 氏名	太郎	1. 男 2. 女	0. 契約者本人 1. 配偶者 2. 子供
勤務先または職業(職種・業種)とその連絡先	市ヶ谷(株)03-3288-3533		

共済金受取人記入欄		請求(承諾)印	契約者との続柄	連絡先電話番号
姓 氏名	花子	(実印)	0. 契約者本人 1. 配偶者 2. 子供 3. その他	(03) 3288-3708
後見人 親権者	〒102-8274 市ヶ谷 千代田 九段南4-8-19			

共済金振込口座記入欄		預金名義人
振込先指定口座	銀行 信用金庫 九段南 支店	姓 氏名
1. 総合口座 2. 当座 その他()	口座番号 1001111	太郎

UAゼンセン処理欄	こくみん共済coop処理欄
＜所属団体＞ 13-U1Z0001/U1Z0002 UAゼンセン福祉共済互助会 印	＜こくみん共済coop共済金振込口座＞ 中央労働金庫市谷支店普通預金1002117 UAゼンセン福祉共済互助会 印

死亡、重度障害のいずれかに○印をしてください

本書に記入した日付を記入してください

契約者名(フリガナ)、生年月日、共済加入者番号、所属組合、コードを記入してください

共済金受取人の方の共済金振込口座情報を記入してください

今回死亡もしくは重度障害になられた方の氏名(フリガナ)、生年月日、性別、勤務先、契約者との続柄を記入してください

●共済金受取人の氏名(フリガナ)、契約者との続柄、連絡先、住所(フリガナ)を記入してください
 ●請求印欄には、受取人の実印を捺印してください
 契約者の死亡以外は契約者が原則受取人となります
 ●共済金の受取人が未成年の場合は、共済金の受取人名とは別に、必ず親権者(後見人)名を記入してください
 請求印は、親権者(後見人)の実印を捺印してください

2 生命共済 特定状態共済金支払請求書

＜共済金請求に伴う個人情報の取扱いについて＞
 ①UAゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済coopは、共済金支払請求書に記載されている個人情報、添付いただいた書面に記載されている各個人情報を、取得した個人情報は、法律で定められた場合を除き、共済金支払いの適否に関する範囲に限り利用し、他の目的には利用いたしません。
 ②前記各個人情報は、UAゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済coopが適切かつ厳重に管理し、一定期間を経過したものは、内部に定めたルールに従って処分します。

生命共済 特定状態共済金支払請求書

UAゼンセン福祉共済互助会・全国労働者共済生活協同組合(こくみん共済coop) 御中
 事業規約・細則に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり共済金の請求をいたします。

請求日 20XX年 3月 1日

契約者名(組合員)記入欄		生年月日	共済加入者番号
姓 氏名	太郎	昭和・平成(西暦) 19XX年 10月 1日	0001234560
組合・支部名	市ヶ谷労組 東京支部	組合・支部コード	1234500000

被共済者(今回特定状態になられた方)記入欄		性別	契約者との続柄
姓 氏名	太郎	1. 男 2. 女	0. 契約者本人 1. 配偶者 2. 子供
勤務先または職業(職種・業種)とその連絡先	市ヶ谷(株) 03-3288-3533		

受取人氏名・口座は、必ず本人が署名・捺印してください。訂正する場合は訂正印を捺印してください。		請求印	契約者との続柄	連絡先電話番号
姓 氏名	太郎	(実印)	本人	(03) 3288-3533
後見人 親権者	〒102-8274 市ヶ谷 千代田 九段南4-8-19			

住所	〒102-8274 市ヶ谷 千代田 九段南4-8-19
支払通知書送付先(共済金支払い通知書の送り先として、上記受取人の住所以外をご指定される場合は、下記に送付先をご記入ください。)	〒 市区部

生命共済 特定状態共済金額	指定共済金額※
1000	万円

共済金振込口座記入欄(共済金は下記口座への入金をもって、受領したものと認めます。)		預金名義人
振込先指定口座	銀行 信用金庫 九段南 支店	姓 氏名
1. 総合口座 2. 当座 その他()	口座番号 1001111	太郎

UAゼンセン処理欄	こくみん共済coop処理欄
＜所属団体＞ 13-U1Z0001/U1Z0002 UAゼンセン福祉共済互助会 印	＜こくみん共済coop共済金振込口座＞ 中央労働金庫市谷支店普通預金1002117 UAゼンセン福祉共済互助会 印

特定状態共済金の給付額は被共済者の加入コースに応じて異なります。詳細はI-(Ⅲ)-1-(3)を参照してください

本書に記入した日付を記入してください

契約者名(フリガナ)、生年月日、共済加入者番号、所属組合、コードを記入してください

今回、特定状態になられた方の氏名(フリガナ)、生年月日、性別、勤務先、契約者との続柄、連絡先、住所(フリガナ)、実印、共済金振込口座情報を記入・捺印してください

3 死亡診断書(死体検案書)

医師に記入していただきます。
次に該当する場合に限り、所定の用紙以外の診断書(検案書)写しでも認めます。
●保障開始日(更新日)より2年以上経過後の死亡の場合
●死亡原因が自殺または事故死亡であることが明らかな場合

死亡診断書(死体検案書)
UAゼンセン 福祉共済互助会
全国労働者共済生活協同組合連合会(こくみん共済coop)
氏名、住所、死亡日時、死亡場所、死亡原因、死亡の種類、外因死の追加事項、今回の傷病に関する前医・紹介医、上記傷病に関わる入院期間、患者申告の症状発現時期、本人の特徴、身長、体格、酒量、習慣その他の事項、上記の通り診断(検案)する所在地、病(医)院名、電話

4 重度障害診断書

医師に記入していただきます。
※必ず4ページ1組でご提出ください。(コピーして使用する場合は、両面印刷2枚・面印刷4枚のどちらでも可)

重度障害診断書
氏名、性別、生年月日、障害内容・傷病名、治療時期、医師推定・受保・発病日、医師推定・受保・発病日、初診日、1.発病(受傷)から初診までの経過および初診時の所見、2.現在までの治療内容と効果、3.神経系・感覚系・運動系・視覚系・聴覚系・言語系・呼吸器系・消化器系・泌尿器系・生殖器系・内分泌系・免疫系・その他、4.検査結果

重度障害診断書(続き)
身体機能障害(可動域)
関節の機能障害(可動域)
感覚障害
運動障害
視覚障害
聴覚障害
言語障害
呼吸器障害
消化器障害
泌尿器障害
生殖器障害
内分泌障害
免疫障害
その他

重度障害診断書(続き)
視力(矯正可・不可)
聴覚
言語
呼吸器
消化器
泌尿器
生殖器
内分泌
免疫
その他

重度障害診断書(続き)
神経系・感覚系・運動系・視覚系・聴覚系・言語系・呼吸器系・消化器系・泌尿器系・生殖器系・内分泌系・免疫系・その他
3.その他特異的なこと(症状発現時における特記すべき検査所見・神経学的所見等)
4.症状の固定時期(回復の見込みがなくなった時期)
5.後遺障害の内容に対する所見(回復の見込み等)

特定状態共済金の請求および受領に関する同意書

U A ゼンセン福祉共済互助会
全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop） 御中

私は、このたび、U A ゼンセン生命共済の特定状態共済金を請求および受領するにあたり、下記の取り扱いについて同意します。

記

（特定状態共済金支払い後の掛金）

1. 特定状態共済金の支払いを受けたあと、特定状態共済金の請求書類をU A ゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済 coop が受け付けた日（以下「請求日」といいます。）からその日の属する共済期間（以下「当該共済期間」といいます。）の満了日までの、請求時に特定状態共済金として指定した金額（以下「指定共済金額」といいます。）に相当する基本契約部分にかかる掛金について、U A ゼンセン生命共済規定第 38 条第 6 項に定めるとおり、指定共済金額から差し引かず、当該共済期間の満了日まで特定状態共済金を請求する前と同じ額の掛金が徴収されること。

（特定状態共済金支払い後の当該共済期間中の死亡共済金または重度障害共済金）

2. 特定状態共済金の支払いを受けた後、当該共済期間の満了日までに、死亡共済金または重度障害共済金の支払事由が発生した場合は、指定共済金額に相当する基本契約部分を減額した後の基本契約部分に対する死亡共済金または重度障害共済金が支払われること。また、その基本契約部分は、特定状態共済金の請求日に遡って減額されること。

（特定状態共済金支払い後の生命共済の更新）

3. 特定状態共済金の支払いを受けた後、生命共済を更新する場合には、指定共済金額に相当する額を減額して更新すること。

（更新日に減額の事務処理が間に合わなかった場合等の取扱い）

4. 共済事故発生日（請求日）直後の更新日に、生命共済の減額の事務処理が間に合わなかった場合は、U A ゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済 coop の間で協議した方法により取り扱われること。

20XX年 4月 10日

共済契約者

住所 千代田区九段南4-8-19

氏名 共済太郎

(2022年3月版)

本書に記入した日付を記入してください

契約者が住所、氏名、契約者印(シャチハタ不可)を署名・捺印してください

死亡に伴う共済金の請求で、受取人（請求者）と同一順位（I-IV）を参照）の受取人が、複数いる場合には、代表受取人を決めていただきます。死亡共済金の請求・受領に関わる手続きを委任していただいた代表受取人に共済金をお支払いします。
委任状が取れない受取人がいた場合は、その受取人の受け取り分共済金の支払いは保留となります。

委任状

記入日 20XX年 4月 25日

U A ゼンセン福祉共済互助会 御中
全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop）

共済契約者 氏名 **共済太郎** 生年月日 **20△△年 4月 25日**
被共済者 氏名 **共済太郎** 生年月日 **20△△年 4月 25日**
契約名（商品名） U A ゼンセン生命共済 共済金額 **5,000,000** 万円

代表受取人 住所 **東京都港区芝2-20-12**
氏名 **共済一郎**

(共済金請求書に捺印した印鑑と同じもの)

U A ゼンセン福祉共済互助会ならびに全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop）との間で締結されている上記契約において、以下の者が受取権利を有する共済金等について、上記の者を代表受取人として定め、共済金等の請求および受領についての一切の権限を委任いたします。
万一後日、本件に関し、利害関係人から請求その他異議が申し立てられた場合、その他一切の共済金等の請求に関する一切の紛争につき、その解決を上記代表受取人に委任することとし、貴会には一切ご迷惑をお掛けしません。
なお、利害関係人から求めがあった場合は、貴会の判断で本書を含む請求書類の一切を開示しても差し支えありません。
以上、本書をもって誓約します。

甲) 住所 **東京都港区芝2-20-12**
氏名 **共済二郎**

乙) 住所 **東京都立川市曙町1-12-20**
氏名 **鈴木百合子**

丙) 住所 **千葉県中央区千葉港4-4**
氏名 **斉藤優子**

丁) 住所 _____
氏名 _____

※ 代表受取人または委任者が未成年者の場合は、親権者または後見人の署名（未成年者氏名横に併記）・実印の捺印（未成年者の捺印は不要）が必要です。
※ 欄が不足する場合には、裏面に署名・捺印をお願いいたします。

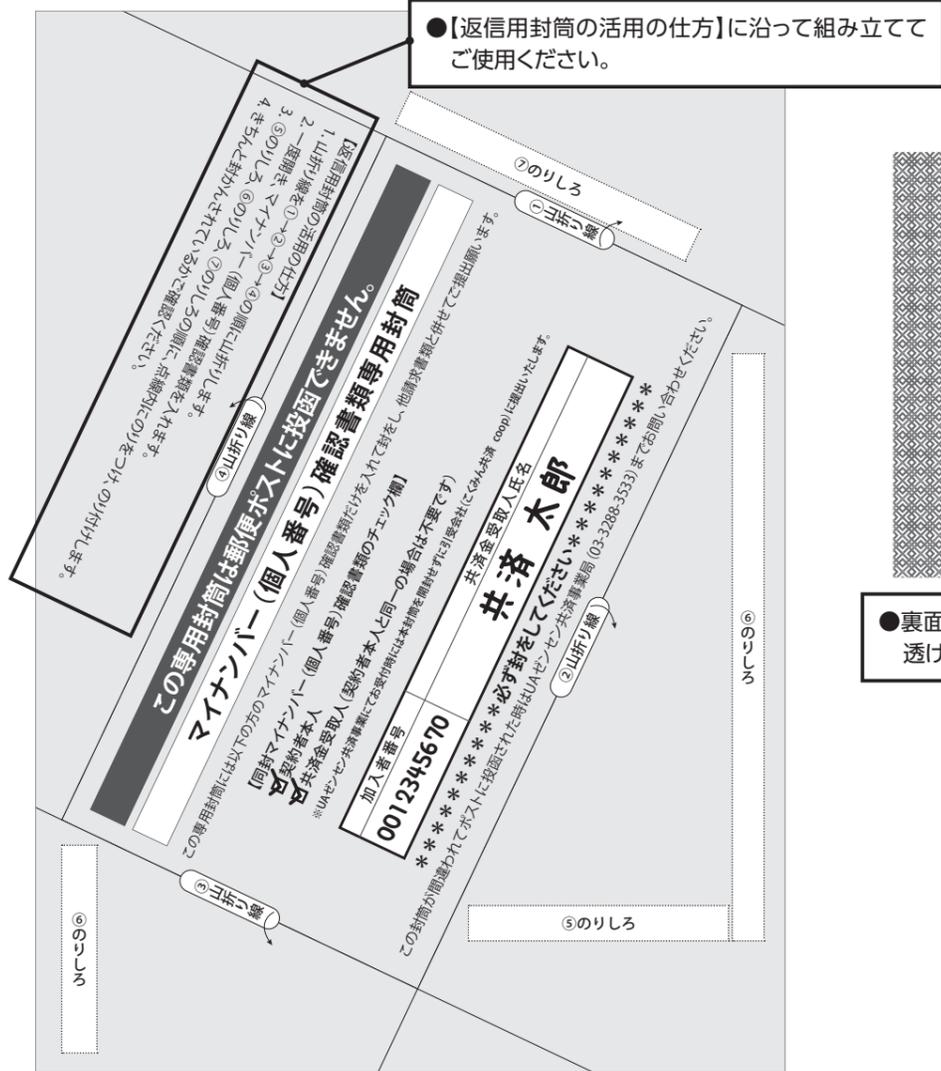
以上
(2022年3月版)

代表受取人が代表受取人の住所、氏名、実印を署名・捺印してください

代表受取人と同一順位の受取人全員が住所、氏名、実印を署名・捺印してください

9 マイナンバー（個人番号）確認書類専用封筒（組立式）

※組立式となっています。（コピーして使用する場合は、地紋が裏面となるように必ず両面印刷してください。）
組み立てて、マイナンバー（個人番号）確認書類のみを封入し、封をしてご提出ください。



●組み立てのイメージ

山折り線①②③④の順に折り込み書類を入れのり付け



10 脱退届

本書記入日、共済加入者番号、組合名、組合コード、組合員氏名（フリガナ）、生年月日、連絡先、住所（フリガナ）、組合員印（シャチハタ不可）を署名・捺印してください

生命共済 脱退届

UAゼンセン福祉共済互助会 全国労働者共済生活協同組合連合会 (こくみん共済 coop) 御中

記入日 20××0501

加入者番号 0012345670 組合名 市ヶ谷 支部・分室名 東京

組合員氏名 (フリガナ) キョウサイ タロウ 組合員印 共済

生年月日 530714 日中のご連絡先(携帯電話など) 03-3288-3533

〒102-8274 東京都千代田区千代田 九段南4-8-19

▼該当するものに○印を付けてください。

1 組合員本人を含む加入者全員の全部脱退 (標準型・緩和型 両タイプ全ての脱退) 脱退事由: 022 定年退職, 023 その他退職, 025 標準型負担軽減, 030 その他

2 組合員本人の緩和型もしくは標準型の一部脱退 (組合員本人の生命共済の加入無効、家族(配偶者・子ども)のみ継続はできません) 脱退事由: 022 定年退職, 023 その他退職, 025 標準型のみ, 026 標準型負担軽減, 030 その他

3 配偶者・子どもの一部脱退 (脱退する家族の氏名・続柄等を下記へご記入ください)

脱退する家族氏名 (フリガナ)	続柄	脱退内容	脱退事由
フリガナ	1. 配偶者	1. 全部脱退 2. 緩和型のみ 3. 標準型のみ	025 保険料負担軽減 030 その他
フリガナ	2. 子ども	1. 標準型	027 家族の独立 024 就職 030 その他
フリガナ	2. 子ども	1. 標準型	027 家族の独立 024 就職 030 その他
フリガナ	2. 子ども	1. 標準型	027 家族の独立 024 就職 030 その他

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) 「緩和型」から「標準型」への変更 02 末日

タイプ	積立額	団体番号	商品	受付日	こくみん共済 coop 組合員番号	積立額	スキップ
標準	13	UIZ0001	D1U	/	/	/	3
緩和	13	UIZ0002	D1U	/	/	/	3

加入タイプ変更の手続きの場合は○印をつけてください。

●組合員本人を含む加入者全員の脱退の場合は「1 全部脱退」に○印をつけてください

●組合員本人を除く家族の加入者の脱退の場合は、「3 配偶者・子どもの一部脱退」に○印をつけて、脱退者の氏名(フリガナ)・続柄・脱退内容・脱退事由を記入してください

●加入タイプ変更の手続きで、組合員本人が変更する場合は、「2 組合員本人の緩和型もしくは標準型の一部脱退」に○印をつけ、脱退内容欄は「1.緩和型のみ」、脱退事由欄は「030.その他」に○印をつけてください。配偶者が変更する場合は、「3 配偶者・子どもの一部脱退」に○印をつけ、脱退内容欄は「2.緩和型のみ」、脱退事由欄は「030.その他」に○印をつけてください。

13 死亡共済金受取人指定(変更・取消)承認請求書

承認請求日(提出日)、指定日(承認請求日同日もしくは以降の日付)、指定区分、指定事由(指定受取人の変更の場合のみ記入)欄を記入してください。

契約者(組合員)名(自署)、契約者(組合員)印(認印でも可、シャチハタは不可。2枚目以降にも要捺印。ただし、⑤項欄の死亡共済金受取人の契約者との続柄が「⑦その他」の場合は、実印を捺印し、印鑑登録証明書(発行後3ヵ月以内の原本)の提出が必要)、生年月日、現住所、連絡先電話番号欄を記入してください。組合員番号欄の記入は不要です。

死亡共済金受取人氏名、生年月日、契約者との続柄、受取割合(複数人を指定する場合は合計で100%となるように記入)、現住所(契約者の現住所と同様でも要記入)、連絡先電話番号(契約者の連絡先電話番号と同様でも要記入)欄を記入してください。

同意日(承認請求日同日もしくは以前の日付)、死亡共済金受取人を指定する対象契約の被共済者(加入者)氏名※(自署)欄を記入、被共済者印を捺印(認印でも可、シャチハタは不可。2枚目以降にも要捺印)してください。
※被共済者(加入者)は④に記載いただく方と同一となります。記入・捺印漏れにご注意ください。

死亡共済金 受取人指定(変更・取消)承認請求書

全国労働者共済生活協同組合連合会(こくみん共済 coop) 協中
貴会の実施する下記商品名欄で指定した共済の事業規約・附則等にもつき、必要書類を添えて下記のとおり届け出ます。記載事項に明らかな誤りがあるときは、貴会が訂正しても異議ありません。
本契約に関する個人情報は所管する労働組合・共済会等への提供、また、マイナンバーは支払調書作成の事務に利用されることを被共済者とともに同意します。

※複数共済の指定をご希望の場合は、共済ごとにご提出ください。

1 承認請求日 20XX年 7月 1日 指定日 20XX年 10月 1日

2 商品名 該当する商品名を1つ選択してください。
①:こくみん・住まい (K411) ②:セック移住共済 (K491) ③:住まい+交通災害 (K3) ④:セック共済 (D) ⑤:組合医療・せいめい (A1) ⑥:終身共済マインド (セット医療含む) (A5) ⑦:個人ねんきん共済 (A3) ⑧:新団体系年金・団体ねんきん共済 (A4) ⑨:生命 共済 ()

3 契約者(組合員)氏名 フリガナも必ず記入してください。 契約者印 生年月日 組合員番号
フリガナ キョウサイ 太郎 昭和 平成 19 20 〇〇年 7月 14日 記入不要
氏 共済 太郎

4 対象契約の内容を記入してください。
被共済者氏名 フリガナも必ず記入してください。 現住所 契約者との続柄 共済契約の種類
フリガナ キョウサイ 太郎 昭和 平成 19 20 〇〇年 月 日 記入不要
氏 共済 太郎

5 死亡共済金受取人を指定してください。
受取人氏名 フリガナも必ず記入してください。 生年月日 契約者との続柄 受取割合
フリガナ キョウサイ ハナコ 昭和 平成 19 20 〇〇年 8月 31日 ①:配偶者 ②:子ども ③:孫 ④:父母 ⑤:祖父母 ⑥:兄弟姉妹 ⑦:その他 () 50%
氏 共済 花子
現住所 受取人氏名を記入した場合は必ず記入してください。 日中のご連絡先(携帯電話など)
〒1028274 フリガナ キョウダク ワダンミナミ 4-8-19 ①:携帯・自宅 ②:その他
千代田 九段南4-8-19 03(3288)3533

受取人氏名 フリガナも必ず記入してください。 生年月日 契約者との続柄 受取割合
フリガナ キョウサイ イチロウ 昭和 平成 19 20 〇〇年 10月 31日 ①:配偶者 ②:子ども ③:孫 ④:父母 ⑤:祖父母 ⑥:兄弟姉妹 ⑦:その他 () 50%
氏 共済 一郎
現住所 受取人氏名を記入した場合は必ず記入してください。 日中のご連絡先(携帯電話など)
〒1028274 フリガナ キョウダク ワダンミナミ 4-8-19 ①:携帯・自宅 ②:その他
千代田 九段南4-8-19 03(3288)3533

6 被共済者同意欄 ※必ず署名・押印してください。 被共済者印
上記の指定、変更、取り消しに同意します。 (西暦) 20XX年 7月 1日 被共済者氏名 共済 太郎

7 届け出にあたっては、共済契約証書を添付してください。紛失により共済契約証書を添付できない場合は、以下に○を記入してください。
 共済契約証書を紛失しましたので、届け出ます。

通信欄
事務処理欄 受付日 20 年 月 日 振替 1. 承認 2. 否認 責任者 振替番号 BC31 原票番号

商品名欄には⑨に○印をつけ、カッコ内に「生命」と記入してください。

死亡共済金受取人を指定する対象契約の被共済者(加入者)※氏名を記入してください。発効日、契約番号、共済契約の種類欄の記入は不要です。

加入者証を添付される際には○印は不要です。加入者証を添付できない場合には○印をつけてください。

*記入内容の訂正は、訂正箇所を二重線で抹消・訂正し、契約者記入欄の訂正は契約者印、被共済者同意欄の訂正は被共済者印と同一印を捺印してください。
*請求書4枚目は「契約者用」となります。こくみん共済 coopにて承認印を押印した上で返送いたします。
*請求書5枚目は「契約者控え」となります。お取りいただいた上で書類をご提出ください。

付録

共済金請求時等には、こちらに掲載されている書類を切り取り、もしくはコピーしてご使用ください。
 なお、これらの書類はUAゼンセンホームページ(https://uazensen.jp/kyousai_top/)にも掲載されており印字しご使用いただけます。

生命共済書類

- ①生命共済 共済金支払請求書
 - ②生命共済 特定状態共済金支払請求書
 - ③死亡診断書(死体検案書)
 - ④重度障害診断書※1
 - ⑤特定状態診断書兼参考意見書※2
 - ⑥個人情報(要配慮個人情報含む)の取得・提供に関する同意書
 - ⑦特定状態共済金の請求および受領に関する同意書
 - ⑧委任状
 - ⑨マイナンバー(個人番号)確認書類専用封筒(組立式)※3
 - ⑩脱退届
 - ⑪出資金返戻請求書
 - ⑫海外渡航届兼委任状
- ★死亡共済金受取人指定承認請求書は、所属労働組合にご請求ください。

※1 ④「重度障害診断書」は必ず4ページ1組でご提出ください。

※2 ⑤「特定状態診断書兼参考意見書」は必ず2ページ1組でご提出ください。

※3 ⑨「マイナンバー(個人番号)確認書類専用封筒(組立式)」は、必ず組み立てて、必要事項をご記入いただき、マイナンバー(個人番号)確認書類のみを封入し、封をしたうえご提出ください。

〈共済金請求に伴う個人情報(要配慮個人番号を含む)の取扱いについて〉

- ①UAゼンセン福祉共済互助会にこくみん共済 coopへの共済金請求書類(要配慮個人番号を含む)の提供および提供に伴う事務を委任します。
- ②UAゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済 coopは、共済金支払請求書に記載されている個人情報(要配慮個人番号を含む)など取得した個人情報は、法律で定められた場合を除き、共済金支払いの適否に関する範囲に限ってのみ利用し、他の目的には利用いたしません。
- ③前記各個人情報は、UAゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済 coopが適切かつ厳重に管理し、一定期間を経過したものは、内部に定めたルールに従い責任をもって処分します。
- ④ご提供いただいた個人番号は共済金支払取引に関する支払調書作成事務のみに利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

生命共済 共済金支払請求書

UAゼンセン福祉共済互助会・全国労働者共済生活協同組合(こくみん共済 coop) 御中
 事業規約・細則に基づき、必要書類を添えて、下記の通り共済金の請求をいたします。

契約内容	共済事由	請求日	年	月	日
生命共済	死亡・重度障害				

契約者名(組合員)記入欄

か	生年月日	共済加入者番号
	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	
組合・支部名	組合・支部コード	

被共済者(今回死亡もしくは重度障害になられた方)記入欄

か	生年月日	性別	契約者との続柄
	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	1. 男 2. 女	0. 契約者本人 1. 配偶者 2. 子供
勤務先または職業(職種・業種)とその連絡先			

共済金受取人記入欄

か	請求(承諾)印	契約者との続柄	連絡先電話番号
		0. 契約者本人 1. 配偶者 2. 子供 3. その他 ()	自宅・勤務先・携帯 ()
後見人 親権者	実印をご捺印ください		
住所	〒 市 区 郡		

共済金振込口座記入欄

振込先指定口座	預金名義人
銀行・信用金庫 労働金庫・信用組合	か
1. 総合口座 2. 当座 その他()	
口座番号	

共済金はこくみん共済 coop分も含めて指定口座にお振込みします。

UAゼンセン処理欄	こくみん共済 coop処理欄
<所属団体> 13-U I Z 0 0 0 1 / U I Z 0 0 0 2 UAゼンセン福祉共済互助会 印	<こくみん共済 coop共済金振込口座> 中央労働金庫市谷支店普通預金1002117 UAゼンセン福祉共済互助会

＜共済金請求に伴う個人情報の取扱いについて＞

①U Aゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済 coop は、共済金支払請求書に記載されている個人情報、添付いただいた書面に記載されている各個人情報を含め、取得した個人情報は、法律で定められた場合を除き、共済金支払いの適否に関する範囲に限ってのみ利用し、他の目的には利用いたしません。
 ②前記各個人情報は、U Aゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済 coop が適切かつ厳重に管理し、一定期間を経過したものは、内部に定めたルールに従い責任をもって処分します。

生命共済 特定状態共済金支払請求書

U Aゼンセン福祉共済互助会・全国労働者共済生活協同組合（こくみん共済 coop） 御中
 事業規約・細則に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり共済金の請求をいたします。

請求日	年 月 日
-----	-------

契約者名(組合員)記入欄

加	生年月日	共済加入者番号
	昭和・平成・西暦 年 月 日	
組合・支部名	組合・支部コード	

被共済者(今回特定状態になられた方)記入欄

加	生年月日	性別	契約者との続柄
	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	1. 男 2. 女	0. 契約者本人 1. 配偶者 2. 子ども
勤務先または職業(職種・業種)とその連絡先			

受取人氏名・口座は、必ずご本人が署名・捺印してください。訂正する場合は訂正印を捺印してください。

受取人	加	請求印	契約者との続柄	連絡先電話番号
	後見人 親権者	実印をご捺印ください		自宅・勤務先・携帯 () -
住所	〒	市	区	郡

支払通知書送付先(共済金支払い通知書の送り先として、上記受取人の住所以外をご指定される場合は、下記に送付先をご記入ください。)

送付先	〒	市	区	郡
-----	---	---	---	---

生命共済 特定状態共済金額

指定共済金額※	万円
---------	----

※特定状態共済金の給付額は被共済者の、加入コースに応じて異なります。詳細はパンフレット・ご加入者のしおりをご参照ください。
 ※特定状態共済金は、U Aゼンセンとこくみん共済 coop で指定共済金額の各50%ずつを給付いたします。

共済金振込口座記入欄(共済金は下記口座への入金をもって、受領したものと認めます。)

振込先指定口座	銀行・信用金庫	支店	預金名義人
	労働金庫・信用組合		加
1. 総合 2. 当座 その他()	口座番号		

共済金はこくみん共済 coop 分も含めて指定口座にお振込みします。

U Aゼンセン処理欄 ＜所属団体＞ 13-U I Z 0 0 0 1 / U I Z 0 0 0 2 U Aゼンセン福祉共済互助会 印	＜こくみん共済 coop 共済金振込口座＞ 中央労働金庫市谷支店普通預金1002117 U Aゼンセン福祉共済互助会	こくみん共済 coop 処理欄 特定状態共済金 給付額
--	--	--------------------------------

(2024年3月版)

死亡診断書（死体検案書）

UAゼンセン 福祉共済互助会

全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop）

氏名			男	昭和・平成・令和		年	月	日生（満	歳）	
住所						職業				
死亡日時	年		月	日	午前・午後	時	分			
死亡場所	病（医）院・自宅・その他（ ）									
死亡の原因 <small>*直接の死因を（ア）欄に、医学的に因果関係のあったと考えられる死因を順番に（イ）欄以降に書いて下さい</small>	一	（ア）直接死因			医師推定 発病日 又は 受傷日 <small>*各死因の発病日を記入して下さい。</small>	年		月	日・不詳	
		（イ）（ア）の原因				年		月	日・不詳	
		（ウ）の原因				年		月	日・不詳	
	二	合併症				年		月	日・不詳	
	手術	無・有 { }				手術年月日	年		月	日
	解剖	無・有 { }								
死亡の種類	1. 病死及び自然死 2. 交通事故 3. 転倒・転落 4. 溺水 5. 煙、火災及び火焰による傷害 6. 窒息 7. 中毒 8. 不慮の外因死 9. その他（ 外因死 { その他及び不詳の外因死 10. 自殺 11. 他殺 12. その他及び不詳の外因 } 13. 不詳の死									
外因死の 追加事項	傷害発生日時	年		月	日	午前・午後	時	分		
	傷害発生場所									
追加事項	手段及び状況									
今回の傷病に関する前医・紹介医 （有・無）	病（医）院名	医師名		既往症 （有・無）	傷病名	病（医）院名				
	（治療期間 年 月～ 年 月）				（治療期間 年 月～ 年 月）	治癒・不詳				
上記傷病に関 わる入院期間	年	月	日	～	年	月	日			
	年	月	日	～	年	月	日			
	年	月	日	～	年	月	日			
発病から初診までの症状経過					初診時の所見・治療経過（他覚的所見・検査結果の状況を含む）					
患者申告の症状発現時期（ 年 月 日頃・不詳）					初診日： 年 月 日					
本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖その他の事項										
上記の通り診断（検案）する。					診断（検案）年月日 年 月 日					
所在地					本診断書（検案書）発行年月日 年 月 日					
病（医）院名					担当科（ ）					
電話（ ）					医師名 ㊟					

キリトリ

重度障害診断書

(後遺障害診断書)

<記入上の注意>

- ◆注意書きがある場合を除き、症状固定日時点における障害についてご記入をお願いします。
- ◆1ページ目の1・2および4ページ目の3・4は必ずご記入をお願いします。その他の欄は、患者様ご該当する障害部位に応じて、ご記入をお願いします。
- ◆*「労働能力」とは、一般的な平均的労働能力を言い、年齢、職種、利き腕、知識、経験等の職業的、能力的諸条件は考慮しません。

氏名	カルテ番号()		性別	男・女	生年月日	年	月	日		
ア. 障害内容					既 存 障 害	障害内容・傷病名 治療時期				
						有・無	病院名(住所・電話)			
イ. 原因となった 疾病・外傷名					前 医	病院名(住所・電話)				
ウ. イの原因						有・無	医師名			
患者申告 受傷・発病日	年	月	日	入院期間						
医師推定 受傷・発病日	年	月	日	年	月	日	から	年	月	日まで
初診日	年	月	日	年	月	日	から	年	月	日まで
				年 月 日 現在 1. 入院治療中 2. 通院治療中 3. 治ゆ 4. 転医 5. 中止						
1. 発病(受傷)から初診までの経過および初診時の所見					初診時の意識状態(ア. 正常 イ. 軽度の障害 ウ. 重度の障害 エ. 昏睡状態)					
					JCS・GCSスコア:()					
2. 現在までの治療内容と効果					器質的变化[有・無]、検査名() *具体的内容は以下にご記入ください。					
					手術名					
					手術日 年 月 日					
① 神経系統の機能	麻痺等の範囲	四肢・片[右・左]・対[上肢・下肢]・単[右上肢・右下肢・左上肢・左下肢]								
	種類	ア. 疼痛[部位:] イ. 異常感覚(蟻走感、感覚脱失等)[部位:] ウ. 特殊な性状の疼痛[カウサルギー・RSD] / ※診断根拠となる検査所見等を裏面3.にご記入ください。								
	頻度	ア. ほとんど常時 イ. 可動時[具体的な動作:] ウ. 雨曇天時 エ. その他[]								
	疼痛の労働能力に及ぼす影響(*)	ア. 軽易な労務以外の労働に常に差し支える程度の疼痛がある イ. 通常の労務に服することはできるが、疼痛により時には労働に従事することができなくなるため、就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限される ウ. 通常の労務に服することはできるが、時には強度の疼痛のため、労働にある程度差し支えがある エ. 通常の労務に服することはできるが、受傷部位にほとんど常時疼痛を残す								
	感覚障害の原因となる他覚的所見の有無(骨の変形や骨癒合不全等)	<input type="checkbox"/> あり(治療時の検査所見等を具体的ににご記入ください。) ・ <input type="checkbox"/> なし								
② 胸腹部臓器・生殖器・泌尿器の障害	神経因性膀胱障害 神経因性直腸障害	無・有 [症状・頻度]								
	※各臓器の機能低下の程度と具体的症状(生化学検査・血液学的検査などの成績は、この欄にご記入いただくか検査表を添付してください。)									
	呼吸器の障害			心機能の障害			その他			
・動脈血酸素分圧(室内気)	[]	Torr	・左室駆出率	[]	%					
・動脈血炭酸ガス分圧(室内気)	[]	Torr	・心胸比	[]	%					
・動脈血酸素分圧(酸素吸入下)	[]	Torr	・NYHA分類	クラス[]						
・動脈血炭酸ガス分圧(酸素吸入下)	[]	Torr	・CCS分類	クラス[]						
・%1秒量(%FEV1.0)	[]	%	・運動強度	[]	METs 超の					
・%肺活量	[]	%	強度の身体活動の制限							
(検査日: 年 月 日)			(検査日: 年 月 日)							

キ
リ
ト
リ

特定状態診断書兼参考意見書

U A ゼンセン福祉共済互助会
全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済coop）

◆神経系統の機能または精神・胸腹部臓器の障害の場合には、下記⑬・⑭・⑮にもご記入をお願いします。

◆次の項目について、該当するものに○・×をつけてください。○：一人でできる ×：一人でできない *補助具等の使用の状態をもってご記入ください。

⑬日常生活上の所見

【身体機能】 ◆以下項目は、左右を区別してご記入をお願いします。 *利き手 右 ・ 左

1. 歩く(屋内) () 4. 立ち上がる () 8. 上衣の着脱(前あきの上衣を着てボタンをとめる) 右 () 左 ()

2. 歩く(屋外) () 5. 階段を上る () 9. スボンの着脱(どのような姿勢でもよい) 右 () 左 ()

3. 座る () 6. 階段を下りる () 10. 持ち上げる (概ね500gの物) 右 () 左 ()

(正座・脚なげ等問わず) 7. ひもを結ぶ () 11. 字を書く(文章は問わず) 右 () 左 ()

【高次脳機能】

1. 人の話を聞いてすぐに理解できる () 5. 一桁の足し算ができる ()

2. 家族と話が通じる () 6. 新しいことを覚えて身につけることができる ()

3. 今日が何月何日かわかる () 7. ひとつのことを続けることができる ()

4. 数分前の出来事や聞いたことを覚えている () 8. わずかなことで怒ったり、興奮したり、いらいらしない ()

⑭日常生活上の介護要否

1. 食物の摂取 2. 排便・排尿 3. 衣服着脱・起居歩行・入浴 4. 精神状態

ア.箸を使用して可能 ア.通常便器で、自力で可能 ア.通常の身のまわりの動作可能 ア.通常精神(知能)状態

イ.食器・食物を選定すれば自力で可能 イ.特別の器具を使用すれば自力で可能 イ.ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴からうじて可能 イ.障害が軽度で監視介助は不要

ウ.自力では困難 ウ.特別の器具により、自力で排せつできるが、後始末は自力で不能 ウ.ベッド上の起居・周辺歩行のみからうじて可能 ウ.障害が中程度で大部屋での監視介助が必要

エ.介助がなければ全く不可能 エ.おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能 エ.おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能 エ.おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能 エ.おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能

⑮労働能力喪失の程度

神経系統・胸腹部臓器 精神

ア.労働能力が全くなく生命維持に必要な身の回りの処理の動作について他人の介護を〔常時・随時〕要する。 ア.精神の障害のため他人の監視又は介護を〔常時・随時〕要する。

イ.労働能力が全くなく終身労務に服することができない。 イ.精神の障害のため労働能力はあっても常時他人が付き添って指示を与えなければ全く労務の遂行ができない。

ウ.特に軽易な労務にのみ服することができる。 (労働能力が平均人の1/4程度) ウ.他人の頻繁な指示がなくては労務の遂行ができない又は、労務遂行の巧緻性や持続性が平均人より著しく劣る。

エ.軽易な労務にのみ服することができる。 (労働能力が平均人の1/2程度) エ.精神の障害のため他人の監視は不要であるが労働能力が平均より明らかに低下している。

オ.通常の労務に服することはできるが、就労可能な職種が相当な程度に制限される。 オ.精神の障害のため職種が相当程度制限される。

カ.労働には差し支えないが、医学的に証明できる精神障害がある。 カ.労働には差し支えないが、医学的に証明できる精神障害がある。

キ.労働には差し支えないが、医学的に推定できる精神障害がある。 キ.労働には差し支えないが、医学的に推定できる精神障害がある。

3. その他特徴的なこと(症状固定時における特記すべき検査所見・神経学的所見等)

4. 症状の固定時期(回復の見込みがなくなった時期)

ア.症状固定と判断する。 症状固定日: 年 月 日

イ.今後大きな回復、改善が見込めるため、現時点では症状未固定と判断する。

◆障害の有無及び程度の診断は、医学上一般に承認された治療方法をもってしても、その効果が期待し得ない状態になったときに行います。

◆ただし、進行性疾患で回復の見込みがなく、今後状態が悪化していくと判断される場合には、「後遺障害診断書に記載された障害状態となった時期」を症状固定日としてご記入ください。

5. 後遺障害の内容に対する所見(回復の見込み等)

◆特に、上記「4」で、「症状未固定」を選択された場合には、今後の治療予定や症状固定の見込み時期等について詳細にご記入ください。

上記のとおり証明します。

住所 年 月 日

病院または診療所の名称 診療科 医師氏名 印

電話番号

氏名 カルテ番号() 性別 男・女 生年月日 保険 健保 国保 労災 自賠 自費 除 其他()

1. 傷病名 ICD10コード 傷病発生年月日 ※必ず○印を付けてください。

ア.入院(手術)等の原因傷病名 年 月 日 医師推定・患者申告

イ.アの原因 年 月 日 医師推定・患者申告

ウ.合併症 年 月 日 医師推定・患者申告

入院の要否 要・不要 ⇒ 要の場合はその期間 年 月 日 ~ 年 月 日

2. 治療期間 初診 年 月 日 ~ 年 月 日 (終診・転院・現在加療中)

入院期間 ① 年 月 日 ~ 年 月 日 退院・入院中・転入院 年 月 日

② 年 月 日 ~ 年 月 日 退院・入院中・転入院 入院が必要と判断した日 年 月 日

③ 年 月 日 ~ 年 月 日 退院・入院中・転入院 年 月 日

分娩を伴う入院期間のうち、公的医療保険制度の適用入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日

3. 前医または紹介医 有・無 医療機関名とその所在地 医師名 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日

4. 既往症 有・無 傷病名 医療機関名とその所在地 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 現在(治療中・治療・不詳)

5. 発症(受傷)から初診までの症状経過(いつ頃からどのような自覚症状があり、なぜ受診するに至ったのか)、初診時の患者主訴および所見、初診以降の検査結果・治療内容

患者申告の自覚症状発現時期(年 月 日頃・不詳) ※事故・ケガが原因の場合には具体的な「他覚的所見の有無」を明記してください。

6. 手術 有・無 ア.開頭術 イ.開胸術 ウ.開腹術 エ.胸腔鏡 オ.腹腔鏡 カ.眼科レーザー キ.経皮的ク.経尿道的ク.経腔的コ.内視鏡またはカテーテルサ.その他() ア〜サから選択

手術の内容 手術名 診療報酬点数区分 手術日 部位 手術種類 筋骨手術の場合 植皮術・筋皮弁術の場合 □腔内手術の場合 分娩を伴う場合 公的医療保険の場合

① K・J - 年 月 日 右左可側 観血・非観血 25cm以上・25cm未満 及び及ばない 適用あり・適用なし

② K・J - 年 月 日 右左可側 観血・非観血 25cm以上・25cm未満 及び及ばない 適用あり・適用なし

3頁目以降の手術があれば記入ください。

7. 放射線治療・温熱療法 有・無 区分 M・L - 部位 総線量 Gy 実施日(期間) 開始 年 月 日 終了 年 月 日 実施回数(回)

8. 先進医療 有・無 技術名 技術料 *先進医療にかかる自己負担金額 円 実施日(期間) 開始 年 月 日 終了 年 月 日 実施回数(回)

9. 悪性新生物の場合 診断確定日 年 月 日 今回罹患する以前の悪性新生物の既往の有無 有・無 有の場合 病名 診断時期 年 月 頃

病理組織診断 病理組織診断名 国際疾病分類・腫瘍学コード(ICD-O-3) 区分 (p) TNM分類

有 → 【 / 】 原発・再発・転移 T() N() M()

診断確定方法(「その他」の場合はその詳細を記入ください) 本人への悪性病名告知 有・無 皮膚腐敗の場合 悪性黒色腫ですか? はい・いいえ

無 → 細胞診・内視鏡・CT・MRI・その他()

10. 急性心筋梗塞の場合 初診日から60日経過時点で労働の制限を引き続き必要としましたか? (ここでいう労働の制限とは、軽い家事等の軽労働・事務等の座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。) 必要・不要

11. 脳卒中の場合 初診日から60日経過時点で他覚的な神経学的後遺症(言語障害・運動失調・麻痺等)が継続していましたか? はい・いいえ 「はい」の場合はその後遺症の詳細についてご記入ください

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

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

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

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

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

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

13. 固定具使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 固定具の種類 ギプス・シーネ・その他()

個人情報（要配慮個人情報含む）の取得・提供に関する同意書

【被共済者記入欄】

- 私は、本件共済金請求にあたり、私の個人情報および要配慮個人情報（傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等。以下同じです。）をU Aゼンセン共済福祉共済互助会ならびに全国労働者共済生活協同組合連合会（以下、貴会）が取得することに同意します。
- 私は、貴会もしくは貴会が委託した者が、共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認の範囲に限って、以下の事項を行うことに同意します。なお、本書については、複写でも本書と同じ効力があるものと認めます。
 - 要配慮個人情報に関する以下の事項。
 - 私の要配慮個人情報を第三者（契約者を含みます。以下同じです。）から取得すること。
 - 私の要配慮個人情報を利用すること。
 - 私の要配慮個人情報を第三者に提供すること。
 - 治療・検査等を受けていた医療機関ならびに警察署・検察庁・消防署その他関係者に対して行う以下の事項。
 - 傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等、および事故内容、他の保険会社や共済団体等に関する事項、その他関連事項の照会および回答受理。
 - 診断書、診療報酬明細書、証明書等の作成依頼および交付受理。
 - X-P、CT、MRIその他検査結果およびカルテ等の借用。または、これらの写しの交付依頼および受理。
 - 他の保険会社や共済団体等に対し、私に関する保険（共済）契約締結の有無、契約状況および傷病内容（診断書等関係書類の開示を含む。）に関して照会し、回答を受理すること。

年 月 日

被共済者 (患者様)	氏名 ㊟	生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
	住所		
承諾者	氏名 ㊟	被共済者 との続柄	

■被共済者（患者様）が署名・捺印してください。

■被共済者（患者様）が未成年者や成年被後見人である場合、またはお亡くなりになっている場合は、被共済者（患者様）の法定代理人または共済金受取人が、被共済者欄氏名等の記入（印不要）および承諾者氏名の署名・捺印をお願いします。

【契約者記入欄】 ※契約者と被共済者が異なる場合のみご記入ください。

私は、貴会が共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認の範囲に限って、他の保険会社や共済団体、その他関係者に対し、私に関する保険（共済）契約締結の有無、契約状況および傷病内容（診断書等関係書類の開示を含む。）に関して照会をすること、および回答を受理することについて同意します。

年 月 日

契約者	氏名 ㊟	生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
-----	---------------------------------------	------	----------------------

■契約者の方が署名・捺印してください。

(2022年3月版)

14. 余命判断について
患者様の余命が6か月以内であることが、リビングニーズ共済金・在宅ホスピスケア共済金のお支払い要件となります。先生は、この患者様がその要件を満たしているとお考えでしょうか。該当する項目に○印をご記入の上、その理由・所見をお聞かせ願います。

本診断書記入日において、余命は6か月以内と(ア.考える・イ.考えない)。

《理由・所見》

余命6か月以内の告知内容

- 患者本人に(年 月 日)に余命は(か月)以内と告げた。
- 患者本人に余命は告げていない。
- 家族(家族名:)には(年 月 日)に余命は(か月)以内と告げた。
※上記の家族と患者の続柄()

証明日 年 月 日

上記の通り証明します。

住所
名称
診療科
電話番号

医師氏名



*訂正された場合には、必ず証明印による訂正印をお願いします。

LIAJ097-500-201908

特定状態診断書兼参考意見書の記入にあたって

この特定状態診断書兼参考意見書は、特定状態共済金のご請求に際して、お支払い事由に該当するか否かを確認させていただくための基礎資料となるため、各項目の情報が必須となります。

したがって、先生におかれましては、診断書の各項目をもれなくご記入いただくとともに、余命診断の参考になるとお考えになれる事項については、詳細かつ具体的にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、ご記入にあたり、何かご不明な点、ご質問等がございましたら、誠に恐れ入りますが、下記までご連絡いただきますようお願い申し上げます。

こくみん共済 coop 共済金センター TEL.0120-580-699

受付時間 平日 9:00~18:00/土曜 9:00~17:00
(日曜・祝日・年末年始は除きます)

特定状態共済金の請求および受領に関する同意書

U A ゼンセン福祉共済互助会
全国労働者共済生活協同組合連合会（こくみん共済 coop） 御中

私は、このたび、UAゼンセン生命共済の特定状態共済金を請求および受領するにあたり、下記の取り扱いについて同意します。

記

（特定状態共済金支払い後の掛金）

1. 特定状態共済金の支払いを受けたあと、特定状態共済金の請求書類をUAゼンセン福祉共済互助会ならびにこくみん共済 coop が受け付けた日（以下「請求日」といいます。）からその日の属する共済期間（以下「当該共済期間」といいます。）の満了日までの、請求時に特定状態共済金として指定した金額（以下「指定共済金額」といいます。）に相当する基本契約部分にかかる掛金について、UAゼンセン生命共済規定第38条第6項に定めるとおり、指定共済金額から差し引かず、当該共済期間の満了日まで特定状態共済金を請求する前と同じ額の掛金が徴収されること。

（特定状態共済金支払い後の当該共済期間中の死亡共済金または重度障害共済金）

2. 特定状態共済金の支払いを受けた後、当該共済期間の満了日までに、死亡共済金または重度障害共済金の支払事由が発生した場合は、指定共済金額に相当する基本契約部分を減額した後の基本契約部分に対する死亡共済金または重度障害共済金が支払われること。また、その基本契約部分は、特定状態共済金の請求日に遡って減額されること。

（特定状態共済金支払い後の生命共済の更新）

3. 特定状態共済金の支払いを受けた後、生命共済を更新する場合には、指定共済金額に相当する額を減額して更新すること。

（更新日に減額の事務処理が間に合わなかった場合等の取扱い）

4. 共済事故発生日（請求日）直後の更新日に、生命共済の減額の事務処理が間に合わなかった場合は、UAゼンセン福祉共済互助会とこくみん共済 coop の間で協議した方法により取り扱われること。

年 月 日

共済契約者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

（2022年3月版）

委任状

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

U A ゼンセン福祉共済互助会
全国労働者共済生活協同組合連合会 (こくみん共済 coop)

御中

共済契約者 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
被共済者 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
契約名 (商品名) _____ U A ゼンセン生命共済 _____ 共済金額 _____ 万円

代表受取人 住 所 _____

氏 名 _____ 実印

(共済金請求書に捺印した印鑑と同じもの)

U A ゼンセン福祉共済互助会ならびに全国労働者共済生活協同組合連合会 (こくみん共済 coop) との間で締結されている上記契約において、以下の者が受取権利を有する共済金等について、上記の者を代表受取人として定め、共済金等の請求および受領についての一切の権限を委任いたします。

万一後日、本件に関し、利害関係人から請求その他異議が申し立てられた場合、その他一切の共済金等の請求に関する一切の紛争につき、その解決を上記代表受取人に委任することとし、貴会には一切ご迷惑をお掛けしません。

なお、利害関係人から求めがあった場合は、貴会の判断で本書を含む請求書類の一切を開示しても差し支えありません。

以上、本書をもって誓約します。

甲) 住所 _____

氏名 _____ 実印 (発行から3ヵ月以内の印鑑登録証明書原本を添付)

乙) 住所 _____

氏名 _____ 実印 (発行から3ヵ月以内の印鑑登録証明書原本を添付)

丙) 住所 _____

氏名 _____ 実印 (発行から3ヵ月以内の印鑑登録証明書原本を添付)

丁) 住所 _____

氏名 _____ 実印 (発行から3ヵ月以内の印鑑登録証明書原本を添付)

※ 代表受取人または委任者が未成年者の場合は、親権者または後見人の署名 (未成年者氏名横に併記) ・実印の捺印 (未成年者の捺印は不要) が必要です。

※ 欄が不足する場合には、裏面に署名・捺印をお願いいたします。

以 上

(2022年3月版)

※この封筒は郵便ポストに投函できません。

この専用封筒は郵便ポストに投函できません。

- 【返信用封筒の活用の仕方】
1. 山折り線を①→②→③→④の順に山折りします。
 2. 一度開き、マイナンバー（個人番号）確認書類を入れます。
 3. ⑤のりしろ、⑥のりしろ、⑦のりしろの順に、点線内にのりをつき、のり付けします。
 4. きちんと封かんされているかご確認ください。

④ 山折り線

③ 山折り線

- 【同封マイナンバー（個人番号）確認書類だけを入れて封をし、他請求書類と併せてご提出願います。】
- 契約者本人
 - 共済金受取人（契約者本人と同一の場合は不要です）
- *UAセンセン共済事業にてお受付時には本封筒を開封せずに引受会社（くみん共済 coop）に提出いたします。

加入者番号

共済金受取人氏名

この封筒が間違われてポストに投函された時はUAセンセン共済事業局（03-3288-3533）までお問い合わせください。

⑤のりしろ

② 山折り線

⑦のりしろ

① 山折り線

貴会の実施する上記共済の事業規約・同細則にもつき、必要書類を添え下記のとおり届け出ます。記載事項に明らかな誤りがあるときは、貴会が訂正しても異議ありません。
本契約に関する個人情報等は所属する労働組合・共済会等への提供されることを被共済者とともに同意します。

共済加入者番号	組合名	支部・分会名
		支部 分会

↑必ずご記入ください

組合・支部コード	チェックオフ組合	900	社員コード																
----------	----------	-----	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

↑チェックオフ組合の方は○印の上、社員コードを右詰めでご記入ください

組合員氏名 (フリガナも必ずご署名ください)		組合員印 必ずご捺印ください	生年月日	日中のご連絡先(携帯電話など)				
フリガナ	姓	名	昭和	平成	19	20	1. 携帯・自宅	
			年	月	日		2. その他	
〒								
フリガナ								
現住所								

▼該当するものに○印を付けてください。

1 組合員本人を含む加入者全員の全部脱退 (標準型・緩和型 両タイプ全ての脱退)	022 定年退職	023 その他退職	025 保険料負担軽減	030 その他
---	----------	-----------	-------------	---------

※ 組合員本人を含むすべての生命共済(標準型・緩和型)を脱退する際には、出資金請求手続きを行ってください。(別途お手続きが必要です。)

2 組合員本人の緩和型もしくは標準型の一部脱退 ※ 組合員本人の生命共済の加入無く、家族(配偶者・子ども)のみ継続はできません	1. 緩和型のみ	022 定年退職	023 その他退職	025 保険料負担軽減	030 その他
--	----------	----------	-----------	-------------	---------

こくみん共済 coop 処理欄	
契約番号	被No.

3 配偶者・子どもの一部脱退 脱退する家族の氏名・続柄等下記へご記入ください

脱退する家族 氏名 (フリガナも必ずご記入ください)	続柄	脱退内容	脱退事由
フリガナ		1. 全部脱退	025 保険料負担軽減
姓	1. 配偶者	2. 緩和型のみ	030 その他
		3. 標準型のみ	
フリガナ			027 家族の独立
姓	2. 子ども	1. 標準型	024 就職 030 その他
フリガナ			027 家族の独立
姓	2. 子ども	1. 標準型	024 就職 030 その他
フリガナ			027 家族の独立
姓	2. 子ども	1. 標準型	024 就職 030 その他

こくみん共済 coop 処理欄	
契約番号	被No.

※ 脱退は原則毎月20日(土・日・祝日の場合は前業務日)締め切りで翌月の請求が止まります。(当月末付けの脱退となります。)

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

○ 「緩和型」から「標準型」への変更	02		月			末日
--------------------	----	--	---	--	--	----

通信欄

こくみん共済 coop 処理欄					
タイプ	票番号	団体番号	商品	受付日	こくみん共済 coop 組合員番号
標準	13	UIZ0001	D1U	/ /	
緩和	13	UIZ0002	D1U	/ /	

UAゼンセン 処理欄 (脱退加入タイプ)		
標準型のみ	緩和型のみ	両タイプあり
○	○	○

帳票番号

原票番号

キリトリ

海外渡航届 兼 委任状

共済契約関係者が海外渡航するにあたり、特別扱いを承諾し、代理人への委任状等について以下の通り届け出ます。

届出日 西暦 年 月 日

共済契約者 (自署)	氏名 (自署) 	生年月日 西暦 年 月 日
	ローマ字表記 (Mr・Ms)	組合員番号

1. 特別取扱いについて

- (1)各通知については、契約者の日本国内の届け出住所宛、または「代理人」の指定が本海外渡航届兼委任状でされている場合は、「代理人」の方への通知をもって、契約者への通知とします。
- (2)掛金の払込みおよび共済金、割り戻し金等の支払いについては、日本国内の取扱金融機関等に限ります。なお、割り戻し金等の支払先は、掛金振込口座とします。
- (3)共済金請求に伴う証明書類については、こくみん共済 coopの指定する書式にしたがいます。

2. 渡航される方について

		ご加入されている方のお名前・生年月日等				渡航予定期間	
契約者 ご本人	フリガナ	加入者 番号				西暦	年 月 日 より 年間
1	フリガナ	生年月日	西暦	年 月 日		西暦	年 月 日 より 年間
2	フリガナ	生年月日	西暦	年 月 日		西暦	年 月 日 より 年間
3	フリガナ	生年月日	西暦	年 月 日		西暦	年 月 日 より 年間
4	フリガナ	生年月日	西暦	年 月 日		西暦	年 月 日 より 年間

3. 渡航先住所(アルファベットで記入してください。)

--

4. 代理人に委任する事項と代理人について

- (1)こくみん共済 coop・UAゼンセンへの共済掛金の払い込み
- (2)共済金の請求手続きおよび割り戻し金等のこくみん共済 coopからの支払いの受領
- (3)こくみん共済 coop・UAゼンセンへの各通知およびこくみん共済 coop・UAゼンセンからの通知の受領
- (4)その他、契約者が必要とする事項

代理人となられる方	
お名前	フリガナ (代理人自署)  ご連絡先 電話番号
住所	フリガナ (〒 -)

ご契約者が渡航されない場合は、代理人を指定していただく必要はありません。

(2023年3月版)

キリトリ

