

**無料** 傷害・賠償ご加入者向け**特典サービス**

### 「メディカルコールサービス」の内容

突然の発病やケガ、日常のおからだや子育てのお悩み、専門的な医療・健康から栄養、お薬のご相談まで、**専用のフリーダイヤル**でお気軽にご利用いただけます!!

フリーダイヤル **0120-119-430**

24時間・365日対応、予約制  
専門医相談は事前に予約要

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

### 「介護アシスト」の内容

フリーダイヤル **0120-428-834**

受付時間 9:00~17:00  
(土日祝日・年末年始を除く)

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

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

\*1サービスのご利用にかかる費用はお客様のご負担となります。  
・保障期間中にご相談内容の事柄が発生しており、かつ現在に至るまで共済契約が継続している場合に限りです。  
・各サービスは、東京海上日動がグループ会社または提携会社を通じてご提供します。  
・サービス内容は変更・中止される場合がございます。なお、一部の地域では、ご利用いただけないサービスもございますので、あらかじめご了解ください。  
・サービスのご利用にあたっては、提携先の担当者が、「お名前」「ご連絡先」「団体名」等をご確認させていただきますのでご了承ください。  
・ご相談の対象は相談対象者に日本国内で発生した身の回りの事象(事業活動等を除きます)とします。

# 傷害・賠償共済 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/](https://uazensen.jp/kyousai_top/) E-mail [shogaibaisho@uazensen.jp](mailto:shogaibaisho@uazensen.jp)

## 目次

はじめに	1
I.制度の概要	2
II.Q&A	7
III.別表	13
IV.給付内容一覧	17
V.事故の報告と給付金の請求方法	19
VI.変更手続き・脱退の書類の記入例	27
付録	31

## はじめに

傷害・賠償共済は「日常生活で起こるさまざまなリスクから家族を守る共済」として1990年にスタートしました(当時の名称は「総合レジャー共済」)。その後、進化を続け、直近では組合員の皆さんの声に応え、2022年3月日射病等の熱中症を保障対象とする等の改定を行い、保障範囲を拡大しました。

また、最近多くの自治体で導入が進んでいる自転車利用者に対する「自転車保険加入義務化」に関しても、本共済に加入していれば「わざわざ民間の自転車保険に加入する必要はありません」のでご安心いただくことができます。

今後も我々の身近で起こり得るリスクに備える共済として、組合員の皆さんに寄り添い進化させていきたいと考えておりますので、是非とも皆さんのご意見・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) 加入日(保障開始日) 現在満64歳以下の組合員本人。3月1日現在満79歳に達した後に到来する保障期間の終期(翌年3月1日午後4時)まで更新加入できます。
- (2) 同居の1家族については1契約限りとします(ただし家族の中に複数の組合員がいる場合は、各組合員ごとに本人タイプ等に加入することは可能です)。

### 2.加入の手続・変更の手続きについて

#### (1) 加入手続と受付窓口

所定の「加入申込書兼口座振替依頼書」に必要事項を記入のうえ、組合経由で、共済事業局へ提出ください。

#### (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

- 1) 加入者の預金口座からの自動引落しとします(所属組合によっては給与からのチェックオフができます。各所属組合にてご確認ください)。
- 2) 初回掛金引落日
  - ・申込締切日の翌々月の12日(金融機関が定休日の場合は翌営業日)となります。
  - ・生命、介護、医療、給与保障、年金、積立共済にご加入の場合は、同じ口座から合算されて引落しされます。
- 3) 掛金が3か月連続して引落しされなかった場合は、最初の引落しができなかった月の前月末日をもって自動脱退となります(自動脱退後再加入の場合は、再加入日(保障開始日)から新規加入扱いとなります)。

#### (4) 保障開始日(加入日)

初回掛金引落日の当月1日午前0時開始となります。「例」5/20 申込書到着→7/1 保障開始→7/12 初回掛金引落日  
注意:保障開始日以前に生じた事故については給付金は支払われません。

月払(毎月加入)

申込書到着	加入日(保障開始日)	掛金引落日
10月20日まで	12月1日	12月12日
11月18日まで	1月1日	1月14日
12月16日まで	2月1日	2月12日
・	・	・
・	・	・
・	・	・

年払(3月1日加入のみ)

申込書到着	加入日(保障開始日)	掛金引落日
1月20日まで	3月1日	3月12日

#### (5) 加入者証と加入者のしおり

加入者には加入の証として「加入者証」と「加入者のしおり」を発行します。

#### (6) 自動更新

特にお申し出等のない限り、3月1日付で更新されますので、加入申込書の記載内容に変更のない場合は更新手続きは不要です。

#### (7) 内容変更手続

- 1) 加入コース・タイプの変更
  - <月払>
    - ・毎月受付けします。「加入申込書」に変更後のコース・タイプに○印をつけてご提出ください。当月20日(20日が土・日、祝日の場合は前業務日)→(翌々月12日新コース・タイプの掛金引落し)→翌々月1日から新コース・タイプによる保障開始。
  - <年払>
    - ・毎年1月20日(20日が土・日、祝日の場合は前業務日)締切受付けのみ。
- 2) その他の変更(口座変更、改姓、住所変更等)
  - ・「加入内容変更通知書」に必要事項を記入の上、ご提出ください。
- 3) 年払への振込方法の変更
  - ・毎年1月20日(20日が土・日、祝日の場合は前業務日)締切(共済事業局に申込書到着)。

#### (8) 脱退

- 1) 途中で脱退を希望される場合は、組合経由で当月20日までに(20日が土・日、祝日の場合は前業務日)「脱退通知書」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通知書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(ただし年払の場合は、次にくる2月末日をもって脱退とします)。
- 2) 脱退に際しては、返戻金はありません。
- 3) 組合員本人が死亡された場合、個人タイプの方は死亡日を持って脱退となり、夫婦タイプ、家族タイプの方で月払の方は死亡日の月末をもって脱退、年払の方は次にくる2月末日をもって脱退となります。
- 4) 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

### リニューアル 2026年3月の改定内容

対象

新規加入者  
既加入者

#### ① 傷害給付金の保障範囲の拡大、加入者本人の...

**就業中のケガも保障対象**

#### ② 賠償責任給付金の... 保障範囲の拡大

受託品がノートパソコン・タブレット端末等の場合も賠償責任給付金の保障対象とする。

#### 就業要件の撤廃 および... 更新時の加入年齢の上限の設定 79歳

加入条件としての「就業要件」を撤廃すると共に、新たに「更新時の加入年齢を79歳以下」とする年齢の上限を設ける。

### (9)加入の取消し

加入申込書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.給付金の請求手続について

- (1) 所定の請求書類をそろえ、組合経由で、共済事業局まで提出してください。
- (2) 事故が発生した場合は、事故の日時、場所、被害者名、事故状況などをすみやかに共済事業局にご通知ください。
- (3) 保障の対象となる物が盗取された場合は、すみやかに所轄警察署に届けてください。

## 4.給付金の内容について

詳細は次のとおりです。

### (1)傷害給付金

- 1) 国内または国外において、保障の対象者が、急激かつ偶然な外来の事故によりケガをした場合に給付金をお支払いします。
- 2) 家族の範囲は以下のとおりです。  
組合員、配偶者、本人または配偶者の同居の親族、本人または配偶者の別居の未婚の子（親族とは、6親等以内の血族と3親等以内の姻族をいい、未婚とはこれまでに婚姻歴がないことをいいます）。この続柄は傷害の原因となった事故発生の際におけるものをいいます。

#### <死亡給付金>

ケガのため、事故の日からその日を含めて180日以内に死亡されたとき、死亡・後遺障害給付金額の全額をお支払いします（事故により直ちに死亡された場合を含みます）。

※ 死亡給付金は法定相続人にお支払いします。既に支払った後遺障害給付金がある場合は、死亡・後遺障害給付金額から既に支払った金額を控除した残額をお支払いします。

#### <後遺障害給付金>

ケガのため、事故の日からその日を含めて180日以内に後遺障害が生じたとき、その程度に応じて死亡・後遺障害給付金額の4%～100%をお支払いします（P.13Ⅲ.別表ご参照）。

※ 給付金の重複支払いについて  
共済（保険）期間を通じ合計して死亡・後遺障害給付金額が限度となります。

#### <入院給付金>

ケガのため、事故の日からその日を含めて180日以内に入院されたとき、その入院日数（実日数）に対して、1日につき、入院給付金日額をお支払いします。ただし、事故の日からその日を含めて180日を経過した後の入院に対しては入院給付金はお支払いできません。また、支払対象となる「入院した日数」は、1事故について180日が限度となります。なお、入院給付金が支払われる期間中、さらに別の急激かつ偶然な外来の事故によりケガをされても入院給付金は重複してはお支払いできません。

### <手術給付金>

ケガの治療のため、事故の日からその日を含めて180日以内に病院または診療所において、その治療を直接の目的として下記A・Bいずれかの手術を受けた場合、入院給付金日額に次の倍率を乗じた金額をお支払いします。ただし、1事故につき事故の日からその日を含めて180日以内の手術1回に限ります。

入院中に受けた手術	10倍
上記以外の手術	5倍

- 1) 公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に、手術料の算定対象として列挙されている手術。  
ただし、次に定める手術を除きます。  
① 傷の処置（創傷処理、デブリードマン）  
② 皮膚切開術  
③ 骨・関節の非観血的整復術、非観血的整復固定術および非観血的授動術  
④ 抜歯手術
- 2) 厚生労働省が定める先進医療に該当する所定の手術。  
※ 美容整形等の手術は含みません。  
※ 1事故に基づくケガに対して、入院中に受けた手術とそれ以外の手術の両方の手術を受けた場合には、10倍の倍率の給付金額となります。

### <通院給付金>

医師等の治療を必要とし、事故の日からその日を含めて180日以内に通院（往診を含みます）された場合に通院給付金日額に通院した日数（実日数）を乗じた額をお支払いします。ただし、事故の日からその日を含めて180日を経過した後の通院に対しては、お支払いできません。また、支払対象となる「通院した日数」は、1事故について90日を限度とします。

- ※ 入院給付金が支払われるべき期間中の通院に対しては、入院給付金と重複してはお支払いできません。また、通院給付金が支払われる期間中、さらに別のケガをされても通院給付金は重複してはお支払いできません。
- ※ 通院しない場合であっても、医師等の治療により所定の部位の骨折等のために「ギプス等\*1を常時装着した日数」についても、「通院した日数」に含まれます（P.16Ⅲ.別表ご参照）。
- \*1 ギプス・キャスト、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、副子・シーネ・スプリント固定、創外固定器、PTBキャスト、PTBブレース（下腿骨骨折後に装着したものにつき、骨癒合に至るまでの医師が装着を指示した期間のみ）、線副子等およびハローベストをいいます（これら以外は対象外）。

### (2)賠償責任給付金

- 1) 国内外において以下のような事由により、保障の対象となる方が法律上の損害賠償責任を負う場合に1事故について給付金額（国内無制限・国外1億円）を限度に給付金をお支払いします。  
① 日常生活に起因する偶然な事故により、他人にケガ等をさせたり他人の財物を壊した場合

- ② 保障の対象となる方が居住に使用する住宅の所有、使用または管理に起因する偶然な事故により、他人にケガ等をさせたり他人の財物を壊した場合

- ③ 電車等\*2を運行不能にさせた場合

- ④ 国内で受託した財物（受託品）\*3を壊したり盗まれた場合

\*2 汽車、電車、気動車、モノレール等の軌道上を走行する陸上の乗用車をいいます。

\*3 以下のものは受託品に含まれません。  
自動車、原動機付自転車、自転車、船舶、サーフボード、ラジコン模型、ドローン、携帯電話、スマートフォン、モバイルWi-Fiルーター、コンタクトレンズ、眼鏡、手形その他有価証券、クレジットカード、設計書、帳簿、動物や植物等の生物、乗車券、航空券、通貨、貴金属、宝石、美術品、データやプログラム等の無体物、1個または1組で100万円を超える物 等

- 2) 示談代行サービスは日本国内において発生した賠償事故（訴訟が日本国外の裁判所に提起された場合等を除きます）に対し加入者の希望により受けられるサービスです。  
ただし次のような場合には利用できません。

- ① 1回の賠償事故による賠償金総額が賠償責任給付金の限度額を明らかに超える場合

- ② 損害賠償請求権者である相手方が、示談代行者（東京海上日動火災保険）と直接折衝することに同意しない場合

- ③ 正当な理由なく加入者（保障の対象者）が示談代行者への協力を拒んだ場合等

※ 損害賠償責任の全部または一部を承認しようとするときは、あらかじめUAゼンセン共済事業局にご相談ください。

※ 他の保険契約等から保険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。

※ 加入者（保障の対象者）またはそのご家族が既に他の保険で同種の保険商品をご契約されている場合には、保障範囲が重複することがあります。ニーズに合わせてご契約内容の見直しをご検討ください。なお、保障範囲の重複を避けるためにご契約内容を見直す場合、将来、保障を残したご契約を解約される時等、その保障がなくなってしまうことがありますのでご注意ください。

### (3)携行品損害給付金

日本国内外において、保障の対象者の居住する住宅（以下「住宅」といいます）から保障の対象者によって一時的に持ち出され、または住宅外において携行中もしくは、住宅外で取得し、住宅に持ち帰るまでの間の保障の対象者の所有する身の回り品に、不測かつ突発的な事故によって生じた損害に対して、給付金をお支払いします。盗難の場合は警察の届出が必要。乗車券等（乗車船券・航空券、宿泊券、観光券、旅行券）が盗難にあった場合は運輸機関（宿泊券の場合はその宿泊施設）または発行者への届出、小切手が盗難にあった場合は小切手の振出人および支払金融機関への届出も必要となります。保障の対象者が正当な理由なくこれらの届出を行わなかったときは、それによって引受保険会社が被った損害の額を差し引いて給付金をお支払いします。

※ 以下の物は保障の対象になりません。

- ① 船舶（ヨット・モーターボート・水上バイク・ボートおよびカヌーを含みます）、航空機、自動車、原動機付自転車、雪上オートバイ、ゴーカートおよびこれらの付属品② 自転車、ハングライダー、パラグライダー、サーフボード、ウィンドサーフィン、ラジコン模型およびこれらの付属品③ 携帯電話、スマートフォン、ノート型パソコン、タブレット端末、モバイルWi-Fiルーター、ハンディターミナル、POS端末、音声翻訳機、電子辞書、電子式卓上計算機、電子手帳、ボイスレコーダー、モバイルプリンターおよびこれらの付属品④ 義歯、義肢、コンタクトレンズその他これらに類する物⑤ 動物および植物⑥ 印紙、切手⑦ 預金証書または貯金証書（通帳およびキャッシュカードを含みます）、クレジットカード、ローンカード、電子マネーその他これらに準ずる物⑧ 稿本、設計書、図案、証書、帳簿その他これらに準ずる物⑨ 1個または1組の価額が30万円を超える貴金属、宝玉および宝石、書画、骨董、彫刻物その他の美術品⑩ 有価証券（ただし、手形、小切手、株券、社債券、国債券、ビール券、百貨店商品券等の商品券\*4は保障の対象になりません）

\*4 商品券には使用期限の定めがなく、発行者以外に対して使用できるもののみが対象です。

### 1) お支払いする給付金

1回の事故につき携行品損害給付金額を限度として時価額\*5を基準に算定した損害額（日本国外において携行品の1個、1組または1対についての損害額が10万円を超える時はそれらの物の損害の額を10万円（現金、手形、小切手、株券、社債券、国債券、ビール券、百貨店商品券等の商品券、乗車券等については合計5万円を超える時は5万円）とみなします）をお支払いします。

\*5 時価額とは保険の対象となる身の回り品と同一の質、用途、規模、型、能力のものを再取得するのに必要な金額から使用による消耗分を差し引いた金額をいいます。

### 2) お支払いする給付金の種類

- ① 損害給付金:携行品に直接発生した損害に対し給付金額を限度に時価額に基づいて算定します。

全損の場合…時価額または給付金額のいずれか低い額をお支払いします。  
分損の場合…事故発生直前の状態に復するための修理費用を損害額として免責金額（自己負担額）を控除してお支払いします。ただし、修理の結果、事故発生直前の状態よりも時価額が増加した場合は、増加額に相当する額を控除した額を損害額とします。

- ② 残存物取片づけ費用:損害給付金が支払われる場合、対象となる携行品の残存物の取片づけ費用をお支払いします。ただし、損害給付金の10%に相当する額を限度として実費をお支払いします（損害給付金との合計額が給付金額を超過する場合にもお支払いします）。

- ③ 損害拡大防止費用:損害給付金を支払うべき損害が発生した場合において損害の拡大防止または軽減のために要した費用のうち必要または有益であったものをお支払いします（給付金額または時価額のいずれか低い額から①の給付金の額を差し引い

た残額を限度としてお支払いします。

- ④権利保全費用:引受保険会社が給付金をお支払いするのと引換えに取得する第三者から損害賠償等を受けられる権利の保全もしくは行使または証拠および書類の入手のために必要な費用をお支払いします。

※ 給付金をお支払いした場合でも、給付金額の限度(30万円)は減額されません。

※ 1回の事故ごとに損害額のうち免責金額(自己負担額)3,000円をご自身で負担していただきます。

※ 臨時費用給付金はお支払いしません。

#### (4) 救援者見舞金

##### 1) 対象となる事由

加入者に次のいずれかの事由が生じた場合に、給付の対象となります。

- ①国内または国外において搭乗していた航空機や船舶が行方不明または遭難した場合
- ②国内または国外において事故によって緊急な捜索救助活動が必要なことが警察などにより確認された場合
- ③外出時に被ったケガのため、事故の日から180日以内に死亡または継続して5日以上入院した場合

##### 2) 対象となる費用の範囲

看護または事故処理を目的として宿泊を伴う遠隔地の事故発生地または受傷加入者収容地へ赴く家族の旅費(交通費及び滞在費)を1回の事故につき100万円を限度としてお支払いします。ただし、滞在費についてはひとり1泊1万円とし、1事故につき2往復、のべ4名を限度とします(上限14日)。

#### (5) 自転車(新車)盗難見舞金

- 1)日本国内において、購入後6か月以内の自転車が盗まれ1か月を経過しても発見されず、警察の盗難届出証明、販売店の販売証明が存在する場合に、見舞金として一律1万円をお支払いします。
- 2)ただし個人タイプ1台、夫婦タイプ2台、家族タイプ家族数までを対象とし、ひとりあたり保証期間中1回を限度とします。

#### (6) ホールインワン・アルバトロス祝金

- 1)日本国内の18ホール以上を有するゴルフ場で、ゴルフのプレー中にホールインワンまたはアルバトロスを達成した場合に給付金をお支払いします(加入者が勤務するゴルフ場での達成を除く)。
- 2)同伴競技者1名以上とパー35以上の9ホールを正規にラウンドした場合のホールインワンまたはアルバトロスで、下記の給付条件を満たす場合に限ります。  
**(給付条件)**
  - ①キャディーが目撃したことの証明
  - ②同伴競技者の証明
  - ③ゴルフ場の証明(ただしゴルフ場主催の公式競技の場合は同伴競技者は不要です)
- 3)キャディー付きでない、いわゆるセルフプレー中のホールインワン・アルバトロスについては下記①

②③のケースを除き給付の対象となりません。

①第1打からカップインまで、ゴルフ場の使用人またはゴルフ場の関連業者、公式競技の競技委員、先行・後続のパーティのプレイヤーが目撃したことの証明

②映像に同一カットにティーグラウンドとグリーンが収まっており、第1打からカップインまで編集なしでワンシーンで撮影されているビデオ映像が提出

③公式競技において、同伴競技者が目撃したことの証明

4)祝金として、一律50万円を何度でもお支払いします。

#### (7) 家財盗難給付金

1)日本国内において、居住建物内で、加入者およびその世帯に属する親族の所有する生活用動産が保障期間中、窃盗や強盗またはこれらの未遂によって盗取、損傷または汚損されたことによって損害を受けた場合、30万円(自己負担額1事故につき1万円)を限度にお支払いします。

※ 居住建物の範囲は加入者本人、加入者の配偶者が居住する住居および加入者が別荘など自ら使用するために常時管理する居住用建物が対象です。

※ 収容建物自体の損傷、汚損は支払い対象となりません。

##### 2) 保障対象の範囲

・居住建物内の生活用動産一式(貴金属、宝石、宝玉、通貨、プリペイドカードおよび商品券を含みます)。ただし、航空機、自動車、原動機付自転車、ヨット、モーターボート、ボート、水上バイク、動物、植物、有価証券、印紙、切手、証紙、金券、電子マネーその他これらに類するもの、書画、骨董、彫刻その他の美術品、稿本、設計書、図案、ひな型、鋳型、木型、紙型、模型、証書、帳簿、印章、勲章、き章、免許状などは含まれません。

##### 3) 支払い方法

①損害給付金:損害額から自己負担額(1事故につき1万円)を控除して給付金額30万円を限度にお支払いします。

※ 警察署の届出の証明書とその盗難の内容を証明する書類が必要になります。

※ 損害額は時価額に基づき算定します。保険の対象が損傷を修繕できる場合で、修繕の結果、損害発生直前の状態よりも時価額が増加した場合は増加額に相当する額を控除した額を損害額とします。

※ 時価額とは同等のものを新たに購入するのに必要な金額から、使用による消耗分を差し引いた金額をいいます。盗取された保障の対象を回収できた場合は、そのために支出した必要かつ有益な費用を損害額に含めて給付金をお支払いします。

②権利保全・行使費用:引受保険会社が給付金をお支払いするのと引き換えに取得する第三者から損害賠償等を受けられる権利の保全、もしくは行使に必要な費用をお支払いします。

#### (8) 家宅侵入見舞金

1)日本国内において、泥棒侵入時におけるドア・鍵、窓ガラスの破損について定額の見舞金をお支払いします。これは家財盗難の有無にかかわらず給付しますが、ドア・鍵、窓ガラスの破損がなく泥棒に入れ、その後防犯の為それらを交換した場合は給付対象とはなりません。

### 5. 給付金をお支払いしない主な場合について

#### (1) 傷害給付金

①地震・噴火またはこれらによる津波によって生じたケガ ②保障の対象となる方の故意または重大な過失によって生じたケガ ③給付金の受取人の故意または重大な過失によって生じたケガ(その方が受け取るべき金額部分) ④保障の対象となる方の闘争行為、自殺行為または犯罪行為によって生じたケガ ⑤無免許運転、麻薬等を使用している場合による生じたケガ ⑥脳疾患、疾病または心神喪失およびこれらによって生じたケガ ⑦妊娠、出産、早産または流産によって生じたケガ ⑧外科的手術等の医療処置(給付金が支払われるケガを治療する場合を除きます)によって生じたケガ ⑨ピッケル等の登山用具を使用する山岳登山、ハンググライダー搭乗等の危険な運動等を行っている間に生じた事故によって被ったケガ ⑩オートバイ・自動車競争選手、自転車競争選手、猛獣取扱者、プロボクサー等の危険な職業に従事している間に生じた事故によって被ったケガ ⑪自動車等の乗用具による競技、試運転、競技場でのフリー走行等を行っている間に生じた事故によって被ったケガ ⑫むちうち症や腰痛等で、医学的他覚所見のないもの等

#### (2) 賠償責任給付金

①ご契約者または保障の対象となる方等の故意によって生じた損害 ②地震・噴火またはこれらによる津波によって生じた損害 ③職務の遂行に直接起因する損害賠償責任(仕事上の損害賠償責任\*6)によって保障の対象となる方が被る損害 ④保障の対象となる方およびその同居の親族に対する損害賠償責任によって保障の対象となる方が被る損害 ⑤第三者との間の特別な約定により加重された損害賠償責任によって保障の対象となる方が被る損害 ⑥心神喪失に起因する損害賠償責任によって保障の対象となる方が被る損害 ⑦航空機、船舶、車両\*7または銃器(空気銃を除きます)の所有、使用または管理に起因する損害賠償責任によって保障の対象となる方が被る損害 等

\*6 保障の対象となる方がゴルフの競技または指導を職業としている方以外の場合、ゴルフの練習、競技または指導\*8中に生じた事故による損害賠償責任は除きます。

\*7 ゴルフ場構内におけるゴルフ・カートを除きます。

\*8 ゴルフの練習、競技または指導に付随してゴルフ場、ゴルフ練習場敷地内で通常行われる更衣、休憩、食事、入浴等の行為を含みます。

#### (3) 携行品損害給付金

①保障の対象者(保障を受けられる人)、給付金受取人またはこれらの法定代理人の故意もしくは重大な過失または法令違反によって生じた損害 ②保障の対象者(保障を受けられる人)と世帯を同じくする親族の故意によって生じた損害 ③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によって生じた損害 ④地震もしくは噴火またはこれらによる津波によって生じた損害 ⑤台風、暴風雨、豪雨等による洪水、融雪洪水、高潮、土砂崩れ(崖崩れ、地滑り、土石流または山崩れをいい、落石を除きます)、落石等の水災によって生じた損害 ⑥核燃料物質やこれに汚染された物の有害な特性またはこれらの特性による事故によって生じた損害 ⑦保障の対象(保障の対象となる携行品)のかしによって生じた損害 ⑧保障の対象(保障の対象となる携行品)の自然の消耗もしくは劣化、ボイラスケール、保障の対象の性質による蒸れ、腐敗、変色、変質、さび、かび、腐食、浸食、キャビテーション、ひび割れ、はがれ、肌落ち、発酵または自然発熱その他類似の事由またはねずみ食いもしくは虫食い等によってその部分に生じた損害 ⑨置き忘れ、紛失によって生じた損害 ⑩差押え、収用、没収、破壊等国または公共団体の公権力の行使によって生じた損害(消防または避難に必要な処置によって生じた損害を除きます) ⑪詐欺または横領によって生じた損害 ⑫保障の対象に加工を施した場合、加工着手後に生じた損害 ⑬電氣的または機械的事故によって生じた損害(火災または破裂・爆発が発生した場合や不測かつ突発的な外来の事故の結果として発生した場合は給付金をお支払いします) ⑭保障の対象の修理・清掃・解体、据付、組立、点検、検査、試験または調整等の作業における作業上の過失または技術の拙劣によって生じた損害(火災または破裂・爆発が発生した場合は給付金をお支払いします) ⑮汚れ・すり傷、かき傷、塗料のはがれ等、単なる外観の損傷であって保障の対象(保障の対象となる携行品)の機能に支障をきたさない損害(これらの損害が他の損害と同時に発生した場合は給付金をお支払いします) ⑯真空管、ブラウン管、電球等その他これらに類似の管球類に生じた損害(保障の対象(保障の対象となる携行品)のその他の部分と同時に損害を受けた場合は給付金をお支払いします) ⑰冷凍・冷蔵装置の破壊、変調もしくは機能停止によって起こった温度変化のために冷凍・冷蔵物に生じた損害(火災、破裂・爆発、冷凍・冷蔵車の不測かつ突発的な事故により24時間以上の冷凍・冷蔵装置の機能停止があった場合は給付金をお支払いします)等

#### (4) 家財盗難給付金・家宅侵入見舞金

携行品損害給付金および委託損害保険会社の約款等に準じる。

## II.Q&A

### 1.傷害給付金

**Q1 給付の対象となる事故が発生したら、いつ誰に何を連絡すればいいのですか？**

**A1**  
事故が発生したらすぐに、「傷害・賠償共済状況連絡票(事故報告書)」(P.20参照)を所属組合にご請求の上、必要事項を記入し、組合経由で、共済事業局宛提出してください。不明な点があれば、共済事業局までご相談ください。特に賠償事故の場合は、共済事業局と連携を密にして、事故の解決に努めてください。

**Q2 給付金の請求は、いつどのようにするのですか？**

**A2**  
給付金請求に必要な書類(P.19参照)を整え次第、すみやかに組合経由で共済事業局に提出してください。例えば、入・通院給付金の場合は、治療が完全に終わってからの請求となります。

**Q3 給付金の請求をすっかり忘れてしまいました。給付金請求の期限はあるのですか？**

**A3**  
給付内容が確定してから3年を過ぎますと時効となり、請求できない場合がありますので、ご注意ください。

**Q4 給付金は誰に支払われますか？**

**A4**  
死亡給付金以外は、加入者本人に支払います。死亡給付金については、法定相続人にお支払いします。

**Q5 「傷害」とはどのようなものですか？**

**A5**  
「傷害」とは、病気に対する「ケガ」という概念がほぼ相当しますが、「ケガ」よりはやや広い意味を有し、つぎの場合も含まれます。  
1.被傷部位は必ずしも身体の外側である必要はなく、急激、偶然、外来の事故に起因するものであれば、傷害事故といえます。

2.具体的には、「水を飲み呼吸不能に陥って死亡する溺死」、「有毒ガス等を偶然、一時的に吸収したことによる中毒症状」(継続的に吸収した結果生ずる中毒症状は除く)などは、対象となります。

**Q6 食中毒も対象になりますか？**

**A6**  
対象となりません。  
本共済の対象となるのは、ガス中毒のように有毒ガス(または有毒物質)によるもので、細菌性食中毒及びウイルス性食中毒は対象になりません。ただし、食物の中に毒物が混入していた場合の中毒症状は、本共済の対象となります。

**Q7 腰痛はこの共済の対象になりますか？**

**A7**  
本共済では医学的他覚所見のない自覚症状のみの椎間板ヘルニア、椎間板症、分離症、腰痛症等の腰痛や頸部症候群(いわゆる「むちうち症」)等は対象となりません。

**Q8 マッサージ師で施術を受けた期間は入・通院給付金支払の対象となりますか？**

**A8**  
対象となりません。  
入院および通院保険金支払の条件である「医師の治療」でいう医師とは、原則として医師法による医師をさします。柔道整復師、鍼、灸、マッサージ師等は医師ではないが、脱臼、骨折、打撲、捻挫の場合は、柔道整復師の施術に限り「医師の治療」とみなします。

ただし、一般的に整骨院および柔道整復師の治療は、整形外科に比べ生活機能または業務能力の回復後も加療を続けることが多いので、申請日数が長期になった場合は、申請日数分が給付されないことがあります。

**Q9 どんな傷害でも通院さえすれば、通院給付金支払の対象となりますか？**

**A9**  
通院給付金は、急激かつ偶然な外来の事故によりケガをされ、医師の治療を必要とし通院(往診を含みます)されたときにお支払いするものです。  
また通院しない場合であっても、医師の指示により所定の部位の骨折等によりギプス等を常時装着した日数についても、「通院した日数」に含めること

もあります。なお支払対象は、事故日より180日以内の通院で90日限度となります。

**Q10 死亡給付金と後遺障害給付金は重複して支払われますか？**

**A10**  
死亡給付金を支払う場合、1回の事故について給付対象者に対し既に支払った後遺障害給付金があるときは、次の算式によって死亡給付金を支払います(死亡給付金額が限度となります)。  
死亡・後遺障害給付金額-既に支払った後遺障害給付金の額=死亡給付金の額

**Q11 給付金請求の際、診断書は必ず必要ですか？**

**A11**  
1.支給額30万円以下の場合、医療機関発行の領収書(写で可)と入・通院状況報告書(P.22参照。本人記入で可)で代用できます。ただし、30万円を超えるときは、所定の診断書が必要となります。医師の診断書のほかに、柔道整復師の診断書も同等とみなします。  
2.手術給付金を請求する場合は、30万円以下の場合、診断書の提出は不要ですが、正式手術名がわかる診療報酬明細書等のコピーを提出してください。

**Q12 傷害給付の対象とならない「危険な運動」とは、具体的にどんな運動をさしますか？**

**A12**  
山岳登山(ハイキング、軽装での登山は除く)、リュージュ、ボブスレー、スカイダイビング、ハンググライダー搭乗、その他これらに類する危険な運動をさします。従来危険とされてきたスキューバダイビングやパラセール搭乗は、一般的に普及してきたこともあり、現在は危険な運動には当たりません。

**Q13 車を運転中に後続車に追突されケガをしましたが、傷害給付の対象になりますか？**

**A13**  
原則対象となります。請求時に交通事故証明書・相手側保険会社の診断書兼診療報酬明細書(いずれもコピーで可)を添付し請求してください。

**Q14 就職して別居となった子供(未婚)は保障対象となりますか？**

**A14**  
生計が同一かどうかは問いませんので、対象となります。

**Q15 日射病・熱射病などの熱中症も対象となりますか？**

**A15**  
対象となります。

### 2.賠償責任給付金

**Q1 賠償責任給付の補償の対象者について教えてください。**

**A1**  
家族タイプはもちろんのこと、個人タイプ・夫婦タイプであっても、家族全員(本人、配偶者、本人または配偶者と同居の親族、本人または配偶者と別居の未婚の子)が保障の対象となります。

**Q2 賠償責任給付は、どのような場合になされるのですか？**

**A2**  
加入者またはその家族が第三者に対して法律上の損害賠償責任を負った場合、その責任割合分だけで対象となります。従って、スポーツの最中に他のプレーヤーと衝突してケガをさせた等、法律上の賠償責任のない場合は、給付の対象となりませんのでご注意ください。

**Q3 交通事故による賠償責任も給付の対象となりますか？**

**A3**  
航空機、船舶、車両等に起因する賠償責任は対象となりません。ただし、自転車によるものは対象となります。

**Q4 誤って火事を起こしてしまい、隣りの家を焼いてしまいました。賠償責任給付の対象となりますか？**

A4

原則対象となりません。日本の失火責任法では、重過失がない限り失火による損害について賠償責任を負わないと定められています。ただし、重過失による失火の場合には対象となることがあります。

**Q5 子供が学校から貸与されたタブレット端末をこわしてしまいました。賠償責任給付の対象となりますか？**

A5

対象となります(2026年3月の制度改定による)。

**Q6 賠償事故が発生したら、どうすればよいのですか？誰かが示談を代行してくれるのですか？**

A6

日本国内において発生した賠償事故(日本国外の裁判所に提起された場合を除く)は、提携保険会社による示談代行サービスを受けることができます。賠償事故が発生しましたら、遅滞なく共済事業局にご報告いただき、今後の対応について当方および提携保険会社の指示に従ってください。貴方が直接示談交渉する場合でも、示談の内容など、必ず事前に共済事業局ないし提携保険会社に予めご相談ください。

### 3.携行品損害給付金

**Q1 携帯電話(スマートフォン)やノート型パソコン・タブレット端末を落として壊した場合に、給付の対象となりますか？**

A1

全て対象となりません。以下の物も携行品損害の対象となりませんので、ご注意ください。

- ①船舶(ヨット・モーターボート・水上バイク・ボートおよびカヌーを含みます)、航空機、自動車、原動機付自転車、雪上オートバイ、ゴーカートおよびこれらの付属品
- ②自転車、ハングライダー、パラグライダー、サーフボード、ウインドサーフィン、ラジコン模型およびこれらの付属品
- ③携帯電話、スマートフォン、ノート型パソコン、タブレット端末、モバイルWiFiルーター、ハンディターミナル、POS端末、音声翻訳機、電子辞書、電子式卓上計算機、電子手帳、ボイスレコーダー、モバイルプリンターおよびこれらの付属品
- ④義歯、義肢、コンタクトレンズその他これらに類する物
- ⑤動物および植物
- ⑥印紙、切手
- ⑦預金証書または貯金証書(通帳およびキャッシュカードを含みます)、クレジットカード、ローンカード、プリペイドカード、電子マネーその他これらに準ずる物
- ⑧稿本、設計書、図案、証書、帳簿その他これらに準ずる物
- ⑨1個または1組の価額が30万円を超える貴金属、宝玉および宝石、書画、骨董、彫刻物その他の美術品
- ⑩有価証券(ただし、手形、小切手、株券、社債券、国債券、ビール券、百貨店商品券等の商品券(\*)は保障の対象となります)  
(\* )商品券にはプリペイドカード類は含みません。また、使用期限の定めがなく、発行者以外に対して使用できるもののみが対象です。

**Q2 携行品損害給付の支払い額は、どのように決定されますか？**

A2

次のように取扱われます。

- 1.一部がこわれ修理可能な場合(分損)  
…その修理費(但し時価額限度)
- 2.盗難や修理不可能な場合(全損)  
…その物の時価額もしくは、給付金額のいずれか低い方。購入当時の新品の価額から使

用年数による減価を差し引いたり、物価上昇を加味して算出します。例えばスキーの場合の減価率は、年15%で計算されます

**Q3 ゴルフプレー中に、誤って自分のクラブを折ってしまいました。この場合のシャフトの取り換え修理代はこの共済の対象となりますか？**

A3

対象となります。損害額30万円まで(ただし、国外では10万円まで)給付します。その場合、免責金額の3,000円は自己負担していただくことになっています。

**Q4 就業時間中にメガネを落としてこわしてしまいましたが、携行品損害給付の対象となりますか？**

A4

原則対象となります(携行品損害は就業中か否かを問いません)。

**Q5 「盗難」とは何をもって判断するのですか？**

A5

警察へ届け出て、それが「盗難」として受理されたことが確認できた場合、盗難と判断します。「遺失物」として受理された場合は対象となりませんので、ご注意ください。また、置き忘れたことが原因で、結果的に盗難となっても、「盗難」とは取扱われません。

**Q6 「紛失」、「置き忘れ」でも、携行品損害給付、自転車(新車)盗難見舞金の対象となりますか？**

A6

「紛失」「置き忘れ」は対象となりません。

**Q7 「現金」の盗難も携行品損害給付の対象となりますか？**

A7

対象となります。ただし、国内では合計30万円限度、国外では合計5万円限度となります。なお、クレジットカードは対象となりません。

### 4.救援者見舞金

**Q1 救援者見舞金では、誰が被災者になった場合に給付の対象になりますか？**

A1

個人タイプでは加入者本人のみが、夫婦タイプでは本人および配偶者が、家族タイプでは家族全員が被災者になった場合に対象となります。

**Q2 給付金が支払われる場合を詳しく教えてください。**

A2

加入者に次のいずれかの事由が生じた場合に給付金をお支払いします。

- 1.国内または国外において搭乗していた航空機や船舶が行方不明または遭難した場合。
- 2.国内または国外において事故により緊急な捜索救助活動が必要なが警察などにより確認された場合。
- 3.外出時において被ったケガのため、事故の日から180日以内に死亡または継続して5日以上入院した場合。

**Q3 給付される給付金を教えてください。**

A3

看護または事故処理を目的として、宿泊を伴う遠隔地の事故発生地または受傷加入者収容地へ行く家族の旅費(交通費、滞在費)を、1回の事故につき100万円を限度としてお支払いいたします。ただし、滞在費については、1事故につき2往復、のべ4名を限度とします(上限14日)。

**Q4 給付金の支払われない場合を教えてください。**

A4

傷害給付金の給付金をお支払いしない主な場合(P.6)と同じです。

### 5.自転車(新車)盗難見舞金

**Q1 自転車(新車)盗難見舞金を請求する場合の必要書類を教えてください。**

A1

「盗難通知書」(警察への盗難届の内容を記載

する書類)、購入時期が分かる販売店の証明、「給付金支払請求書」をご提出ください(給付金請求書一覧をご参照ください)。

## 6.ホールインワン・アルバトロス祝金

**Q1 キャディーなしのゴルフ場でホールインワン・アルバトロスを達成した場合も給付されますか?**

A1

キャディー付きでない、いわゆるセルフプレー中のホールインワン・アルバトロスについては下記1～3のケースを除き給付の対象となりません。

1. 第1打からカップインまで、ゴルフ場の使用人またはゴルフ場の関連業者、公式競技の競技委員、先行・後続のパーティのプレイヤーが目撃したことの証明
2. 映像に同一カットにティーグラウンドとグリーンが収まっており、第1打からカップインまで編集なしでワンシーンで撮影されているビデオ映像が提出
3. 公式競技において、同伴競技者が目撃したことの証明

## 7.家財盗難給付金・家宅侵入見舞金

**Q1 家財盗難給付金の給付対象を教えてください。**

A1

日本国内において、居住建物内で、加入者または加入者と同居の親族の家財が保障期間中、窃盗や強盗によって盗取、損傷または汚損されたことにより損害を受けた場合、30万円(自己負担額1万円)を限度に保障いたします。

※居住建物の範囲は加入者本人、加入者の配偶者が居住する住居、および加入者が自ら使用するために常時管理している別荘などの居住用建物が対象です。

※収容建物自体のき損、汚損は支払い対象となりません。

**Q2 家宅侵入見舞金の給付対象を教えてください。**

A2

日本国内において、泥棒侵入時におけるドア・鍵・窓ガラスの破損について定額の見舞金をお支払いします。これは家財盗難の有無にかかわらず給付しますが、ドア・鍵、窓ガラスの破損がなく泥棒に入られ、その後防犯の為にそれらを交換した場合等は給付対象とはなりません。

**Q3 家財盗難給付金・家宅侵入見舞金は警察への被害届けなしでも給付されますか?**

A3

警察への被害届けのない損害は、給付対象となりません。警察への被害届けを行い、警察の受理番号を得た事件による損害が給付対象となります。

## 8.変更・異動の手続き

**Q1 住所や所属組合が変わったときは、どうすればいいのですか?**

A1

各共済共用の「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上、共済事業局宛提出してください。なお、用紙は全て組合に備えてあります。

**Q2 預金口座を変更したいのですが、どうすればよいのですか?**

A2

「加入者内容変更通知書・口座変更通知書」に必要事項を記入し銀行届出印を押印して、提出してください。

なお、新口座への移行事務手続きに時間がかかりますので旧口座にも2か月程度の掛金を残しておく方が安心です。

## 9.その他

**Q1 一般の損害保険にも加入しています。この共済の給付と重複する場合は、どう扱われるのでしょうか?**

A1

取り扱いは次のとおりです。

- 1.他の保険に関係なく重複して支払われるもの  
傷害給付金、自転車(新車)盗難見舞金、ホールインワン・アルバトロス祝金、家宅侵入見舞金
- 2.他の保険との接分、調整により支払われる(重複給付は行わない)もの賠償責任給付金、携行品損害給付金、救済者見舞金、家財盗難見舞金

**Q2 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?**

A2

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

1.外国人の方の加入条件

- (1) 募集パンフレット、加入者のしおりの内容や告知義務などの内容を理解できる日本語能力を有すること。
  - (2) 加入手続き・給付金受け取り手続きが日本国内で行えること。
  - (3) 掛金引落し口座・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、実際にケガで病院にかかる場合に、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。

# Ⅲ.別表

後遺障害等級表

等級	後遺障害	保険金支払割合
第1級	(1)両眼が失明したもの (2)咀嚼 <sup>そ</sup> およ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害を残し、常に介護を必要とするもの (4)胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を必要とするもの (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	100%
第2級	(1)1眼が失明し、他眼の矯正視力(視力の測定は万国式試視力表によるものとします。以下同様とします)が0.02以下になったもの (2)両眼の矯正視力が0.02以下になったもの (3)神経系統の機能または精神に著しい障害を残し、随時介護を必要とするもの (4)胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、随時介護を必要とするもの (5)両上肢を手関節以上で失ったもの (6)両下肢を足関節以上で失ったもの	89%
第3級	(1)1眼が失明し、他眼の矯正視力が0.06以下になったもの (2)咀嚼 <sup>そ</sup> または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害を残し、終身労務に服することができないもの (4)胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、終身労務に服することができないもの	78%

第3級	(5)両手の手指の全部を失ったもの(手指を失ったものとは、母指は指節間関節、その他の手指は近位指節間関節以上を失ったものをいいます。以下同様とします)	78%
第4級	(1)両眼の矯正視力が0.06以下になったもの (2)咀嚼 <sup>そ</sup> および言語の機能に著しい障害を残すもの (3)両耳の聴力を全く失ったもの (4)1上肢をひじ関節以上で失ったもの (5)1下肢をひざ関節以上で失ったもの (6)両手の手指の全部の用を廃したものは、手指の末節骨の半分以上を失い、または中手指節関節もしくは近位指節間関節(母指にあっては指節間関節)に著しい運動障害を残すものをいいます。以下同様とします) (7)両足をリスフラン関節以上で失ったもの	69%
第5級	(1)1眼が失明し、他眼の矯正視力が0.1以下になったもの (2)神経系統の機能または精神に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの (3)胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、特に軽易な労務以外の労務に服することができないもの (4)1上肢を手関節以上で失ったもの (5)1下肢を足関節以上で失ったもの (6)1上肢の用を全廃したもの (7)1下肢の用を全廃したもの (8)両足の足指の全部を失ったもの(足指を失ったものとは、その全部を失ったものをいいます。以下同様とします)	59%

第6級	(1)両眼の矯正視力が0.1以下になったもの (2)咀嚼 <sup>そ</sup> または言語の機能に著しい障害を残すもの (3)両耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの (4)1耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が40cm以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの (5)脊柱に著しい変形または運動障害を残すもの (6)1上肢の3大関節中の2関節の用を廃したもの (7)1下肢の3大関節中の2関節の用を廃したもの (8)1手の5の手指または母指を含み4の手指を失ったもの	50%
第7級	(1)1眼が失明し、他眼の矯正視力が0.6以下になったもの (2)両耳の聴力が40cm以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの (3)1耳の聴力を全く失い、他耳の聴力が1m以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの (4)神経系統の機能または精神に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの (5)胸腹部臓器の機能に障害を残し、軽易な労務以外の労務に服することができないもの (6)1手の母指を含み3の手指または母指以外の4の手指を失ったもの (7)1手の5の手指または母指を含み4の手指の用を廃したもの (8)1足をリスフラン関節以上で失ったもの (9)1上肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの (10)1下肢に偽関節を残し、著しい運動障害を残すもの	42%

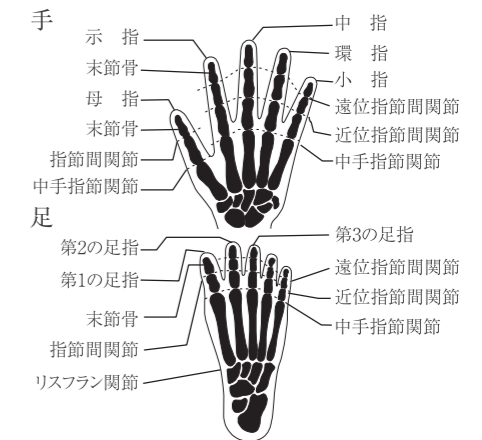
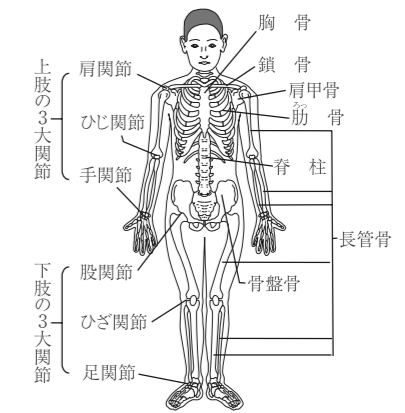
第7級	(11)両足の足指の全部の用を廃したものは、第1の足指は末節骨の半分以上、その他の足指は遠位指節間関節以上を失ったものまたは中手指節関節もしくは近位指節間関節(第1の足指にあっては指節間関節)に著しい運動障害を残すものをいいます。以下同様とします) (12)外貌に著しい醜状を残すもの (13)両側の睪丸 <sup>こう</sup> を失ったもの	42%
第8級	(1)1眼が失明し、または1眼の矯正視力が0.02以下になったもの (2)脊柱に運動障害を残すもの (3)1手の母指を含み2の手指または母指以外の3の手指を失ったもの (4)1手の母指を含み3の手指または母指以外の4の手指の用を廃したもの (5)1下肢を5cm以上短縮したもの (6)1上肢の3大関節中の1関節の用を廃したもの (7)1下肢の3大関節中の1関節の用を廃したもの (8)1上肢に偽関節を残すもの (9)1下肢に偽関節を残すもの (10)1足の足指の全部を失ったもの	34%
第9級	(1)両眼の矯正視力が0.6以下になったもの (2)1眼の矯正視力が0.06以下になったもの (3)両眼に半盲症、視野狭窄 <sup>さく</sup> または視野変状を残すもの (4)両眼のまぶたに著しい欠損を残すもの (5)鼻を欠損し、その機能に著しい障害を残すもの (6)咀嚼 <sup>そ</sup> および言語の機能に障害を残すもの (7)両耳の聴力が1m以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの	26%

等級	後遺障害	保険金支払割合
第9級	(8)1耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になり、他耳の聴力が1m以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの (9)1耳の聴力を全く失ったもの (10)神経系統の機能または精神に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの (11)胸腹部臓器の機能に障害を残し、服することができる労務が相当な程度に制限されるもの (12)1手の母指または母指以外の2の手指を失ったもの (13)1手の母指を含み2の手指または母指以外の3の手指の用を廃したもの (14)1足の第1の足指を含み2以上の足指を失ったもの (15)1足の足指の全部の用を廃したもの (16)外貌に相当程度の醜状を残すもの (17)生殖器に著しい障害を残すもの	26%
第10級	(1)1眼の矯正視力が0.1以下になったもの (2)正面視で複視を残すもの (3)咀嚼または言語の機能に障害を残すもの (4)14歯以上に対し歯科補綴を加えたもの (5)両耳の聴力が1m以上の距離では普通の話声を解することが困難である程度になったもの (6)1耳の聴力が耳に接しなければ大声を解することができない程度になったもの (7)1手の母指または母指以外の2の手指の用を廃したもの (8)1下肢を3cm以上短縮したもの	20%

第10級	(9)1足の第1の足指または他の4の足指を失ったもの (10)1上肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すもの (11)1下肢の3大関節中の1関節の機能に著しい障害を残すもの	20%
第11級	(1)両眼の眼球に著しい調節機能障害または運動障害を残すもの (2)両眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの (3)1眼のまぶたに著しい欠損を残すもの (4)10歯以上に対し歯科補綴を加えたもの (5)両耳の聴力が1m以上の距離では小声を解することができない程度になったもの (6)1耳の聴力が40cm以上の距離では普通の話声を解することができない程度になったもの (7)脊柱に変形を残すもの (8)1手の示指、中指または環指を失ったもの (9)1足の第1の足指を含み2以上の足指の用を廃したもの (10)胸腹部臓器の機能に障害を残し、労務の遂行に相当な程度の支障があるもの	15%
第12級	(1)1眼の眼球に著しい調節機能障害または運動障害を残すもの (2)1眼のまぶたに著しい運動障害を残すもの (3)7歯以上に対し歯科補綴を加えたもの (4)1耳の耳殻の大部分を欠損したもの (5)鎖骨、胸骨、肋骨、肩甲骨または骨盤骨に著しい変形を残すもの (6)1上肢の3大関節中の1関節の機能に障害を残すもの (7)1下肢の3大関節中の1関節の機能に障害を残すもの	10%

第12級	(8)長管骨に変形を残すもの (9)1手の小指を失ったもの (10)1手の示指、中指または環指の用を廃したもの (11)1足の第2の足指を失ったもの、第2の足指を含み2の足指を失ったものまたは第3の足指以下の3の足指を失ったもの (12)1足の第1の足指または他の4の足指の用を廃したもの (13)局部に頑固な神経症状を残すもの (14)外貌に醜状を残すもの	10%
第13級	(1)1眼の矯正視力が0.6以下になったもの (2)1眼に半盲症、視野狭窄または視野変状を残すもの (3)正面視以外で複視を残すもの (4)両眼のまぶたの一部に欠損を残したまたはまつげはげを残すもの (5)5歯以上に対し歯科補綴を加えたもの (6)胸腹部臓器の機能に障害を残すもの (7)1手の小指の用を廃したもの (8)1手の母指の指骨の一部を失ったもの (9)1下肢を1cm以上短縮したもの (10)1足の第3の足指以下の1または2の足指を失ったもの (11)1足の第2の足指の用を廃したもの、第2の足指を含み2の足指の用を廃したものまたは第3の足指以下の3の足指の用を廃したもの	7%
第14級	(1)1眼のまぶたの一部に欠損を残し、またはまつげはげを残すもの (2)3歯以上に対し歯科補綴を加えたもの (3)1耳の聴力が1m以上の距離では小声を解することができない程度になったもの	4%

第14級	(4)上肢の露出面に手のひらの大きさの醜いあとを残すもの (5)下肢の露出面に手のひらの大きさの醜いあとを残すもの (6)1手の母指以外の手指の指骨の一部を失ったもの (7)1手の母指以外の手指の遠位指節間関節を屈伸することができなくなったもの (8)1足の第3の足指以下の1または2の足指の用を廃したもの (9)局部に神経症状を残すもの	4%
------	--	----



#### ギプス等(\*1)の常時装着により通院したものとみなす部位

- 1.長管骨または脊柱
  - 2.長管骨に接続する上肢または下肢の三大関節部分。
  - 3.肋骨・胸骨。ただし、体幹部を固定した場合に限りです。
  - 4.顎骨または顎関節。ただし三内式シーネ等で上下顎を固定した場合に限りです。
- (\*1)ギプス・キャスト、ギプスシーネ、ギプスシャーレ、副子・シーネ・スプリント固定、創外固定器、PTBキャスト、PTBブレース(下腿骨骨折後に装着したものにつき、骨癒合に至るまでの医師が装着を指示した期間のみ)、線副子等およびハローベストをいいます。(これら以外は対象外)

注 1.から3までの規定中「長管骨」、「脊柱」、「上肢または下肢の三大関節部分」および「肋骨・胸骨」については、上記の図に示すところによります。

# VI.給付内容一覧

## ●総合コース

加入タイプ	個人タイプ	夫婦タイプ		家族タイプ					
				Aタイプ			Bタイプ		
対象	本人	本人	配偶者	本人	配偶者	配偶者以外の家族	本人	配偶者以外の家族	
傷害給付金	死亡・後遺障害	350万円	350万円	250万円	350万円	250万円	200万円	350万円	200万円
	入院日額	5,000円	5,000円	3,500円	5,000円	3,500円	3,000円	5,000円	3,000円
	通院日額	3,000円	3,000円	2,000円	3,000円	2,000円	1,500円	3,000円	1,500円
	手術給付金(入院)*1	5万円	5万円	3.5万円	5万円	3.5万円	3万円	5万円	3万円
	手術給付金(外来)*1	2.5万円	2.5万円	1.75万円	2.5万円	1.75万円	1.5万円	2.5万円	1.5万円
	賠償責任給付金	1事故 <b>無制限</b> (国内のみ示談代行付き)*2(国外1億円限度)							
携行品損害給付金	1事故 <b>30万円</b> 限度(自己負担額:1事故につき3千円)								
救援者見舞金	1事故 <b>100万円</b> 限度								
自転車盗難見舞金	1回 <b>1万円</b> (期間中1回) 個人タイプは1台、夫婦タイプは2台、家族タイプは家族数までの台数								
ホールインワン・アルバトロス祝金	1回 <b>50万円</b>								
家財盗難給付金	1事故 <b>30万円</b> 限度(自己負担額:1事故につき1万円)								
家宅侵入見舞金	ドア・鍵	一律 <b>1万円</b>							
	窓ガラス	一律 <b>5千円</b>							
月払掛金*3	<b>1,200円</b>	<b>2,000円</b>	<b>2,900円</b>	<b>2,330円</b>					
年払掛金*4	<b>13,500円</b>	<b>22,500円</b>	<b>32,500円</b>	<b>26,270円</b>					

ご注意:掛金は、掛け捨てです。

## ●基本コース

加入タイプ	個人タイプ	夫婦タイプ		家族タイプ					
				Aタイプ			Bタイプ		
対象	本人	本人	配偶者	本人	配偶者	配偶者以外の家族	本人	配偶者以外の家族	
傷害給付金	死亡・後遺障害	350万円	350万円	250万円	350万円	250万円	200万円	350万円	200万円
	入院日額	5,000円	5,000円	3,500円	5,000円	3,500円	3,000円	5,000円	3,000円
	通院日額	3,000円	3,000円	2,000円	3,000円	2,000円	1,500円	3,000円	1,500円
	手術給付金(入院)*1	5万円	5万円	3.5万円	5万円	3.5万円	3万円	5万円	3万円
	手術給付金(外来)*1	2.5万円	2.5万円	1.75万円	2.5万円	1.75万円	1.5万円	2.5万円	1.5万円
賠償責任給付金	1事故 <b>無制限</b> (国内のみ示談代行付き)*2(国外1億円限度)								
月払掛金*3	<b>770円</b>	<b>1,340円</b>	<b>2,280円</b>	<b>1,710円</b>					
年払掛金*4	<b>8,600円</b>	<b>15,000円</b>	<b>25,000円</b>	<b>18,000円</b>					

ご注意:掛金は、掛け捨てです。

## ●NEWフレッシュパック専用コース

加入タイプ	個人タイプ
対象	本人
傷害給付金 通院日額	<b>3,000円</b>
賠償責任給付金	1事故 <b>無制限</b> (国内のみ示談代行付き)*2(国外1億円限度)
月払掛金	<b>370円</b>

\*NEWフレッシュパック専用コースは「月払」のみ。

- \*1 傷の処置等お支払いの対象外の手術があります。
- \*2 示談代行サービスは日本国内において発生した賠償事故(訴訟が日本国外の裁判所に提起された場合等を除きます)に対し加入者の希望により受けられるサービスです。ただし次のような場合には利用できません。
  - ・1回の賠償事故による賠償金総額が賠償責任給付金の限度額を明らかに超える場合
  - ・損害賠償請求権者である相手方が、示談代行者(東京海上日動火災保険)と直接折衝することに同意しない場合
  - ・正当な理由なく加入者(保障の対象者)が示談代行者への協力を拒んだ場合等
- \*3 途中加入は全て月払となります。
- \*4 年払の申込みは毎年1月20日締切です(3月1日にご加入された場合のみです)。

保障の対象者は次の通りです。

	個人タイプ			夫婦タイプ			家族タイプ					
	本人	配偶者	配偶者以外の家族*5	本人	配偶者	配偶者以外の家族*5	Aタイプ			Bタイプ		
	本人	配偶者	配偶者以外の家族*5	本人	配偶者	配偶者以外の家族*5	本人	配偶者	配偶者以外の家族*5	本人	配偶者	配偶者以外の家族*5
傷害給付金	○	×	×	○	○	×	○	○	○	○	×	○
賠償責任給付金*6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
携行品損害給付金	○	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○

- \*5 傷害・賠償共済の「家族」の範囲は、組合員の配偶者、組合員本人またはその配偶者の同居の親族、組合員本人またはその配偶者の別居の未婚の子をいいます。親族とは6親等以内の血族または3親等以内の姻族(配偶者を含みません)をいい、未婚とはこれまでに婚姻歴がないことをいいます。この続柄は傷害・損害の原因となった事故発生の際におけるものをいいます。
- \*6 賠償責任給付金については、ご本人が未成年者または上表の保障の対象者が責任無能力者の場合、その方の親権者およびその他の法定の監督義務者等を保障の対象者に追加します(未成年者または責任無能力者に関する事故に限り)。

# V.事故の報告と給付金の請求方法

## 1.もし事故がおきたら(事故の報告)

- 事故が発生したときはただちに組合本部または支部の役員まで連絡し、P.20の「傷害・賠償共済状況連絡票(事故報告書)」に必要事項を記入のうえ提出してください。
- 賠償事故については、相手方とその場の示談交渉はしないでください(口約束でも示談は成立することになります)。相手方と示談される場合には必ず了解を得てからにしてください。自分で勝手に示談した場合には給付金をお支払いできない場合があります。
- けがの場合は、治療終了後に請求してください。
- ケガ以外の場合は、添付書類がそろってから請求してください。

## 2.給付金支払請求書類一覧表

※各書類は所属組合からお取り寄せください(UAゼンセン共済事務局H/Pからもダウンロード可能です)。

◎:提出必須 ○:場合によって提出必要 △:その他

箇所	入院給付金	通院給付金	手術給付金	後遺障害給付金	死亡給付金	賠償責任給付金	携行品損害給付金	救護者見舞金	自転車盗難見舞金 (購入6か月以内)	家財盗難・家宅侵入見舞金	ホールインワン・アルバトロス祝金
①事故報告書(事故報告書)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
②給付金支払請求書	◎	◎	◎	◎	◎	△(注4)	◎	◎	◎	◎	◎
③診断書(所定フォーマット)	(注1) ○	○	○	○	○						
④入院状況報告書	○	○	○								
⑤医療機関 領収書等のコピー(通院日がわかるもの)	(注2) ○	○	○								
⑥診療明細書のコピー(手術の記載があるもの)			○								
⑦同意書	◎	◎	◎	◎	◎						
⑧後遺症診断書				◎							
⑨交通事故証明書のコピー(交通事故被災の場合)	◎	◎	◎	◎	◎						
⑩死亡診断書または死体検案書のコピー					◎						
⑪戸籍謄本					◎						
⑫印鑑証明書					◎						
⑬修理費 請求書または見積書							◎				
⑭修理費 領収書							◎				
⑮修理不能証明書							◎				
⑯損害物の写真(全体と損害箇所)							◎				
⑰購入時期を証明するもの								◎			
⑱盗難届出証明書、被害物件明細書									◎		
⑲ホールインワン・アルバトロス証明書										◎	
⑳スコアカード											◎
㉑その他関係書類	(注3) ○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

- (注1) 入院・通院・手術給付金の合計額が30万円以下の場合、診断書のご提出は原則不要です。  
・診断書に入院・通院期間、手術、固定装具等の記載がある場合は、④～⑥の提出は原則不要です。
- (注2) 交通事故、労災事故等でご自身が治療費を負担していない場合は、通院日がわかる別の書類を提出してください。
- (注3) 給付するにあたり必要と判断した書類の提出をお願いする場合があります。
- (注4) 示談代行サービスを利用しない場合は、必要書類を別途案内します。

## 3.請求書類の書き方(記入例)

### (1)状況連絡票

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		UAゼンセン 傷害・賠償共済専用		
<small>(個人情報の利用・取扱いの同意)</small> <small>貴互助会および貴社が、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について同意いたします。</small> <small>(※)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。</small>						
<b>傷害・賠償共済 状況連絡票 (事故報告書)</b>				連絡日2020年 4月 1日		
① 加入者情報	共済加入者番号	0012345670	加入者名	共済 太郎		
	組合名	市ヶ谷労働組合				
	住所	〒102-8274 千代田区九段南4-8-19	電話	※日中連絡がつく電話 090-0000-0000		
② 発生状況	発生日時	2020年 4月 1日	午前	午後	7時 30分頃	
	発生場所	東京 都 千代田区五番町				
	当事者	組合員との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 同居の親族(続柄 母) <input type="checkbox"/> 別居の未婚の子			
	フリガナ	キョウサイ ハナコ	年齢	65歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
	氏名	共済 花子	電話	※日中連絡がつく電話 080-1111-1111		
何をしていた時 何が起きて どのようになったか		おケガをされた状況、物が壊れた状況などをご記入下さい。 自転車に乗って買い物へ行く途中、信号のない交差点で右方からきた自転車と衝突し左に転倒。左肩を負傷。衝撃で飛んだ眼鏡も破損。相手もケガをしている。				
車・バイクを運転中の場合は 右から選択		<input type="checkbox"/> 飲酒をしての事故 <input type="checkbox"/> 無免許での事故 <input type="checkbox"/> 左記以外				
賠償責任事故の場合は 右から選択		<input type="checkbox"/> 業務従事中の事故 <input checked="" type="checkbox"/> 左記以外				
③ 給付金種類	給付対象と思われるものを選択					
	<input checked="" type="checkbox"/> ケガに関する保障 ←(注)事故日からその日を含めて180日以内に生じたもの(入院等)がご請求の対象です <input checked="" type="checkbox"/> 賠償責任給付金 <input type="checkbox"/> 家財盗難給付金 <input type="checkbox"/> 自転車(新車)盗難見舞金 <input type="checkbox"/> 救護者見舞金 <input checked="" type="checkbox"/> 携行品(身の回り品)の保障 <input type="checkbox"/> 家宅侵入見舞金 <input type="checkbox"/> ホールインワン・アルバトロス祝金					
	症状	創 挫 骨 脱 捻 離断 傷 傷 折 臼 挫 け 裂	傷害の部位	※必ず記入 左肩		
	事故前の症状について選択	<input type="checkbox"/> 痛みがあった <input checked="" type="checkbox"/> 痛みはなかった				
④ 【ケガ】 傷害・治療の 状況	治療終了見込み	2020年		7月頃		
	医療機関名	(1) 市ヶ谷病院 TEL: 03-9333-1234	(2)	TEL:		
	入院・手術について選択(現時点の状況)	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院済み <input type="checkbox"/> 手術済み (手術名: )				
⑤ 【携行品】 損害品明細	品名(メーカー・型式)	購入時期(年月)	購入価格	品名(メーカー・型式)	購入時期(年月)	購入価格
	(1) 眼鏡 金子 KV-109	2020年1月	45,000円	(2)		
	(3)			(4)		
	フリガナ	ロウキン タロウ	ご住所 ご連絡先	〒102-8273 千代田区九段南4-8-16 TEL: 070-1234-5678		
⑥ 【賠償責任給付金】 お相手の情報 示談代行	<input type="checkbox"/> 利用しない <input checked="" type="checkbox"/> 利用する					
	<input type="checkbox"/> 加入者 <input checked="" type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> その他 [ (氏名・連絡先) ]					

(2) 給付金支払請求書

### 傷害・賠償共済 給付金支払請求書

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

JAゼンセン 傷害・賠償共済専用

（個人情報の利用・取扱の同意）  
貴互助会および貴社が、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。

\*ボールペンでご記入ください（消せるボールペンは使用不可）。

記入日 2020年 7月 1日

※私は下記の内容が事実と相違ないことを確認し、給付金を請求いたします。  
※傷害・賠償共済規定第8条に基づく保険会社への委託部分の請求ならびに受領に関する権限をUAゼンセン福祉共済互助会に委託します。なお、本書の写真複写も同じ効力があることを認めます。

**<加入者情報>**

共済加入者番号	0012345670	フリガナ	キョウサイ タロウ
加入者名	署名	共済 太郎	
住所	〒102-8274 千代田区九段南4-8-19		
電話	090-0000-0000		
組合名	市ヶ谷労働組合		
本請求以外に請求する他の契約	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ある場合		
団体・保険会社名	東京都民共済		
給付金の送金先	銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> ※カタカナ <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 口座No. <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 名義 (カタカナ) <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 記号(5桁) 12345 通帳番号(8桁) 000012345		

★振込口座は加入者名義の口座に限りま。

**<給付金種類>**

印をつけてください

ケガ（事故日からその日を含めて180日以内に生じたものがご請求の対象）

死亡給付金     後遺障害給付金     入院給付金  
 通院給付金(上限90日)     手術給付金(1事故につき手術1回)

その他

賠償責任給付金     家財盗難給付金     自転車(新車)盗難見舞金  
 携行品損害給付金     家宅侵入見舞金     ホールインワン・アルバイト祝金  
 救援者見舞金

**<当事者情報>**

組合員との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 同居の親族(続柄 母) <input type="checkbox"/> 別居の未婚の子
当事者	フリガナ キョウサイ ハナコ    生年月日 1961年11月 1日    性別 男性 <input checked="" type="radio"/> 女性 <input type="radio"/>
氏名	共済 花子

**<発生状況>**

発生状況は『状況連絡票』に記載してください(提出について、右から1つ選択)	<input checked="" type="checkbox"/> 状況連絡票はすでに提出済 提出時期 2020年 4月
	<input type="checkbox"/> 給付金支払請求書と同時に提出

※携行品損害給付金は、状況連絡票の「損害品明細」に基づくため、正確な内容を詳細に記入してください。

202603

(3) 入・通院状況報告書

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

給付金請求額が30万円超の場合や所定手術を行った場合については、別途、「診断書(所定様式あり)」のご提出をお願いします。

### 傷害・賠償共済 入・通院状況報告書

記入日(請求日) 2020年 9月 30日

① 負傷者	ふりがな きょうさい たろう 氏名 共済 太郎 印 年齢 45歳 性別 男性 <input checked="" type="radio"/> 女性 <input type="radio"/>
② 負傷日	2020年 7月 1日 時間 ※24時間で記載ください(例:午後5時の場合は17時00分) 19時30分頃
③ 負傷部位 負傷態様	背中の打撲 右足の骨折 (傷病名: )
④ 著しい支障期間の有無 *該当に○印 有(○) 無( )	◆平常の業務または平常の生活(更衣・入浴・家事・書字等)に著しい支障があった期間 2020年 7月 1日 ~ 2020年 7月 15日 ◆具体的支障内容を記入して下さい。 7/2~7/15職場での配置転換。就寝中・入浴時も常時ギブスを着用した。歩行時は、松葉つえを使用した。
⑤ ギブス等の固定具使用の有無 *該当に○印 有(○) 無( )	◆医師の指示により固定具を常時装着されましたか? (「入浴時のみ取り外す」等は常時装着に含めます) (はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> ※「はい」の場合は、下記もご回答ください。 (固定具の名称) 着脱可・不可どちらかに○ 使用期間 (名称 石膏) 着脱可 <input checked="" type="radio"/> 不可 <input type="radio"/> 2020年 7月 2日 ~ 7月 15日 上記で手首または足首を含む固定はございましたでしょうか? (はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> (名称 シーネ) 着脱可 <input checked="" type="radio"/> 不可 <input type="radio"/> 2020年 7月 15日 ~ 7月 22日 上記で手首または足首を含む固定はございましたでしょうか? (はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>
⑥ 入院日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間
⑦ 利用保険	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他( )
⑧ 通院日数	2020年 7月 2日から 2020年 9月 10日まで 8日間 実際に通院治療を受けた日に○印をつけて下さい。
⑨ 職業付添者 雇入期間	入院中職業付添者を雇った場合は、その雇入れ期間をご記入下さい。 年 月 日 ~ 年 月 日
⑩ 手術名 及び 実施日	(注) 今回のお怪我で実際に手術をした場合、その正式手術名と記号番号を担当医師から書いてお書き下さい。 実施日 月 日
⑪ 休業期間 休学期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間

※ 別途、領収書(レシ)を添付してください。

医療機関名 市ヶ谷病院  
所在地 千代田区九段北1-1-1  
TEL 03 ( 3288 ) 7172  
診察券番号 23456

担当医師名 山田 一郎  
(外科・~~整形外科~~ 脳外科・その他 )

2020年 9月 30日 治ゆ  診見  転医・中止

\*2ヶ所以上に入院・通院した場合は、どちらの医療機関にいつ入院・通院したかわかるようにご記入ください。

(4)同意書

同意書

20〇〇年 10月 20日

医療機関名： 友愛病院 御中



主治医 様

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

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

U Aゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険(株) 御中

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

住 所	〒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。

(5)示談書

示 談 書

① 当事者甲	住所	千代田区九段南4-8-16
	氏名	共 済 太 郎
当事者乙	住所	千代田区九段南4-8-20
	氏名	ロウキン 太郎
当事者丙 (1. 甲の使用者) (2. 甲の親権者)	住所	
	氏名	

② 事 故 日 時 20〇〇年 8月 10日  午前 3時 00分頃  午後

事故発生場所 千代田区九段南4-8-20 ロウキン宅

示 談 条 件

③ 上記、日時・場所において、甲の投げたボールが乙の家の窓ガラスを破損させた事故について、甲は乙に対して窓ガラスの修理代5,000円を支払うこととする。

④ 支払指図欄 乙が上記損害賠償金の振込先を指定する場合、下記欄に記入してください。

損害賠償金受取口座	銀行(農協) (支店)	ゆうちょ銀行
	信金(信組) (支所)	※ 通帳の「振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることをご確認ください。
	普通・総合	通帳記号
当座・貯蓄	店番(3ケ) 口座番号(7ケ)	通帳番号
口座名義	5ケ 通帳記載の通帳記号5ケを記入	8ケ 通帳記載の通帳番号8ケを記入
カタカナでご記入ください		


⑤ 保険金受領に関する承諾欄


甲または丙が保険会社から保険金を受領することを乙が承諾する場合は、右記に○印をしてください。


○ 甲または丙が加入する保険契約に基づき、上記損害賠償金に対する保険金(※)を甲または丙が保険会社から受領し、乙に対して損害賠償金を支払うことを、乙は承諾する。  
 (※) 保険金の額は、保険契約の内容により損害賠償額を下回ることがあります。

⑥ 上記のとおり示談が成立しましたので、今後、本件に関しては双方共裁判上又は裁判外において一切異議・請求の申し立て、および訴訟の提起等をいたしません。

20〇〇年 8月 20日

当事者 甲 氏名 共 済 太 郎 

当事者 乙 氏名 ロウキン 太郎 

当事者 丙 氏名 

給付金の請求方法

給付金の請求方法

(6)修理不能証明書

UAゼンセン  
 傷害・賠償共済専用

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

## 修理不能証明書

\_\_\_\_\_様 よりご依頼の下記製品の修理につき、下記理由により修理不能と判断いたしましたので、ここに報告いたします。

記

(製品)品名 \_\_\_\_\_  
 メーカー名 \_\_\_\_\_  
 型式等 \_\_\_\_\_

(損傷箇所) \_\_\_\_\_  
 (損傷状況) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(修理不能理由) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

以上

年 月 日  
 住 所 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_ 印

(7)盗難届出証明書

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

UAゼンセン  
 傷害・賠償共済専用

## 傷害・賠償共済 盗難届出証明書兼被害物件明細書

請求日 20\_\_年 10月 10日

① 加入者氏名

共済 太郎

印

住 所 〒102 8273  
 千代田区九段南4-8-16

( 03 )  
 3288-3533

私は下記の内容が事実と相違ないことを証明いたします。

② 被害発見の日時 \_\_\_\_\_ 20\_\_年 10月 1日 10時 00分  
 被害発生時刻 \_\_\_\_\_ 20\_\_年 10月 1日 9時 00分  
 被害発生場所 \_\_\_\_\_ 千代田市(区)郡 九段南 町  
 警察へ届出した日 \_\_\_\_\_ 20\_\_年 10月 1日  
 警察へ届出した人 \_\_\_\_\_ 共済 太郎

③ 所轄警察署 \_\_\_\_\_ 麹町 警察署 受理番号( 1400 )  
 電話( 03 ) 3288-0000 (担当官氏名 山田 )

被害前後の状況ならびに侵入経路・手口をできるだけ詳細にご記入下さい。

④ 外出先で買物中、財布を盗まれた。

被害物件の明細 ※ 窓、ドア、鍵などの破損の場合のみ被害状況が確認できる写真を添付して下さい。  
備考(現在価格、購入先他)

品名	品質及び特徴	購入年月日	当時購入価格	備考(現在価格、購入先他)
⑤ 現金			50,000円	
財布			10,000円	

(書き切れない場合は、裏面をご利用ください。)

# VI. 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・組織の変更等)

- (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、共济事業局への届け出は必要ありません。
  - 2) 氏名・性別・生年月日・続柄 ..... ⑤  
変更・訂正となる項目欄を記入してください。銀行口座名義も変更する場合は、④に記入・捺印をしてください。  
※改姓される家族が複数名の場合には、該当する方の続柄にも○印をつけ、通信欄に氏名(改姓後)を記入してください。
  - 3) 新住所 ..... ⑥  
新住所・新電話番号を記入してください。新住所は30文字以内で記入願います。
  - 4) 組織 ..... ⑦  
以下の場合、新旧の組合情報を記入してください。  
a. チェックオフ(給与引去)から口座引落への変更。★<sup>1</sup>欄に○印を付け、最終チェックオフ日を通信欄に記入してください。  
b. 組合から福祉共济会(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、★<sup>2</sup>欄に加入者確認印を押印してください。  
c. その他組織コードの変更。
  - 5) 新従業員コード ..... ⑧  
従業員コードを変更する場合、新旧の従業員コードを記入してください(従業員コードを登録している組合のみ)。
  - (5) 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ゼンセン共济事業局 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<sup>日</sup>

加入されている共济制度(該当に○印してください)

年	月	払	半年	払	積	立	生	命	医	療	傷	賠	害	償	給	与	保	障	給	介	護
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

③ 加入者名

フリガナ	姓	名	性別	加入者番号(右づめ)	生年月日
キョウサイ	太郎	太郎	男	0012345670	昭和●●0714

※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 口座変更項目のみご記入ください

指定口座	中央銀行	種目コード	166301	契約種別コード	0	記号(6桁目がある場合は※欄にご記入ください)	番号(右づめでご記入ください)
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	
カナ預金者名	キョウサイ 太郎	金融機関お届け印(サイン届出の場合はサイン)	共济	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	姓	名	カナ氏名(左づめ。濁点・半濁点は1マス使用、姓と名の間は1マスあける)

性別: 男 ○ 女 ○

生年月日: 昭和●●0714

続柄: 本人 ○ 配偶者 ○ 他家 ○

⑥ 新住所

〒	102-8274	フリガナ	チヨダク クダシタミナミ 4-8-19
漢字		漢字	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 組織

組合・支部コード	新	旧	給与引去
			○
組合・支部名			口座引落に変更

★<sup>1</sup>

⑧ 新従業員コード

新従業員コード		旧従業員コード	
---------	--	---------	--

⑨ 組織記入欄

所属コード	1234500000	所属名	市ヶ谷労働組合	組合用欄	
-------	------------	-----	---------	------	--

福祉共济会へ異動の場合のみ押印ください。UAゼンセン福祉共济会に移行した場合、年会費1,800円をいただきます(組合費に代わる費用)。

★<sup>2</sup> 加入者確認印

加入者確認印	組合承認印	通信欄

(企)

脱退の変更手続きの書類の記入例

脱退の変更手続きの書類の記入例

27

28

## 2.脱退の手続き

### (1)中途脱退

月払で加入している場合で脱退される方は、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・給与保障共済と共用）を共済事業局に提出してください。翌月12日の引落しが停止され、最終掛金引落日の月末の脱退となります（脱退手続終了のご案内は出ません）。

年払で加入している場合の脱退は、年1回（毎年2月20日締切）の受付のみとなり2月末に脱退となります。1月21日から翌年2月20日（共済事業局着分）までに「脱退届」を提出してください。

①共済加入番号、組合員名、組合・支部名と組合・支部コードの欄は必ずご記入ください。

②チェックオフ組合の場合は、○印をつけてください。

### (2)自動脱退

掛金が3か月口座から引落されなかった場合は、最初の引落されなかった月の前月の末日を持って自動脱退となります。自動脱退となりますので、手続きの必要はありません（脱退のご通知も出ません）。

※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。

U A 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 〇 〇 1 1 0 1

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 0 0 1 2 3 4 5 6 7 0 <small>1必ずご記入ください</small>	組合名 市ヶ谷	支部・分会名 東京 <small>（支店別）</small>
---	------------	-----------------------------------

組合・支部コード 1 2 3 4 5 0 0 0 0 0 0	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） 姓 共済 名 太郎	組合員印必ず押印してください 	生年月日 昭和(S) 〇 〇 〇 7 〇 1 平成(H)	電話番号 03 - 3288 - 3533
------------------------------------	--------------------	------------------------------------	--------------------------

現住所 〒 1 0 2 - 8 2 7 3 千代田区 九段南 4 - 8 - 1 6
--

#### 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	氏名	生年月日	フリガナ	氏名	生年月日
家族	姓 名	昭 平 令 年 月 日	姓 名	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日
フリガナ	氏名	生年月日	フリガナ	氏名	生年月日
家族	姓 名	昭 平 令 年 月 日	姓 名	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日

【3】休業保障特約のみ脱退

【4】女性医療特約のみ脱退 ※脱退する方の氏名・生年月日をご記入ください。

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

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

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

#### 給与保障共済(旧 長期休業保障共済)

【6】給与保障共済全て（特約を含む）を脱退

【7】短期休業保障特約のみ脱退

#### 傷害・賠償共済

【8】傷害・賠償共済を脱退

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

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

(2024年9月版)

※該当する番号全てに○印を付けてください。

脱退の変更手続き書類の記入例

脱退の変更手続き書類の記入例

（個人情報の利用・取扱の同意）  
貴互助会および貴社が、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。

## 傷害・賠償共済 状況連絡票（事故報告書）

※「状況連絡票」は、お早めにご提出ください。

連絡日 年 月 日

① 加入者情報	共済加入者番号		加入者名										
	組合名												
	住 所	電 話		※日中連絡がつく電話									
② 発生状況	発生日時	年 月 日	午前	午後	時 分頃								
	発生場所	都 道 府 県											
	当事者	組合員との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の親族(続柄 ) <input type="checkbox"/> 別居の未婚の子										
		フリガナ 氏名	年齢 歳	性別 該当に○印 男性    女性	電話 ※日中連絡がつく電話								
	何をしていた時 何が起きて どのようなになったか	おケガをされた状況、物が壊れた状況などをご記入下さい。											
	車・バイクを運転中の場合は 右から選択	<input type="checkbox"/> 飲酒をしての事故 <input type="checkbox"/> 無免許での事故 <input type="checkbox"/> 左記以外											
賠償責任事故の場合は 右から選択	<input type="checkbox"/> 業務従事中の事故 <input type="checkbox"/> 左記以外												
③ 給付金種類	給付対象と思われるものを選択 <input type="checkbox"/> ケガに関する保障 ←(注)事故日からその日を含めて180日以内に生じたもの(入通院等)がご請求の対象です <input type="checkbox"/> 賠償責任給付金 <input type="checkbox"/> 家財盗難給付金 <input type="checkbox"/> 自転車(新車)盗難見舞金 <input type="checkbox"/> 救済者見舞金 <input type="checkbox"/> 携行品(身の回り品)の保障 <input type="checkbox"/> 家宅侵入見舞金 <input type="checkbox"/> ホールインワン・アルバイト祝金												
④ 傷害・治療の状況	症状	創傷	挫傷	骨折	脱臼	捻挫	腱断裂	やけど	熱傷	腰痛	その他	傷害の部位 ※必ず記入	傷病名(診断名) ※必ず記入
	事故前の症状について選択											傷害の部位は以前から <input type="checkbox"/> 痛みがあった <input type="checkbox"/> 痛みはなかった	
	治療終了見込み											年 月頃	
	医療機関名	(1) TEL:				(2) TEL:							
入院・手術について選択(現時点の状況)													
入院 → <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院済み													
手術 → <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり <input type="checkbox"/> 手術済み (手術名: )													
⑤ 【携行品】 損害品明細	品名(メーカー・型式)	購入時期(年月)	購入価格	品名(メーカー・型式)	購入時期(年月)	購入価格							
	(1)			(2)									
	(3)			(4)									
	( )			( )									
⑥ 【賠償責任給付金】 お相手の情報 示談代行	フリガナ 氏名	ご住所 ご連絡先		〒 TEL:									
	保険会社による示談代行サービス → <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない												
	保険会社からの連絡先をご指定ください → <input type="checkbox"/> 加入者 <input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> その他 [ (氏名・連絡先) ]												

## 付 録

### 1.給付金請求書類(傷害給付金の場合)

- (1) 傷害・賠償共済 状況連絡票(事故報告書)
- (2) 傷害・賠償共済 給付金支払請求書
- (3) 診断書
- (4) 傷害・賠償共済 入・通院状況報告書
- (5) 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)

### 1.給付金請求時に必要な書類(傷害給付金の場合)

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、万が一が一次回請求をする際にもご使用いただけます。また、傷害給付金以外の給付金請求時やこちらに添付されていない請求書類については、所属組合(福祉共済会会員の方は福祉共済会)までご連絡ください。

#### <給付金請求時の流れ>

1. 状況連絡票を作成し、所属組合(福祉共済会会員の方は福祉共済会)までFAXまたは送付ください。
2. 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。
3. 所属組合(または福祉共済会)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、委託保険会社である東京海上日動社に送付します。  
※共済事業局に請求書類到着後、通常約2~3週間で給付金が支払われます(ただし、保険会社が病院に治療内容の確認等する場合は、通常より時間を要する場合がありますのでご了承ください)。
4. 給付金が支払い完了になると東京海上日動社より、支払通知書が請求者宛に送付されます。

線  
ハサミ



# 診断書 (傷害・賠償共済用)

保険金の合計額が30万円以下の場合は、原則診断書のご提出は不要です。

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 宛

傷病者 氏名	カルテ No.	
	① 健保 ② 国保 ③ 労災 ④ 自由診療 ⑤ その他 ( )	
傷病名・外傷名 または 受傷部位・態様	④ 男・女	年 月 日生
	初診日	年 月 日
発病または 受傷の原因 傷病者申告の内容を 詳細にご記入ください	傷病発生年月日	年 月 日
初診から現在までの主要症状並びに治療内容	当該傷病の治療歴 (無・有) 治療時期 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) (病院名: ) (内 容: )	
	治療に影響を及ぼした既往症 (無・有) (傷病名: )	
	頸部症候群(むちうち症)・腰痛の場合 医学的他覚所見(理学的検査、神経学的検査、臨床検査、 画像検査等により認められる異常所見)の有無 ・画像所見(X-P、CT、MRI)異常 (無・有) ( ) ・その他所見 異常 (無・有) ( )	
今回の傷病に関して実施した手術等の種類	手術名	① ②
(開頭術)・(開胸術)・(開腹術)・(胸腔)・(胸腔ドレナージ)・(その他)	診療報酬点数	①(K・J) - ( )
創傷処理 (筋肉に達する)・(達しない)	手術区分番号	②(K・J) - ( )
筋骨関係手術の場合 (観血)・(非観血)	手術日	① 年 月 日 ② 年 月 日
植皮術の場合 (25 cm以上)・(25 cm未満)		
先進医療の実施有無 (無・有) ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )	技術名 ( )	先進医療に係る届出受理日 ( 年 月 日 )
入院治療 日間 (うち外泊日数 日) (うち特定集中治療室に入った日数 日)	固定具を「常時装着」するよう指示した期間 (無・有) (「入浴時以外は装着」したケースは「常時装着」に含めます。)	
年 月 日 ~ 年 月 日	固定具名①	<input type="checkbox"/> ギブス、ギブスシーネ、ギブスシャーレ、シーネ <input type="checkbox"/> その他 ( )
通院治療 日間	固定部位①	( ) から ( )
年 月 日 ~ 年 月 日	常時装着期間①	年 月 日 ~ 年 月 日
実通院治療日 (○印をつけてください。)	固定具名②	<input type="checkbox"/> ギブス、ギブスシーネ、ギブスシャーレ、シーネ <input type="checkbox"/> その他 ( )
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	固定部位②	( ) から ( )
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	常時装着期間②	年 月 日 ~ 年 月 日
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間の有無 (無・有) ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) [ 具体的判断理由 ]	
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	平常の業務または平常の生活(更衣・入浴・家事・書字等)に 著しい支障があると判断された期間の有無 (無・有) ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) [ 具体的判断理由 ]	
月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日	年 月 日 (治癒) (継続) (中止) (転医)	
後遺障害残存見込 (無・有・未定) (有・未定の場合には、現状および今後の見込みについてご記入ください。)	症状固定見込年月 年 月	

線  
カ  
シ  
ヤ  
ー

後遺障害保険金のお支払い可能性を確認するため、必ずご記入いただきますようお願い申し上げます。

上記のとおり診断します。 年 月 日

所在地 〒 - TEL - -

医療機関名

診療科名

医師名 印

共済事業局受領日	保険会社受領日

給付金請求額が30万円超の場合や所定手術を行った場合については、別途、「診断書(所定様式あり)」のご提出をお願いします。

## 傷害・賠償共済 入・通院状況報告書

		記入日 (請求日)		年 月 日	
①負傷者	ふりがな	←氏名に「ふりがな」をお忘れなく			
	氏名	印	年齢	歳	性別 男性 女性
②負傷日	年 月 日	時間	※24時間で記載ください (例:午後5時の場合は17時00分)		時 分頃
③負傷部位 負傷態様	【傷病名: _____】				
④ 著しい支障 期間の有無 *該当に○印 有( ) 無( )	◆平常の業務または平常の生活(更衣・入浴・家事・書字等)に著しい支障があった期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
	◆具体的支障内容を記入して下さい。				
⑤ ギプス等の 固定具 使用の有無 *該当に○印 有( ) 無( )	◆医師の指示により固定具を常時装着されましたでしょうか? (「入浴時のみ取り外す」等は常時装着に含めます) ( はい ・ いいえ ) ※「はい」の場合は、下記もご回答ください。				
	(固定具の名称)	着脱可・不可どちらかに○	使用期間		
	(名称)	)着脱可・不可	年 月 日	~	年 月 日
	上記で手首または足首を含む固定はございましたでしょうか? ( はい ・ いいえ )				
	(名称)	)着脱可・不可	年 月 日	~	年 月 日
上記で手首または足首を含む固定はございましたでしょうか? ( はい ・ いいえ )					
⑥入院日数	年 月 日から	日間	⑦利用保険	健保・国保・共済・船員・労災・ 自賠・老人・自費・その他( )	
⑧通院日数	年 月 日から	日間	実際に通院治療を受けた日に○印をつけて下さい。		
⑨ 職業付添者 雇入期間	入院中職業付添者を雇った場合は、その雇入れ期間をご記入下さい。				
	年 月 日	~	年 月 日		
⑩手術名 及び 実施日	(注) 今回のお怪我で実際に手術をした場合、その正式手術名と記号番号を担当医師から書いてお書き下さい。				
	実施日	月 日			
⑪休業期間 休学期間	年 月 日から	日間			
	年 月 日まで	日間			
※ 別途、領収書(北-)を添付してください。					
医療機関名	_____				
所在地	_____				
T E L	( ) _____				
診察券番号	_____				
			担当医師名	_____	
			(外科・整形外科・脳外科・その他)		

\*2ヶ所以上に入院・通院した場合は、どちらの医療機関にいつ入院・通院したかわかるようにご記入ください。

線  
ノ  
キ  
ハ  
シ  
リ  
で  
切  
り  
取  
り  
ま  
す



