

記入例

UAゼンセン医療共済
給付金支払請求書

- 捺印は2か所（赤字の印部分）ありますので、認印で捺印ください。
- マイハースによる請求の場合、状況欄に罹患状況の経緯を時系列に記載。
- 申請書にマイハースの写しを添付して下さい。
- 申請書は組合へ提出ください。（福祉共済会委員は除く）
- 組合・支部コードが不明の場合は空欄で組合へ提出ください。
- ※福祉共済会員は「B001000000」を記入ください。

UAゼンセン医療共済専用

所属労働組合が行う給付手続き援助のために所属労働者のために東京海上日動に本請求情報を提供する

を確認するために必要となる戸籍関連情報等。

2022 年 〇 月 〇 日

共済加入者番号	00XXXXXXXX	フリガナ 組合員名	ユーエー タロウ UA 太郎
住所	〒 XXX-XXXX 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	電話	XX-XXXX-XXXX
組合・支部名	〇〇〇〇労総組合	組合・支部コード	0000XXXXXX

<傷病者状況記入欄>

だれが(傷病者)	UA 花子	(印)	性別	男	女	年齢	XX 歳	組合員との関係	妻													
給付金種類	☒ 入院給付金 ☐ 休業保障特約給付金 ☐ 女性医療特約給付金 ☐ 手術給付金 ☐ 放射線治療給付金 ☐ ガン診断給付金 ☐ ガン特約給付金 ☐ ガン患者申出療養保障給付金 ☐ 先進医療給付金 ☐ 死亡給付金 ☐ 高度障害給付金 ☐ ドナー給付金 ☐ 遺児年金 ☐ 遺児入学祝金																					
加入タイプ	基本	10	7.5	5	3	K4	K2	休業保障特約	10	7.5	5	3	2	女性特約	5	3	ガン特約	あり	こども特約	C5	C3	C1.5
いつ(発病・受傷日)	2022 年 〇 月 〇 日		時	分	頃	事故日	年		月	日	時	分	頃									
傷病名	新型コロナウイルス感染症		一番初めに病院に行かれた日		年		月	日														
入院日数	① 2022 年 〇 月 〇 日 ~ 2022 年 〇 月 〇 日		(〇 日間)		② 年 月 日 ~ 年 月 日		(日間)															
休業日数(自宅療養)	① 年 月 日 ~ 年 月 日		(日間)																			
手術	① 年 月 日 手術名()		② 年 月 日 手術名()																			
放射線	① 照射量 Gy		② 照射期間 年 月 日 ~ 年 月 日																			
状況(治療内容、事故内容等)	※病院へ行かれるまでの経緯を詳細にご記入ください。(追加で記入する場合は【裏面】にご記入ください)																					
裏面に記載している状況欄をご参照ください。																						
入院・手術をした医療機関	医療機関名			担当科			初診日	年		月	日											
	所在地					電話																
その他今回のおケガ・ご病気で受診した医療機関	① 医療機関名			② 医療機関名			治療期間	年		月	日											
	治療期間	~ 年 月 日		② 治療期間	~ 年 月 日																	
今回のおケガ・ご病気の既往症・持病	なし	あり	ある場合	傷病名			治療期間	年		月	日頃											
	なし	あり	ある場合	医療機関名			治療期間	~ 年 月 日頃														
本請求以外に請求する他の契約	なし	あり	ある場合	団体・保険会社名																		

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

<給付金送金先指定欄>

請求者*	署名	※申請者ご本人の署名		(印)	*請求者は組合員本人または医療共済規定第16条に定める給付金受取人として注)死亡時に受取人の実印が必要						
給付金の送金先	〇〇	銀行	信用金庫	〇〇	本店	普通	口座No.	XXXXXXX			
		労働金庫	相互銀行		支店	当座	名義(カタカナ)	ユーエー タロウ			

【お願い】中段の「治療内容または事故内容」の「だれが(傷病者)」の欄にも、必ず捺印してください。

- * 成人病(悪性新生物・糖尿病・心疾患・高血圧性疾患・脳血管疾患)および女性特約による請求は、請求金額が5万円超の場合、所定の診断書が必要となります。
- * 休業給付金を請求される際には、支払金額に関わらず所定診断書の提出が必ず必要となります。
- * 診断書不要の場合には、入院期間と手術名が分かる領収書と診療明細書のコピーを必ず添付ください。入院している場合は、傷病名記載の退院証明書もご提出ください。

【裏面】

※ 印刷する場合には、「両面印刷」をお願いします。

※ 「片面印刷」した場合は、【裏面】も忘れずにご提出ください。

（裏面に追記がない場合には表面のみで構いません。）

状況（治療内容または事故内容等） ※病院へ行かれるまでの経緯を詳細にご記入ください。

○月○日（金） 23時頃に発熱（38度） 自宅にて抗原キットで検査（陰性）

○月○日（土） 朝に平熱に戻るが、夜半に再発熱（38度） 自宅にて抗原キットで検査（陰性）

○月○日（日） 平熱に戻るが、吐き気あり。自宅にて抗原キットの検査で陽性反応が出たため、〇〇市新型コロナウイルス感染症相談センター（保健所代行）に電話したところ、陽性者は受診せずに「〇〇県陽性者登録センター」への登録と○月○日までの自宅療養を指示された。

○月○日（月） 咳がひどくなり、病院での診察を受けたかったため、受診先を探すが、一切電話が繋がらず、自宅療養する。

○月○日（火） 病院に電話が繋がり、受診を希望したが断られ、陽性者は保健所に連絡するよう指示されたため、〇〇県陽性者登録センターにマイハースの電子登録した。

以降、咳の症状は収まらなかったが、指示に従い○月○日まで自宅療養する。