

UAゼンセン医療共済
給付金支払請求書

UAゼンセン福祉共済互助会 御中

UAゼンセン医療共済専用

〈個人情報の利用・取扱いの同意〉

貴会が、本請求に関する個人情報(※)を、本請求への対応および適正な給付金支払いに必要な範囲内で取得・利用すること、また所属労働組合が行う給付手続き援助のために所属労働組合に本請求情報を提供すること、ならびに保険会社委託部分について東京海上日動が行う本請求への対応、適正な保険金の支払のために東京海上日動に本請求情報を提供することについて同意いたします。

(※)加入者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報等。

私は下記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。

請求日 年 月 日

＜組合員加入状況記入欄＞

共済加入者番号		フリガナ 組合員名			
住所	〒			電話	() -
組合・支部名				組合・支部コード	

＜傷病者状況記入欄＞

だれが(傷病者)		(印)		性別	男	女	年齢	歳	組合員との関係													
給付金種類	(口欄にV印をつけてください)																					
	☐ 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	女性特約	5	ガン特約	あり	こども特約	C5	C3	C1.5				
治療内容または事故内容	いつ(発病・受傷日)	年		月	日	時	分	頃	事故日	年		月	日	時	分	頃						
	傷病名								一番初めに病院に行かれた日	年		月	日									
	入院日数	①	年	月	日	～	年	月	日	(	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)																						
入院・手術をした医療機関		医療機関名				所在地				担当科			初診日	年		月	日					
その他今回のおケガ・ご病気でお受診した医療機関		①	医療機関名			治療期間	～		年	月	日	②	医療機関名			治療期間	～		年	月	日	
今回のケガ・ご病気以外の既往症・持病		(なし) (あり)	ある場合	傷病名				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	(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なります。 注)死亡時に受取人の実印が必要								
給付金の送金先	銀行		信用金庫		本店		普通		口座No.			
	労働金庫		相互銀行		支店		当座		名義(カタカナ)			

【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。