

シニア共済 給付請求書

コピー可

(注)太枠の中をご記入ください

申請日 20 年 月 日

契約者番号			—			—				
フリガナ										
加入者名 (〇B会員氏名)										
電話番号	—					—				
氏 名 (共済事由発生者)	(本配)									
加入口数 (事由発生時)	シニア医療共済 ① ② □					シニア生命特約 ① ② ③ ④ □				

金融機関名	銀行 信金 労金 信組			銀行コード		
支店名	本店 支店			支店コード		
預金種目 (必ず〇印)	普	当	他	口座番号		
	(		)			
フリガナ						
口座名義						

請求事由		添付書類(— の書類は HP からダウンロードできます。郵送を希望される場合はご連絡ください)	
医療共済	☐ 通院	☐ 通院申告書 ☐ 病院・診療所の領収書の写し ※歯科通院は対象外	
	☐ 入院	☐ 退院証明書もしくは診断書 ※診断書原本の場合、診断書料を国公共済会が負担しますので領収書を添付してください。	
	☐ 死亡(弔慰金)	☐ 死亡診断書(または死体検案書) ☐ 戸籍謄本(請求者と死亡者の身分関係がわかるもの)	
	☐ 高度障害(見舞金)	☐ 障害診断書 ※労働基準法施行規則別表第2の第1・2級と第3級の2・3・4号に該当した場合	
生命特約	☐ 死亡共済金	☐ 死亡診断書(または死体検案書) ☐ 戸籍謄本(請求者と死亡者の身分関係がわかるもの)	
	☐ 高度障害共済金	☐ 障害診断書 ※労働基準法施行規則別表第2の第1・2級と第3級の2・3・4号に該当した場合	

初回加入日	年 月 1 日
-------	---------

制度名	給付番号	単価	度合	給付決定金額									
医療共済	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
生命特約													
付加給付	105												
(診断書料)	301												
				合計									

本部受付日		電算処理日	
-------	--	-------	--

決定番号	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	

国公共済会使用欄			
役員	役員	照合	担当

※お預かりした個人情報、国公共済会の共済事業以外には使用しません。