

# シニア共済 給付請求書

コピー可

申請日 20 年 月 日

(注)太枠の中をご記入ください。配偶者の請求でも契約者本人の口座をご指定ください。

契約者番号									
フリガナ									
契約者名									
電話番号									
被共済者 (傷病者)									本 配
加入口数 (事由発生時)	シニア医療共済			シニア生命特約					
	①	②	□	①	②	③	④	□	

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

請求事由 (該当する請求事由すべてに <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください)					
シニア 医療共済	通院	入院	シニア 生命特約	死亡	
	死亡(弔慰金)	高度障害(見舞金)		高度障害	

## ◎添付書類 (給付請求にはこの用紙と、下記の該当書類を添付してください)

通院 … 「通院申告書」と病院・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 (写し可)

※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。

入院が連続 10 日までの場合は、「入院申告書兼医療照会同意書」と入院期間のわかる病院・診療所の領収書または診療報酬明細書の写しで請求できます (2026 年 1 月請求分から)。

死亡 (弔慰金) … 死亡診断書または死体検案書と戸籍謄本 ※請求者と死亡者の死亡時の身分関係がわかるもの (写し可)

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

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				

国公共済会使用欄			

本部受付日	電算処理日
-------	-------

決定番号	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	

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。