

生命共済共済金請求書

*太線内をご記入ください。訂正の場合は、訂正箇所を二重線で末梢のうえ、訂正箇所付近に訂正署名(フルネーム)を記入してください。

契約者 (組合員)氏名 生年月日	フリガナ	共済支部名 (現職組合員のみ記入)	コード
	昭和平成 年 月 日生 (歳)	所 属 (現職組合員のみ記入)	
組合員証番号		内 線 (携帯電話等)	8 - - (- -)

被共済者(患者)氏名 (契約者本人のときは省略可)	生年月日 (契約者本人のときは省略可)	請求する共済金の種類	契約口数	保障開始日
配偶者 子ども	昭和平成 年 月 日 (歳)	入院 死亡 手術 重度障害	口	昭和平成 年 月 日 令和
子の生計関係 (子どもの請求時記入)	同一生計 同一生計ではない	入 院 期 間		手術実施日
傷病名 (診断書添付のときは省略可)	① 年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日
	② 年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日
	4回目以降 回			

死亡年月日	昭和平成 年 月 日	重度障害 症状固定年月日	昭和平成 年 月 日
-------	------------	-----------------	------------

上記及び添付書類のとおり、共済金を請求します。なお、上記及び添付書類等について、防衛省職員生活協同組合に
関係する者が病院又は診療所等に直接照会・確認することを承諾し、この複写も同じ効力を有することを認めます。

防衛省職員生活協同組合理事長 殿

請求日 年 月 日

※支払通知書の自宅送付を希望する方は住所を記入してください。
※即応予備自衛官、退職職組合員及び遺族組合員の方は必ず記入してください。

請求者氏名
(自 署)

住 所 〒 -

請求者が契約者ではない場合は、続柄及び生年月日を記入してください。
契約者との続柄()生年月日(. .)

振 込 先	口座名義氏名 (カタカナ)	(*必ず記入してください。左詰めで記入し、姓と名の間を1マス空けてください。)		
	銀行以外 ゆうちょ	銀行コード	支店コード	(支)店・出張所 営業部
		預金 種別	普通	口座番号 (右詰めで記入)
	銀行 ゆうちょ	コード	通 帳 記 号	通帳番号(右詰めで記入)
	9900	1 0 の		

本 部 記 入 欄	共 済 金 算 定		請求完了日	受 付 翌 日 ・ (月 日)		
	①	年 月 日 ~ 年 月 日 (日) × 千円 =	千円	手術	千円 月 日	千円 年度
	②	年 月 日 ~ 年 月 日 (日) × 千円 =	千円		千円 月 日	千円 年度
	③	年 月 日 ~ 年 月 日 (日) × 千円 =	千円		千円 月 日	千円 年度
	入院共済金	千円	共済金合計	円	本 部 受 付	
	手術共済金	千円	未収掛金額	円		
	死亡(重度障害)共済金	千円	差引支払額	円		

添付書類 入院・手術証明書 死亡診断書等 同一生計等証明書 地域担当者等 受付日
 領収書 症状固定証明等 その他 年 月 日
 退院療養計画書等 受取人証明等 ()
 死亡共済金請求時の掛金相殺希望 あり 源泉徴収済 請求者が自署されたことを確認しました。 (印)