

# 生命共済共済金請求書（契約者の入院・手術）の記入例

太線枠内を赤字の例にならってご記入ください。

## 生命共済共済金請求書

**①契約者（組合員）情報**  
氏名、フリガナ、生年月日、年齢、性別、組合員証番号、共済支部名、所属部隊名、電話番号をご記入ください。  
※組合員証番号は「組合員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者またはコールセンター（0120-079-931）にお尋ねください。

① 約者 (組合員)氏名 生年月日 組合員証番号	フリガナ <b>セイキョウ イチロウ</b> <b>生協 一郎</b> (男) (女) <b>昭和 平成</b> 61年10月20日生 (〇〇歳) 021950002	共済支部名 所 属 内 線	<b>練馬</b> <b>1号速2中</b> 8 - 312 - 272 (090 - 1234 - 5678)
-----------------------------------	--	---------------------	---

**②被共済者（患者）情報**  
今回請求する共済金の種類、契約口数、保障開始年月日をご記入ください。  
※契約者が患者の場合は、氏名、生年月日、年齢の記入を省略することができます。  
※契約口数や保障開始年月日は「組合員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者等にお尋ねください。

② 被共済者(患者)氏名 (本人または法定代理人) 年齢 性別 子ども 子の生計関係 (同一生計) (異生計)	生年月日 (契約者本人のときは省略可) 年 月 日 ( 歳)	請求する共済金の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 重度障害	契約口数 <b>3</b> 口	保障開始日 <b>平成 22</b> 年1月1日
--	---	--	--------------------	-----------------------------

**③入院・手術情報**  
請求される入院・手術の原因となった傷病名、入院期間、手術実施日をご記入ください。  
4回以上入院された方は、4回目以降は入院回数をご記入ください。  
※「入院・手術証明書（診断書）」を添付される場合は、傷病名の記入を省略することができます。  
※1回の入院期間内に支払対象となる手術は1回のみです。1回の入院期間内に異なる傷病（合併症）の手術を実施された場合は、担当者等にご相談ください。

③ 傷病名 (本人または法定代理人) <b>右アキレス腱損傷 (領収書添付の 場合は必ず記入)</b>	① <b>令和6年7月8日</b> ~ <b>令和6年7月15日</b> ② 年 月 日 ~ 年 月 日 ③ 年 月 日 ~ 年 月 日 ④ 4回目以降 回	令和6年7月9日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
---	---	-------------------------------------

死亡年月日 平成 令和 年 月 日 重症障害 症状固定年月日 平成 令和 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、この写真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

※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。  
※印紙を添付し、送金組員及び遺族組員の方は必ず記入してください。

住所 〒 (現職組員は、支払通知書の自宅送付を希望するとき以外、住所記入不要)

④ 求日 **令和6年10月1日**

請求者氏名 (自署) **生協 一郎**

**④請求日、請求者**  
担当者へ申込書を提出する日、郵送の場合は投函する日をご記入ください。  
※入院・手術共済金の請求者は契約者です。契約者が請求できない場合は、代理請求申請書を提出してください。  
※請求者氏名は、必ず請求者本人が自署してください。

⑤ 座名義氏名 (カタカナ) <b>セイキョウ イチロウ</b>	(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。)		
振込先	銀行以外	銀行コード <b>0010</b>	支店コード <b>205</b>
	預金種別 <b>普通</b>	口座番号 (右詰めで記入) <b>0351234</b>	
	コード <b>9900</b>	通帳記号 <b>1</b>	通帳番号 (右詰めで記入) <b>0</b>

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	月 日 千円 年度
	② 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日) × 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 地域担当等 受付日  
領収書 症状固定証明書等 その他 年 月 日  
退院療養計画書等 受取人証明書 ( )  
 死亡共済金請求時の掛金相殺希望 あり 源泉徴収済 請求者が変更されたことを確認しました。 (印)

**⑤振込口座指定欄**  
共済金を振り込む口座をご記入ください。  
名字と名前の間は1マス開けてください。また、濁点、半濁点は1マスご使用ください。  
特別な事情がある場合を除き、**契約者本人名義の銀行又はゆうちょ銀行のどちらか一方の口座**を指定してください。

添付書類等は「生命共済金請求の手続」をご確認ください。

# 生命共済共済金請求書（配偶者の入院・手術）の記入例

太線枠内を赤字の例にならってご記入ください。

## 生命共済共済金請求書

**①契約者（組合員）情報**  
氏名、フリガナ、生年月日、年齢、性別、組合員証番号、共済支部名、所属部隊名、電話番号をご記入ください。  
※組合員証番号は「組合員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者またはコールセンター（0120-079-931）にお尋ねください。

① 約者 (組合員)氏名 生年月日 組合員証番号	フリガナ <b>セイキョウ イチロウ</b> <b>生協 一郎</b> (男) (女) 昭和 平成 61年10月20日生 (〇〇歳) 021950002	共済支部名 所 属 内 線	<b>練馬</b> <b>1号速2中</b> 8 - 312 - 272 (090 - 1234 - 5678)	コード
-----------------------------------	---	---------------------	---	-----

**②被共済者（患者）情報**  
共済金請求の対象である被共済者（患者）の氏名、契約区分、生年月日、年齢、今回請求する共済金の種類、契約口数、保障開始年月日をご記入ください。  
※契約者が患者の場合は、氏名、生年月日、年齢の記入を省略することができます。  
※契約口数や保障開始年月日は「組合員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者等にお尋ねください。

② 共済者(患者)氏名 (本人または配偶者) 生年月日 請求する共済金の種類 契約口数 保障開始日	<b>生協花子</b> (配偶者) 2年11月3日 (〇歳) 入院 死亡 手術 重度障害 3口 平成 22年1月1日	子の生計関係 (同一生計) (異生計)	入院期間	手術実施日
--	---	---------------------	------	-------

③ 傷病名 (所属部隊のときは省略可) 急性虫垂炎 (領収書添付の場合は必ず記入)	① 令和6年7月8日 ~ 令和6年7月15日 ② 年 月 日 ~ 年 月 日 ③ 年 月 日 ~ 年 月 日 4回目以降 回	令和6年7月9日 年 月 日 年 月 日
--	---	----------------------------

死亡年月日 年 月 日 重症障害 症状固定年月日 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、この写真も同じ効力を有することを認めます。	④ 求日 <b>令和6年10月1日</b> 請求者氏名 (自署) <b>生協 一郎</b>
--	--	---

防衛省職員生活協同組合理事長 殿  
※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。  
※印紙を添付し、退職組合員及び遺族組合員の方は必ず記入してください。  
住所 〒(現職組合員は、支払通知書の自宅送付を希望するとき以外、住所記入不要)

**③入院・手術情報**  
請求される入院・手術の原因となった傷病名、入院期間、手術実施日をご記入ください。  
4回以上入院された方は、4回目以降は入院回数をご記入ください。  
※1回の入院期間内に支払対象となる手術は1回のみです。1回の入院期間内に異なる傷病名（合併症）の手術を実施された場合は、担当者等にご相談ください。

⑤ 座名義氏名 (カタカナ) 振込先	<b>セイキョウ イチロウ</b> (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 銀行コード 0010 支店コード 205 預金種別 普通 口座番号 (右詰めで記入) 0351234 コード 9900 通帳記号 1 通帳番号 (右詰めで記入) 0の
--------------------------	---	--

**④請求日、請求者**  
担当者へ申込書を提出する日、郵送の場合は投函する日をご記入ください。  
※入院・手術共済金の請求者は契約者です。契約者が請求できない場合は、代理請求申請書を提出してください。  
※請求者氏名は、必ず請求者本人が自署してください。

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	月 日 千円 年度		
② 年 月 日 ~ 年 月 日 (日) × 千円 = 千円		月 日 千円 年度		
③ 年 月 日 ~ 年 月 日 (日) × 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 <input type="checkbox"/> 入院・手術証明書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書等 <input type="checkbox"/> 死亡診断書等 <input type="checkbox"/> 症状固定証明書等 <input type="checkbox"/> 受取人証明書等 <input type="checkbox"/> 同一生計等証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )	請求者が署名されたことを確認しました。	地域担当等 受付日 年 月 日		

**⑤振込口座指定欄**  
共済金を振り込む口座をご記入ください。  
名字と名前の間は1マス開けてください。また、濁点、半濁点は1マスご使用ください。  
特別な事情がある場合を除き、契約者本人名義の銀行又はゆうちょ銀行のどちらか一方の口座を指定してください。

添付書類等は「生命共済金請求の手続」をご確認ください。

# 生命共済共済金請求書（こどもの入院・手術）の記入例

太線枠内を赤字の例にならってご記入ください。

## 生命共済共済金請求書

**①契約者（組合員）情報**  
 氏名、フリガナ、生年月日、年齢、性別、組合員証番号、共済支部名、所属部隊名、電話番号をご記入ください。  
 ※組合員証番号は「組合員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者またはコールセンター（0120-079-931）にお尋ねください。

① 約者 (組合員)氏名 生年月日 組合員証番号	フリガナ <b>セイキョウ イチロウ</b> <b>生協 一郎</b> (男) (女) <b>昭和 平成</b> 61年10月20日生 (〇〇歳) 021950002	共済支部名 所 属 内 線	<b>練馬</b> <b>1号速2中</b> 8 - 312 - 272 (090 - 1234 - 5678)	コード
-----------------------------------	--	---------------------	---	-----

**②被共済者（患者）情報**  
 共済金請求の対象である被共済者（患者）の氏名、契約区分、生年月日、年齢、今回請求する共済金の種類、契約口数、保障開始年月日をご記入ください。  
 ※契約者が患者の場合は、氏名、生年月日、年齢の記入を省略することができます。  
 ※契約口数や保障開始年月日は「組合員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者等にお尋ねください。

② 共済者(患者)氏名 (被共済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
<b>生協夏子</b> (配偶者) (子ども) (学生) (高齢者)	<b>20</b> 年 <b>3</b> 月 <b>3</b> 日 (〇歳)	<b>入院</b> (死亡) (手術) (重度障害)	<b>3</b> 口	<b>平成</b> 22年1月1日

**③入院・手術情報**  
 請求される入院・手術の原因となった傷病名、入院期間、手術実施日をご記入ください。  
 4回以上入院された方は、4回目以降は入院回数をご記入ください。  
 ※1回の入院期間内に支払対象となる手術は1回のみです。1回の入院期間内に異なる傷病（合併症）の手術を実施された場合は、担当者等にご相談ください。

③ 傷病名 (所属部隊のときは省略可)	① 令和6年7月8日 ~ 令和6年7月15日	令和6年7月9日
<b>急性虫垂炎</b> (領収書添付の場合は必ず記入)	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	

**④請求日、請求者**  
 担当者へ申込書を提出する日、郵送の場合は投函する日をご記入ください。  
 ※入院・手術共済金の請求者は契約者です。契約者が請求できない場合は、代理請求申請書を提出してください。  
 ※請求者氏名は、必ず請求者本人が自署してください。

死亡年月日	年 月 日	重度障害 症状固定年月日	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、この写真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 <b>令和6年10月1日</b>			
請求者氏名 (自署) <b>生協 一郎</b>			
住所 <b>〒(現職組合員は、支払通知書の自宅送付を希望するとき以外、住所記入不要)</b>			

**⑤振込口座指定欄**  
 共済金を振り込む口座をご記入ください。  
 名字と名前の間は1マス開けてください。また、濁点、半濁点は1マスご使用ください。  
 特別な事情がある場合を除き、契約者本人名義の銀行又はゆうちょ銀行のどちらか一方の口座を指定してください。

⑤ 座名義氏名 (カタカナ)	<b>セイキョウ イチロウ</b>		
振込先	銀行以外	銀行コード	支店コード
	<b>りそな</b>	<b>0010</b>	<b>205</b>
	預金種別	口座番号	通帳番号
	<b>普通</b>	<b>0351234</b>	
	コード	通帳記号	通帳番号
	<b>9900</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

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
本部記入欄	入院共済金	千円	共済金合計 円
	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 <input type="checkbox"/> 入院・手術証明書 <input type="checkbox"/> 死亡診断書等 <input type="checkbox"/> 同一生計等証明書 <input type="checkbox"/> 地域担当書等 受付日 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 症状固定証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書等 <input type="checkbox"/> 受取人証明書等 ( ) 死亡共済金請求時の掛金相殺希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 源泉徴収済 請求者が変更されたことを確認しました。			

添付書類等は「生命共済金請求の手続」をご確認ください。

# 生命共済共済金請求書（死亡・入院・手術）の記入例

太線枠内を赤字の例にならってご記入ください。

## 生命共済共済金請求書

**①契約者（組員）情報**  
氏名、フリガナ、生年月日、年齢、性別、組員証番号、共済支部名、所属部隊名、電話番号をご記入ください。  
※組員証番号は「組員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者またはコールセンター（0120-079-931）にお尋ねください。

① 約者 (組員)氏名 生年月日 組員証番号	フリガナ <b>セイキョウ イチ ロウ</b> <b>生協 一郎</b> (男) (女) <b>昭和 平成</b> 61年10月20日生 (〇〇歳) 0 2 1 9 5 0 0 0 2	共済支部名 所 属 内 線	<b>練馬</b> <b>1号速2中</b> 8 - 312 - 272 (090 - 1234 - 5678)	コード
---------------------------------	---	---------------------	---	-----

**②被共済者（患者）情報**  
共済金請求の対象である被共済者（患者）の氏名、契約区分、生年月日、年齢、今回請求する共済金の種類、契約口数、保障開始年月日をご記入ください。  
※契約者が患者の場合は、氏名、生年月日、年齢の記入を省略することができます。  
※契約口数や保障開始年月日は「組員証兼生命共済契約承諾書」をご確認いただくか、担当者等にお尋ねください。

② 被共済者(患者)氏名 (お本人のときは省略)	生年月日 (契約者本人のときは省略)	請求する共済金の種類	契約口数	保障開始日
<b>配偶者</b> <b>子ども</b>	年 月 日 ( 歳)	<b>入院</b> <b>手術</b> <b>死亡</b> <b>重度障害</b>	<b>3</b> 口	<b>平成</b> 22年1月1日
③ 傷病名 (所属部隊のときは省略)	① 令和6年7月8日 ~ 令和6年7月15日	入院期間	予備実施日	
<b>心筋梗塞</b>	② 年 月 日 ~ 年 月 日		令和6年7月9日	
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日	
	4回目以降 回		年 月 日	
死亡年月日	<b>平成</b> 令和6年7月15日	重度障害 症状固定年月日	<b>平成</b> 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、この写真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

※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。  
※印字が困難な場合は、送付先を郵便局員及び配達員の方には必ず記入してください。

住所 〒 **123 - 4567**

**〇〇県〇〇市××-△△**

④ 求日 **令和6年10月1日**

請求者氏名 (自署) **生協 花子**

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(妻) 生年月日(昭63.11.14)

**③死亡情報等**  
請求される死亡の原因となった傷病名、死亡年月日をご記入ください。同時に入院・手術共済金を請求される場合は入院期間、手術実施日をご記入ください。4回以上入院された方は、4回目以降は入院回数をご記入ください。

※1回の入院期間内に支払対象となる手術は1回のみです。

**④請求日、請求者**  
請求者は受取人です。  
請求日は、担当者へ申込書を提出する日、郵送の場合は投函する日をご記入ください。

※受取人が2名以上の場合は、委任状で代表者を決定のうえ請求してください。  
※請求者氏名は、必ず請求者本人が自署してください。  
※受取人が未成年の場合は、親権者等が請求してください。

⑤ 座名義氏名 (カタカナ)	<b>セイキョウ ハナコ</b> (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。)		
振込先	銀行以外	銀行コード	支店コード
	<b>りそな</b>	<b>0010</b>	<b>205</b>
	預金種別	口座番号	
	<b>普通</b>	<b>0351234</b>	
	コード	通帳記号	通帳番号
	<b>9900</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

	共 済 金 算 定	請求完了日	受付翌日 (月 日)
本 部 記 入 欄	① 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日 ) × 千円 = 千円	手術	月 日 千円 年度
	② 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日 ) × 千円 = 千円		月 日 千円 年度
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日 ) × 千円 = 千円		月 日 千円 年度
	入院共済金	千円	共済金合計 円
	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
	本部 受付		

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  地域担当等 受付日  
 領収書  症状固定証明書等  その他 年 月 日  
 退院療養計画書等  受取人証明書等 ( )

死亡共済金請求時の掛金相殺希望  あり  源泉徴収済 請求者が変更されたことを確認しました。

### ⑤振込口座指定欄

共済金を振り込む口座をご記入ください。  
名字と名前の間は1マス開けてください。また、濁点、半濁点は1マスご使用ください。  
特別な事情がある場合を除き、受取人本人名義の銀行又はゆうちょ銀行のどちらか一方の口座を指定してください。

添付書類等は「生命共済金請求の手続」をご確認ください。