

共済金給付申請書

⑨ 2025年4月以降に発生した事由より、
診断書免除となる共済金額が5万円
以下から10万円以下に変わります。

下記の給付事由に関して、組合で証明し、必要書類を揃えて申請します。

申請年月日	年 月 日	
共済会コード		
共済会名		
組合員コード		
組合員氏名（自署）		
被共済者氏名		生年月日
		年 月 日
職業（フリーランスの方は 就労者に☑）	☐ 就労者 ☐ 未就職者（ ☐ 学生 ☐ 専業主婦など）	

送付年月日	年 月 日
共済会名 代表者氏名	
担当者名	
日中連絡先 (TEL・Fax・メール)	
個人別支払明細表 ☐ 要（必要な場合は☑）	

事由発生日を記入し、該当の種目と事由に☑をしてください。

加入共済種目/申請期間（日）	年 月 日～ 年 月 日	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 休業
	年 月 日～ 年 月 日	☐ 障害固定 ☐ 死亡
	年 月 日～ 年 月 日	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 休業
	年 月 日～ 年 月 日	☐ 障害固定 ☐ 死亡
☐ 労組活動①②× ☐	☐ 入院 ☐ 実通院 ☐ 障害 ☐ 死亡	
☐ 生命 × ☐	☐ 災害入院 ☐ 不慮事故障害 ☐ 重度障害 ☐ 死亡 ☐ 不慮事故死亡	
☐ 医療（緩和）× ☐	☐ 入院（ ☐ 病気・ ☐ 事故） ☐ 安静休業（ ☐ 病気・ ☐ 事故） ☐ 臓器見舞	
☐ 交通災害 × ☐	☐ 入院 ☐ 実通院 ☐ 障害 ☐ 死亡	
☐ シニア生命 × ☐	☐ 重度障害 ☐ 死亡	
☐ シニア医療 × ☐	☐ 病気入院 ☐ 事故入院	
☐ 慶弔① × ☐	☐ ②傷病見舞 連続休業期間 年 月 日～ 年 月 日	
☐ 慶弔② × ☐	☐ ②重度障害 ☐ ①②死亡（続柄 ）	

治療証明書（入院・通院・休業の共済金額が⑨10万円以下の場合、本人記入組合証明で診断書に代えられます）

この書式で申請する場合には、入院期間や申請期間内の実通院が確認できる領収書コピーなどを必ず添付してください。

傷病名		発病日または、受傷日（ケガ） 20 年 月 日（ ☐ 午前・ ☐ 午後 時頃）
治療を受けた 医療機関名		初診日 年 月 日
① 病気の場合は初診日までの経過、ケガの場合は、受傷原因を詳しく記載してください。 ② 複数の医療機関にかかっている場合は、こちらに医療機関名を記載してください。		
※就業不能期間 （安静加療期間）	年 月 日～ 年 月 日 ※就業不能（安静加療）期間は、医師が就業・就学・家事が不能または、安静加療を要すると認めた期間です。	

組合使用欄	共済金合計額（記入しなくても構いません） 円
-------	-------------------------------

加入者の皆さまの個人情報は、法令等により開示が必要な場合を除き、共済業務遂行の目的以外には利用いたしません。

事務局使用欄

全労連共済受付印