

## 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	送付年月日	年 月 日
共済会コード		共済会名	
共済会名		代表者氏名	
組合員コード			⑨
組合員氏名 (自署)		担当者名	
被共済者氏名	生年月日 年 月 日	日中連絡先 (Tel・Fax・メール)	
職業 (フリーランスの方は 就労者に☑)	<input type="checkbox"/> 就労者 <input type="checkbox"/> 未就職者 ( <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 専業主婦など)	個人別支払明細表	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 休業
	年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 障害固定 <input type="checkbox"/> 死亡
	年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 休業
	年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 障害固定 <input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> 労組活動①②×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 実通院 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> 生命 ×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 災害入院 <input type="checkbox"/> 不慮事故障害 <input type="checkbox"/> 重度障害 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不慮事故死亡
<input type="checkbox"/> 医療 (緩和) ×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 入院 ( <input type="checkbox"/> 病気・ <input type="checkbox"/> 事故) <input type="checkbox"/> 安静休業 ( <input type="checkbox"/> 病気・ <input type="checkbox"/> 事故) <input type="checkbox"/> 臓器見舞
<input type="checkbox"/> 交通災害 ×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 実通院 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> シニア生命 ×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 重度障害 <input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> シニア医療 ×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 病気入院 <input type="checkbox"/> 事故入院
<input type="checkbox"/> 慶弔① ×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②傷病見舞 連続休業期間 年 月 日～ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 慶弔② ×	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ②重度障害 <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 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