


記入例


1. 共済金請求書(死亡共済金が含まれる請求専用)

- 共済金請求書は、太枠内共済金受取人本人(代表受取人)がご記入・押印をお願いします。ご記入や押印に漏れがある場合は、共済金請求書を返送し、ご訂正いただく場合があります。
- 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押印ください。訂正印は請求印と同一の印となります。
- ご記入にあたっての注意事項は、以下のとおりです。
 - ①「団体印」を1枚目に押印いただくため、請求書類は所属の労働組合へご提出ください。退職者会の方は、ゆうゆうセンターへご提出ください。
 - ②共済金振込口座は「銀行・労働金庫など」または「ゆうちょ」いずれかをご指定ください。
- 5枚目の「請求者控え」ページを切り離し保管ください。
- 生命・後遺障害保障の共済金年金支払い(注:こくみん共済 coop 引受分のみ)を希望される場合は、別途こくみん共済 coop 所定の手続きが必要です。但し、事前に「死亡共済金受取人」を指定していることが必要となります。

【共済金請求に伴う個人情報の取扱いについて】
 ①全トヨタ労連にこくみん共済coopへの共済金請求書類(個人番号を含む)の提供および提供に伴う事務を委任します。
 ②全トヨタ労連・こくみん共済coopは、共済金請求書や添付いただいた書類に記載されている個人情報(要配慮個人情報を含む)など、取得した個人情報は法律で定められた場合を除き、共済目的の連絡・維持管理、共済金のお支払などを各共済契約の判断に関する職務や、当会の事業、各種事務、各種サービスの提供などの目的のために利用させていただきます。
 ③前記個人情報は、全トヨタ労連・こくみん共済coopが適切かつ厳重に管理し、一定期間を経過したものは、内部に定めたルールに従い責任をもって処分します。
 ④ご提供いただいた個人番号は共済金支払引に関する支払調書作成事務のみに利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

全トヨタ労働組合連合会 御中
 全国労働者共済生活協同組合連合会 御中

加盟組合 **ゆうゆう労働組合** 

代表者 **執行委員長 豊田 太郎** 

請求日 **20△△年 9月 30日**

【(記入日)】
 『共済金請求に伴う個人情報の取扱いについて』に同意のうえ、
 全トヨタ労連総合保障共済実施規則、および全労済事業規約・細則にもとづき、必要書類を添え共済金を請求します。
 全トヨタ労連・こくみん共済coopが個人情報(要配慮個人情報を含む)を取得することに、加入者(被共済者)とともに同意します。

全トヨタ労連 総合保障共済 共済金請求書

(死亡共済金が含まれる請求専用)

請求番号 請求番号はゆうゆうセンターで記入します。

■ 請求情報

請求される「保障」の番号を○で囲んでください。	請求の原因	請求の内容
① 生命・後遺障害保障	① 病気	① 死亡
② 入院・手術保障	② 不慮の事故	② 通院
③ 休業保障	③ 交通事故	③ 後遺障がい
④ 長期収入保障	④ 介護・認知症	④ 入院
⑤ 賠償保障(交通事故死亡)	⑤ その他()	⑤ 休業
⑥ 交通災害保障		⑥ 介護・認知症
⑦ 緩和生命保障		⑦ その他
⑧ 緩和医療保障		
⑨ 緩和介護保障		
⑩ 緩和認知症保障		


■ 契約者本人

フリガナ ユウユウ タロウ	社員番号 12345	生年月日 昭和 52年 8月 20日
氏名 悠悠 太郎		

■ 加入者(亡くなられた方)

フリガナ ユウユウ タロウ	性別 男性	契約者本人との続柄 本人	生年月日 昭和 52年 8月 20日
氏名 悠悠 太郎	女性	配偶者・子ども	
住所 愛知県豊田市山之手8-131		その他()	

■ 共済金受取人(受取人が未成年者の場合は親権者がご記入願います)

フリガナ ユウユウ ハナコ	加入者との続柄 ① 配偶者	請求印(同票印) 	連絡先(電話番号) 自宅・勤務先・携帯 (0565) 25-0000
氏名 悠悠 花子	② 子ども		
住所 愛知県豊田市山之手8-131	③ その他()		

■ 受取口座指定欄 共済金は以下の口座へ入金をもって、上記受取人が受領したものと認め領収書は提出いたしません。

金融機関名 東海労働銀行	支店名 豊田	預金種目 ① 総合・普通	口座番号(右詰め)	口座名義人(カタカナ) ユウユウ ハナコ
銀行コード 0000	出張所 出張所	② 当座	1 2 3 4 5 6 7	
通帳記号/番号 1 0 の			番号(右詰め)	口座名義人(カタカナ)

■ 診断書料補助について

- ・ゆうゆうセンターでは、ゆうゆうセンター所定の各種診断書もしくは病院情報システムを利用した「電子診断書」(必要な項目がすべて揃っているもの)の原本を出された場合、1通につき一律6,000円補助させていただきます。その際「領収書、またはレシート」の提出は不要です。
- ・ただし診断書取得にあたり6,000円を超える場合は、病院等で発行される「領収書、またはレシート」(コピー可)をご提出ください。
- ・10,000円+消費税分を支払限度とし実費支払いいたします。
- ・切手代・郵送料・振込手数料等の補助はありません。

■ 診断書料補助申請欄

※診断書料が1通6,000円を超える場合のみ申請してください。

※領収書(写)を添付ください。

診断書料	6,600 円/1通
診断書料	円/1通

共済金請求書1枚目には、労働組合にて「団体印」の押印をいただくため、請求書類は所属の労働組合へご提出ください。退職者会の方は、ゆうゆうセンターへご提出ください。

請求番号はゆうゆうセンターで記入します。

1~5枚目まですべてに、ご提出いただく印鑑証明書に記載の「実印」の押印をお願いします。

1通の診断書料が6,000円を超える場合のみご記入ください。

2. 死亡診断書(死体検案書)

- ゆうゆうセンター所定の診断書です。
- 病院(主治医)へ記入依頼をしてください。
- 必ず原本を提出してください。

全国労働者共済生活協同組合連合会 御中 共栄火災海上保険株式会社 御中 日本生命保険相互会社 御中 全トヨタ労働組合連合会 御中		死亡診断書(死体検案書)		全トヨタ労働組合連合会 総合保障共済	
氏名	男・女	生年月日	昭和 令和	平成 西暦	年 月 日
住所			職業		
死亡日時	平成・令和・西暦	年 月 日	午前・午後	時 分	
死亡場所	病(医)院 ・ 自宅 ・ その他()				
死亡の原因 <small>直接の死因を(A)欄に、医学的に因果関係のあったと考えられる傷病名を順番に(I)欄以降に記入してください。</small>	I	(A)直接死因		医師推定 発病日	年 月 日 ・ 不詳
		(イ)(A)の原因		または	年 月 日 ・ 不詳
		(ウ)(イ)の原因		受傷日	年 月 日 ・ 不詳
		(エ)(ウ)の原因		死因の発病 日を記入し てください。	年 月 日 ・ 不詳
	II	直接には死因に関係しない が、I欄の傷病経過に影 響を及ぼした傷病名等			
手術	無 ・ 有	部位及び主要所見		手術年月日	年 月 日
解剖	無 ・ 有	主要所見			
死因の種類	1. 病死及び自然死 2. 交通事故 3. 転倒・転落 4. 溺水 5. 煙、火災及び火焔による傷害 6. 窒息 7. 中毒 8. その他() 9. 自殺 10. 他殺 11. その他及び不詳の外因死 12. 不詳の死				
外因死の 追加事項 <small>伝聞又は推定情報 の場合でも 記載してください。</small>	傷害発生日時	年 月 日	午前・午後	時 分	
	傷害発生場所				
手段及び状況					
今回の傷病に 関する前医・紹介医 (有・無)	病(医)院名	医師名	既往症 有・無	傷病名	事故時の飲酒(有・無・不詳)
	(治療期間 年 月～ 年 月)		日～ 日	治療期間(年 月～ 年 月) 治療・不詳	
上記傷病に 関わる入院期間	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
発病から初診までの症状経過			初診時の所見・治療経過(初診日 年 月 日)		
患者申告の症状発現時期(年 月 日頃・不詳)					
本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖その他特に付言すべきことから					
上記のとおり診断(検案)する。			診断(検案)年月日	年 月 日	
所在地			本診断書(検案書)発行年月日	年 月 日	
病(医)院名			担当科()		
電話番号()	-		医師氏名		印

5. 傷害事故発生通知書(事故状況報告書)兼 事故証明書

■「不慮の事故(交通事故含む)による死亡」を原因とする共済金請求の場合は、当帳票のご提出をお願いします。

全国労働者共済生活協同組合連合会 御中 共栄火災海上保険株式会社 御中 全トヨタ労働組合連合会 御中		傷害事故発生通知書(事故状況報告書) 兼 事故証明書		全トヨタ労働組合連合会 総合保障共済		
組合員	氏名	フガナ(スウスイ タロウ) 悠悠 太郎	と被共済関係者 ① 本人 2. 配偶者 3. その他()	被共済者(受傷者)	氏名	フガナ(スウスイ タロウ) 悠悠 太郎
	住所	豊田市山之手8-131		生年月日	昭和 令和 平成 西暦 1977年 8月 20日	
	電話	① 勤務先 (0565) 25 - 〇〇〇〇	携帯電話	加盟組合	〇〇〇〇労働組合	
事故発生場所(住所)	愛知 都道 豊田 市 区 山之手100-100					
場所	<input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 建物内 <input type="checkbox"/> 自宅敷地内 <input type="checkbox"/> その他		区分	業務中 ハイヤー・タクシー運転中 <input checked="" type="checkbox"/> 業務外		
事故発生日時	20△△年 4月 3日 午前 午後 <input checked="" type="checkbox"/> 10時 00分頃		事故の届出先	① (豊田) 警察署 2. その他()		
事故原因および状況(詳細)			事故現場見取図		見取図記入時の参考記号	
交差点で赤信号になり停車中、後続車が止まりきれず後ろから追突された。					相手 自分 自動車 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 信号 <input type="checkbox"/> (〇〇〇)	
事故の状況(交通事故の場合ご記入ください) ・あてはまる状況に○印を付けてください。						
<input checked="" type="checkbox"/> ① 自動車運転中 2. 自動車同乗中 <input type="checkbox"/> 3. バイク(cc) 運転中 <input type="checkbox"/> 4. 自転車搭乗中 <input type="checkbox"/> 5. 道路歩行中 <input type="checkbox"/> 6. 駅構内の事故(改札内・改札外) <input type="checkbox"/> 7. その他()		当該車両運転免許の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 事故当時の飲酒の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		自動車・バイク運転中の場合は、有無を必ずご記入ください。		
※公的な事故証明書が取得できない場合に、目撃者などに記入依頼してください。						
事故証明書 上記事故は事実に相違ないことを証明します。			受傷者ご本人が自動車(バイク)運転中の事故の場合、運転免許証のコピーを下欄に添付いただくか、運転免許証より該当項目の転記をお願いします。			
証明者 住所 氏名 電話 生年月日 昭和 平成 令和 西暦 年 月 日						
受傷者との関係 1. 目撃者 2. 事故の相手 3. その他()			運転免許証のコピーを添付してください。(記入も可)			
※証明者となれる方は15歳以上となります。 目撃者・事故の相手がいない場合は第三者の証明が必要です。 事故発生を証明できる方は組合員の家族・同僚・労働組合役員などとなります。 なお、加入者(組合員本人)および被共済者(受傷者)は証明者にはなりません。						

公的な事故証明書が取得できない場合に、目撃者などに記入依頼してください。

※証明者となれる方は15歳以上となります。
目撃者・事故の相手がいない場合は第三者の証明が必要です。
事故発生を証明できる方は組合員の家族・同僚・労働組合役員などとなります。
なお、加入者(組合員本人)および被共済者(受傷者)は証明者にはなりません。

7. 個人情報(要配慮個人情報含む)の取得・提供に関する同意書

- 同意日(記入日)のご記入は、必須です。ご記入がない場合は、不備となり返却となる場合があります。あらかじめご了承ください。
- 加入者(被共済者・被保険者・患者)が、お亡くなりになっている場合は、加入者(被共済者・被保険者・患者)の法定代理人または共済・保険金受取人様記入欄を該当の方がご記入・押印のうえ、加入者(被共済者・被保険者・患者)欄をご記入ください。
- 加入者(被共済者・被保険者・患者)記入欄は、保障の対象となる方をご記入ください。
- 組合員(契約者)記入欄は、組合員と加入者(被共済者・被保険者・患者)が異なる場合にご記入ください。

組合員(契約者)が亡くなられた場合

例 ※悠悠太郎様が亡くなられた。

契約内容

組合員(契約者):悠悠太郎様 加入者:悠悠太郎様
共済・保険金受取人:悠悠花子様(加入との続柄:配偶者)

個人情報(要配慮個人情報含む)の取得・提供に関する同意書

■ 加入者(被共済者・被保険者・患者)記入欄

加入者(被共済者・被保険者・患者)が下記の内容をご確認・同意のうえ、ご記入・署名・捺印してください。

- 私は、本件共済(保険)金請求にあたり、私の個人情報および要配慮個人情報(傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等。以下同じです。)を以下に記載の団体または保険会社(※1)、およびそれらが委託する者(以下、貴会(社))が取得することに同意します。
(※1) 全国労働者共済生活協同組合連合会、共栄火災海上保険株式会社、日本生命保険相互会社、全トヨタ労働組合連合会
- 私は、貴会(社)もしくは貴会(社)が委託した者が、共済(保険)契約の存続および共済(保険)金の支払いに関する確認の範囲に限って、以下の事項を行うことに同意します。なお、本書については、複写でも本書と同じ効力があるものと認めます。
 - 要配慮個人情報に関する以下の事項。
 - 私の要配慮個人情報を第三者(契約者を含みます。以下同じです)から取得すること。
 - 私の要配慮個人情報を利用すること。
 - 私の要配慮個人情報を第三者に提供すること。
 - 治療・検査等を受けていた医療機関ならびに警察署・検察庁・消防署その他関係者に対して行う以下の事項。
 - 傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等、および事故内容、他の保険会社や共済団体等に関する事項、その他関連事項および回答受理。
 - 診断書、診療報酬明細書、証明書等の作成依頼および交付受理。
 - X-P、CT、MRI その他検査結果及びカルテ等の借用。または、これらの写しの交付依頼および受理。
 - 他の保険会社や共済団体等に対し、私に関する保険(共済)契約締結の有無、契約状況および傷病内容(診断書等関係書類の開示を含む。)に関して照会し、回答を受領すること。

同意日(記入日) 20△△年 △月 △△日

加入者(被共済者・被保険者・患者)記入欄

氏名	悠悠太郎	生年月日	昭和・平成 令和・西暦	52年8月20日
住所	豊田市山之手8-131			

加入者(被共済者・被保険者・患者)が病气やケガなどで、ご記入・署名・捺印ができない場合は、代筆者が上記をご記入・署名・捺印したうえで、下記にご署名・捺印してください。

代筆者氏名 _____ 加入者(被共済・被保険者・患者)との続柄()

※加入者(被共済者・被保険者・患者)が未成年者であるときやお亡くなりになっている場合

加入者(被共済者・被保険者・患者)が未成年者や成年被後見人である場合、またはお亡くなりになっている場合は、加入者(被共済者・被保険者・患者)の法定代理人または共済・保険金受取人様が上記【加入者(被共済者・被保険者・患者)氏名をご記入いただき、下記【加入者(被共済者・被保険者・患者)の法定代理人または共済・保険金受取人様記入欄】にご署名・捺印をお願いします。

【加入者(被共済者・被保険者・患者)の法定代理人または共済・保険金受取人様記入欄】

承諾者氏名 悠悠花子様 加入者(被共済・被保険者・患者)との続柄(配偶者)

■ 組合員(契約者)記入欄

組合員(契約者)と加入者(被共済者・被保険者・患者)が異なる場合のみご記入ください。

私は、貴会(社)が共済(保険)契約の存続および共済(保険)金の支払いに関する確認の範囲に限って、他の保険会社や共済団体、その他関係者に対し、私に関する共済(保険)契約締結の有無、契約状況および傷病内容(診断書等関係書類の開示を含む。)に関して照会をすること、および回答を受領することについて同意します。

同意日(記入日) 20 年 月 日

組合員(契約者)記入欄

氏名	生年月日	昭和・平成 令和・西暦	年 月 日
----	------	----------------	-------

必ずご記入ください。

保障の対象となる方をご記入ください。

保障の対象となる方がお亡くなりになっている場合にご記入・押印をいただく箇所です。

組合員と保障の対象となる方が異なっている場合にご記入・押印をいただく箇所です。

組合員(契約者)欄をご記入の場合は、必ずご記入ください。

組合員(契約者)以外の方が亡くなられた場合

例

※悠悠花子様が亡くなられた。

契約内容

組合員(契約者):悠悠太郎様 加入者:悠悠花子様

共済・保険金受取人:悠悠太郎様(加入との続柄:配偶者)

個人情報(要配慮個人情報含む)の取得・提供に関する同意書

■ 加入者(被共済者・被保険者・患者)記入欄

加入者(被共済者・被保険者・患者)が下記の内容をご確認・同意のうえ、ご記入・署名・捺印してください。

- 私は、本件共済(保険)金請求にあたり、私の個人情報および要配慮個人情報(傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等。以下同じです。)を以下に記載の団体または保険会社(※1)、およびそれらが委託する者(以下、貴会(社))が取得することに同意します。
(※1) 全国労働者共済生活協同組合連合会、共栄火災海上保険株式会社、日本生命保険相互会社、全トヨタ労働組合連合会
- 私は、貴会(社)もしくは貴会(社)が委託した者が、共済(保険)契約の存続および共済(保険)金の支払いに関する確認の範囲に限って、以下の事項を行うことに同意します。なお、本書については、複写でも本書と同じ効力があるものと認めます。
 - 要配慮個人情報に関する以下の事項。
 - 私の要配慮個人情報を第三者(契約者を含みます。以下同じです)から取得すること。
 - 私の要配慮個人情報を利用すること。
 - 私の要配慮個人情報を第三者に提供すること。
 - 治療・検査等を受けていた医療機関ならびに警察署・検察庁・消防署その他関係者に対して行う以下の事項。
 - 傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等、および事故内容、他の保険会社や共済団体等に関する事項、その他関連事項および回答受理。
 - 診断書、診療報酬明細書、証明書等の作成依頼および交付受理。
 - X-P、CT、MRI その他検査結果及びカルテ等の借用、またはこれらの写しの交付依頼および受理。
 - 他の保険会社や共済団体等に対し、私に関する保険(共済)契約締結の有無、契約状況および傷病内容(診断書等関係書類の開示を含む。)に関して照会し、回答を受理すること。

同意日(記入日) 20△△年 △月 △△日

加入者(被共済者・被保険者・患者)記入欄

氏名	悠悠花子	生年月日	昭和/平成 令和・西暦 55年4月10日
住所	豊田市山之手8-131		

加入者(被共済者・被保険者・患者)が病氣やケガなどで、ご記入・署名・捺印ができない場合は、代筆者が上記をご記入・署名・捺印したうえで、下記にご署名・捺印してください。

代筆者氏名 _____ 加入者(被共済・被保険者・患者)との続柄()

※加入者(被共済者・被保険者・患者)が未成年者であるときやお亡くなりになっている場合

加入者(被共済者・被保険者・患者)が未成年者や成年被後見人である場合、またはお亡くなりになっている場合は、加入者(被共済者・被保険者・患者)の法定代理人または共済・保険金受取人様が上記【加入者(被共済者・被保険者・患者)氏名をご記入いただき、下記【加入者(被共済者・被保険者・患者)との続柄()】にご署名・捺印をお願いします。

【加入者(被共済者・被保険者・患者)の法定代理人または共済・保険金受取人様記入欄】

承諾者氏名 悠悠太郎 加入者(被共済・被保険者・患者)との続柄(配偶者)

■ 組合員(契約者)記入欄

組合員(契約者)と加入者(被共済者・被保険者・患者)が異なる場合のみご記入ください。

私は、貴会(社)が共済(保険)契約の存続および共済(保険)金の支払いに関する確認の範囲に限って、他の保険会社や共済団体、その他関係者に対し、私に関する共済(保険)契約締結の有無、契約状況および傷病内容(診断書等関係書類の開示を含む。)に関して照会をすること、および回答を受理することについて同意します。

同意日(記入日) 20△△年 △月 △△日

組合員(契約者)記入欄

氏名	悠悠太郎	生年月日	昭和/平成 令和・西暦 52年8月20日
----	------	------	-------------------------

必ずご記入ください。

保障の対象となる方をご記入ください。

保障の対象となる方がお亡くなりになっている場合にご記入・押印をいただく箇所です。

組合員と保障の対象となる方が異なっている場合にご記入・押印をいただく箇所です。

組合員(契約者)欄をご記入の場合は、必ずご記入ください。

8.マイナンバー確認書類

マイナンバー制度開始に伴う 個人番号確認書類提出のお願い

2016年1月

制度開始により共済・保険会社が「支払調書」を税務署へ提出する際は、マイナンバーを記載することが義務付けられました。

今回の共済金ご請求に伴い、

『お亡くなりになった方』と『受取人』のマイナンバーをお知らせください。



マイナンバー確認書類として、下記A～Cの内、いずれか1つを「重要書類専用封筒」に入れていただき、ご自身で封を閉じてからご提出ください。

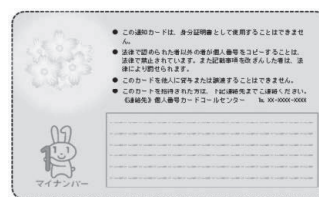
⚠ <ご注意> 『お亡くなりになった方』および『受取人』双方の書類が必要です。

A 「通知カード」(写し)

カードの表・裏両面をコピー(A4サイズ)してください。



表面



裏面

B 「住民票(個人番号記載のもの)」

本人以外の個人番号が記載されていないものをご提出ください。

C 「個人番号カード」(写し)

カードの表・裏両面をコピー(A4サイズ)してください。



表面



裏面

10.代表受取人選定に関する申出書(委任状)

■共済金の代表受取人を申出いただくためにご提出をお願いする場合があります。

全トヨタ労働組合連合会 御中
 全国労働者共済生活協同組合連合会 御中
 共栄火災海上保険株式会社 御中
 日本生命保険相互会社 御中

代表受取人選定に関する申出書(委任状)

亡くなられた方をご記入ください。

今回の 悠悠 太郎 の死亡にともなう共済(保険)金について下記の受取人資格を有する者の協議により代表受取人を 悠悠 花子 と定め共済(保険)金の請求をいたします。

代表受取人をご記入ください。

、利害関係人から異議の申立がある場合には、下記の者全員で責任をもって解決します。

申出日をご記入ください。

共済(保険)金は、代表受取人の指定した口座宛に送金する方法にて支払ってください。

20△△年 9 月 30 日

代表受取人 住所 豊田市山之手8-131

氏名 悠悠 花子



(印鑑証明と同印)

加入者との続柄 配偶者

受取人 住所 豊田市山之手8-131

氏名 悠悠 一郎



(印鑑証明と同印)

加入者との続柄 長男

委任する方がご記入のうえ、実印にて押印ください。

受取人 住所 豊田市山之手8-131

氏名 悠悠 二郎



(印鑑証明と同印)

加入者との続柄 次男

受取人 住所

氏名



(印鑑証明と同印)

加入者との続柄

以上

K10-1086

11. 念書

■ 共済金の代表受取人を申出いただくための書類です。

念書

共栄火災海上保険株式会社 御中

亡くなられた方をご記入ください。

被保険者: 悠悠 太郎が、令和△ 年 3 月 △ 日に 病気により死亡したため、この 入院・手術 保障に対する保険金は法定相続人を代表して、私が請求し受領いたします。

後日、本件に関し、他の相続人あるいは第三者からの異議等が申し立てられた場合には、私が一切の責めに任じ、貴社にご迷惑をおかけしません。

令和△年 4 月 1 日

申出日をご記入ください。

保険金請求者

住所: 豊田市山之手8-131

代表受取人が署名ください。

氏名: 悠悠 花子



(被保険者との関係 配偶者)