●共済愛情保険請求シート

請求受付日　　年　　月　　日

被保険者名	口本人　口配偶者　口こども 氏名：	被保険者番号	
連絡先	口勤務先　口自宅　口携帯 TEL　（　　）	所属所名	

1.ご請求事由を選択(レ)してください。(複数選択できます)

- 口 死亡
- 口 三大疾病に罹患した
- 口 91日以上就業ができなくなった
- 口 手術した
- 口 上記以外の事由（　　）
- 口 高度障害状態となった
- 口 余命6か月と診断された
- 口 入院した

2.ご請求の原因を1つ選択ください。

- 口 乳がん
- 口 急性心筋梗塞
- 口 糖尿病、高血圧性疾患、腎臓病、肝臓病
- 口 その他の病気
- 口 交通事故
- 口 その他（　　）
- 口 その他のがん
- 口 脳卒中
- 口 女性疾病
- 口 交通事故以外の事故

3.請求事由に応じ、以下の事項について確認ください。

ご死亡時の確認事項		ご入院時の確認事項	
死亡日	年　月　日	※これから入院、退院される方等は予定日で結構です 入院日　年　月　日 退院日　年　月　日	
年金受取希望	口希望あり※本人が死亡の場合のみ 口希望なし		
年金受取希望人数	※年金受取ありの場合 人	事故日	※原因が事故(ケガや交通事故)の時記入します ※日にちが不明の時は年月までで結構です 年　月　日

手術時の確認事項			
手術日	年　月　日	手術名	手術区分コードがわかる場合はご記入ください （　　）

三大疾病の時		高度障害・その他の請求	
【共通】　どなたが請求手続きを行いますか?		口本人　口指定代理請求者　口不明	
初診日	年　月　日 ※日にちが不明の時は年月までで結構です ※がんの場合、がんと診断された日です ※脳卒中、急性心筋梗塞の場合は、ご病気発症後最初に診察を受けた日となります	高度障害	○障害状態になられた日 ※日にちが不明の時は年月までで結構です 年　月　日(頃)
		長期就業	○就業ができなくなった日 ※日にちが不明の時は年月までで結構です 年　月　日(頃)