

# ●共済愛情保険請求シート

請求受付日 令和〇年〇月〇日

被保険者名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子ども <b>共済 太郎</b>	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
連絡先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 TEL <b>029 (301) 〇〇〇〇</b>	所属所名	〇〇〇市役所

## 1. ご請求事由を選択(レ)してください。(複数選択できます)

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

## 2. ご請求の原因を1つ選択ください。

<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> その他のがん
<input type="checkbox"/> 急性心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 脳卒中
<input type="checkbox"/> 糖尿病、高血圧性疾患、腎臓病、肝臓病	<input type="checkbox"/> 女性疾病
<input checked="" type="checkbox"/> その他の病気	<input type="checkbox"/> 交通事故以外の事故
<input type="checkbox"/> 交通事故	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

## 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	
年金受取希望	<input type="checkbox"/> 希望あり※本人が死亡の場合のみ	入院日	令和4年 4月 5日
	<input type="checkbox"/> 希望なし	退院日	令和4年 4月 6日
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	令和4年 4月 5日	手術名	大腸ポリープ切除術 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?	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 指定代理請求者 <input type="checkbox"/> 不明
初診日	年 月 日	高度障害	〇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)
	※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	長期就業	〇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)