傷害総合保障共済　共済金請求書

全日本火災共済協同組合連合会 御中

請求日	平成　年　月　日		
請求番号		前回請求番号	

※共済契約者・被共済者自身がボールペンでご記入・ご押印ください。

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、共済金を請求しますので、下記支払指図書のとおりお支払いください。

【重要事項】※必ずご確認ください。本書では概要をご説明しておりますので、詳しくは約款等も併せてお読みいただき、ご不明な点がございましたら、取扱代理所または取扱組合までお問い合わせください。＊（全日本火災共済協同組合連合会=日火連）

1．共済金のお支払いは口座振込となり、振込み先は共済金受取人の口座といたします。（ただし、共済契約者より申し出のあった場合を除く）
2．被共済者は上記1．について了承したものとし請求を行う事とします。
3．日火連が、本共済金請求に関する個人情報（以下情報といいます。）を本契約の履行、共済契約の引受け、共済金の支払、再保険金の受領、付帯サービスの提供を行うほかその他業務上必要とする範囲で組合、医療機関、保険会社を含む関係先から取得・利用（注）・提供または登録すること、またそれらの情報について日火連が組合をはじめとした共同利用者と共同利用することに同意します。
4．共済金受領後は、本件に関しては今後名義の如何を問わず共済契約者、被共済者、共済金受取人は日火連に対し何ら請求致しません。
5．後日になって日火連に共済金支払義務のないことが明らかとなった場合には、共済金受取人は受領した共済金を全額返戻いたします。また、他から苦情が出たときは、共済契約者が一切の責任を負い日火連には迷惑をかけません。

（注）被共済者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を含みます。

他団体契約	有 ・ 無	保険会社・団体名		証券番号等	

共済契約証書番号	組合員番号	被共済者番号	保障タイプ

共済契約者	住所	〒 TEL ：		
	フリガナ		フリガナ	
	事業所名		契約者名または代表者名	★ 上記重要事項に同意します。 （ご契約者が死亡された場合、契約者印は不要です。）　印

被共済者	住所	〒 TEL ：		
	フリガナ		生年月日	
	氏名	★ 上記重要事項に同意します。　印	男・女	大 ・ 昭 ・ 平 年　月　日

被共済者が死亡された場合、法律に基づく請求代表者は下欄に自署押印下さい

共済金請求者	住所	〒 TEL ：		
	フリガナ		生年月日	
	氏名	★ 上記重要事項に同意します。　実印	男・女	大 ・ 昭 ・ 平 年　月　日

事故内容・治療状況 ※必ずご記入下さい	受傷日	平成　年　月　日　午前・午後　時頃		
	事故発生場所	市 ・ 区 ・ 郡　区 ・ 町 ・ 村		
	発生状況			
	初診日	平成　年　月　日	傷病名	
	運転免許番号（車を運転中の場合のみ）	（　年　月　日　交付）	届出官公署名（警察・消防署等）	

※ 手術がなく、共済金請求金額が5万円以下かつ診療開始日から90日以内のご請求の場合、入・通院申告書と領収書（控）の添付をもって、診断書に代えることができます。

共済金支払指図																
下記指定の金融機関口座への振込をもって、共済金を受領したものと認めます。																
銀　行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農　協・漁　協					本店 支店 出張所											
普通・当座	金融機関コード				店番号			口座番号								
口座名義人 カタカナで記入																

組合記入・押印欄		
契約者あて送付日	年　月　日	
履行期管理受付印	書類受付日・書類完備日の押印欄 （再受領の際は再押印下さい。）	

※全ての項目をご記入いただきますようお願いいたします。

（2014.10改定）