

福祉共済（傷害）ご請求手続きに関するご案内

このたびご心よりお悔やみ申し上げます。
ご請求にあたっての必要書類につきましてご案内いたします。

	死亡	書類のご説明
共済金支払請求書	◎	所定の欄はもれなく正確にご記入ください。
同意書 (傷害・死亡時・監察医用)	○	死亡時での監察医確認用の同意書です。監察医に提出します。
同意書 (傷害・死亡時・主治医用)	○	死亡時での主治医確認用の同意書です。主治医に提出します。
確認同意並びに 協力依頼書 (傷害・死亡時・警察用)	○	死亡時での警察確認用の同意書兼協力依頼書です。警察に提出します。
死亡診断書（死体検案書）	◎	市区町村へ提出する死亡届と一体になっています。主治医または監察医に書いてもらいます。（コピー可）
被共済者の 除籍済戸籍謄本	◎	被共済者の死亡及び配偶者・子・父母の関係等が確認できる謄本をご提出ください。（コピー可）
交通事故の場合 交通事故証明	○	自動車安全運転センターで発行する「交通事故証明書」をご提出ください。（コピー可）
死亡共済金に関わる 同意書	○	死亡共済金の請求に関し、労働基準法施行規則第 44 条等に定める同順位者の中から代表受取人を 1 名定めて頂きます。配偶者が受取人になる場合は不要です。（実印のご捺印をお願いします）
印鑑証明（原本）	◎	共済金請求者の印鑑証明をご提出いただきます。（原本） また、死亡共済金に関わる同意書にご捺印された時も印鑑証明をご提出ください。
脱退届	◎	死亡の場合は脱退届の提出が必要です。 <u>書類は県連より直接事務処理センターへお送りください。</u>
返金依頼書	○	脱退後に掛金が引落しになる場合、掛金を返金することになります。 <u>必ず取付けをお願いします。書類は県連より直接全国連へお送りください。</u>
その他関係書類	○	上記書類のほか、全国連が特に必要とする書類の提出を依頼する場合があります。

共済金のお支払い期限の明確化のお知らせ

【背景】

保険・共済の契約に関する基本的なルールとして、平成 22 年 4 月 1 日付で「保険法」が施行されました。これに伴い、現在ご加入いただいております「福祉共済」におきましては、迅速・適正な保険給付を実現し、より一層ご加入者のお役に立つべく標準的な共済金のお支払い期限を 30 日とし、また、事実確認のために特別な照会や調査が必要となる場合の共済金のお支払い期限について、以下のとおり運営させていただくこととしましたのでお知らせいたします。(平成 22 年 4 月 1 日以降に発生した事故に適用)

【共済金のお支払い期限】

特別な照会や調査の内容	お支払い期限
災害救助法が適用された災害の被災地域における調査	60 日
医療機関、検査機関その他の専門機関による診断、鑑定等の結果の照会	90 日
後遺障害の内容およびその程度を確認するための、医療機関による診断、後遺障害の認定に係る専門機関による審査等の結果の照会	120 日
警察、検察、消防その他の公の機関による捜査結果または調査結果の照会	180 日
日本国内において行うための代替的な手段がない場合の日本国外における調査	180 日

全国商工会連合会 リスクマネジメント課 御中

送信日付: _____

以下のとおり共済事故が発生しましたので、ご連絡します。

商工会担当者: _____

商工会連絡先: _____

全国連 福祉共済(傷害) 事故連絡票

県名		商工会名	商工会
加入者名		契約者番号	
か			
		被共済者コード	
被共済者名			
か			
		加入日	
		西暦) 20 年 月 1 日	
生年月日 (西暦)	年 月 日生	歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
契約タイプ <input type="checkbox"/> 2000円 <input type="checkbox"/> 3000円 <input type="checkbox"/> 4000円 <input type="checkbox"/> ライト <input type="checkbox"/> シニア			

事故 状 況	事故発生日時	20 年 月 日	時	
	事故発生場所	自宅・勤務先・その他()		
	おけがの原因・状況	傷害の支払い要件として、急激・偶然・外来の3要件を満たす必要があります。(「※傷害の3要件」参照) 何を原因として、体のどこがどうなったかを、具体的にご記入ください。 (記入例: 脚立に乗り庭の植木を剪定中、足を滑らせ落下。左足を庭石に強く打ち付け、骨折した)		
	おけがの部位に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔部 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸腹背部 <input type="checkbox"/> 腰部・臀部 <input type="checkbox"/> 肩上腕部肘 <input type="checkbox"/> 前腕手関節 <input type="checkbox"/> 手・手指 <input type="checkbox"/> 股大腿膝 <input type="checkbox"/> 下腿足関節 <input type="checkbox"/> 足・足指 <input type="checkbox"/> その他()		
	おけがの状態に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください	<input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 打撲捻挫 <input type="checkbox"/> 筋腱損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 歯牙欠損 <input type="checkbox"/> その他()		
医療機関名				
請求予定共済金 請求予定のものに <input checked="" type="checkbox"/> をして ください。	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 後遺障害 <input type="checkbox"/> 死亡共済金 (死亡日 年 月 日)			

(2020.9.改)

「※傷害の3要件」
 (急激)
 突発的に発生すること、事故から傷害の発生
 までの過程が直接的で時間的間隔がないこと
 (偶然)
 予知できない出来事
 (外来)
 傷害の原因自体が体の外部にあること

県連
年 月 日

全国連
年 月 日

全国商工会 会員福祉共済 共済金支払請求書

記入日 20 年 月 日

全国商工会連合会 御中

下記の内容が事実と相違ないことを確認し、個人情報の取扱に関するご案内の内容について同意し、共済金を請求しますので下記口座へお振込み下さい。

請求者等	住所	フリガナ 〒 □□□□ - □□□□ 都道 府県		電話	
	氏名	フリガナ	印	被共済者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ()
	加入者氏名	契約者番号	被共済氏名	被共済者コード	
	被共済者情報	(西暦) 年 月 日 生 歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご職業:	
代理請求確認欄	私は請求者が私に代わり共済金を請求することに同意します。				
	※共済金を被共済者以外が請求する時にご記入下さい。		被共済者署名	印	<small>被共済者署名・捺印 個人情報取扱同意印兼用欄</small>
受取口座	下記口座へ送金して下さい。口座への送金をもって支払がなされたものと認めます。				
	金融機関コード		支店コード	口座名義人	
	□普通 □当座 □貯蓄		口座番号		
	フリガナ				
事故情報	発生日時	20 年 月 日 時 頃			
	おけがをされた場所	都・道・府・県			
	おけがの原因・状況				
	おけがの内容	診断書をご提出いただく場合は下記のご記入は不要です			
	(体の部位)	頭・顔・眼・歯・首・肩・胸・腹・脊柱・腰・臀部・腕・足・手指・足指 (左記以外)			
(おけがの状態)	打撲・捻挫・切り傷・すり傷・骨折・脱臼・火傷 (左記以外)				
請求情報	請求する共済金の種類	<input type="checkbox"/> 入通院共済金 <input type="checkbox"/> 後遺障害共済金 <input type="checkbox"/> 死亡共済金 <input type="checkbox"/> 手術共済金			
	死亡日・治癒日・中止日	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 内払 <input type="checkbox"/> 確定払		
	後遺障害の状況				
	手術の内容	手術日	20 年 月 日		
		手術名 : (手術の同意書等手術内容が分かる書類があればコピーを添付下さい)			
入院・通院	入院日数	日	}	詳細は別添 診断書 或いは 入・通院状況申告書 を参照	
	通院日数	日			
運転免許証番号 (車を運転中の事故の場合のみご記入下さい)		□□□□□□□□□□□□□□			
届出警察署 (事故等を届け出た場合のみご記入下さい)		(届出日 月 日)			

全国連使用欄	受付番号	取扱商工会	商工会	
商工会 (受付完了)	県連	全国連 (受付)	全国連 (査定)	全国連 (支払)
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
印	印	印	印	印

(

「個人情報の取扱いに関するご案内」

全国商工会連合会（以下、全国連といいます。）及び都道府県商工会連合会（以下、県連といいます。）・商工会は、本契約に関する個人情報（過去に取得したものを含まず。）を、共済引受の判断、本契約の管理・履行及び付帯サービスの提供ならびに他の共済・保険・金融商品等の各種商品・サービスの提供・案内、会員の確認、加入者からの照会・応答の他、全国連及び県連・商工会が行う各種情報・サービスの提供・案内等を行うために利用させていただきます。

本契約のご加入者及び被共済者には、共済金の請求にあたり、全国連及び県連・商工会が個人情報を下記①から④に記載の提供・利用の他、上記目的のために提供・利用することについてご同意いただきたくお願い申し上げます。なお、ご同意いただけない場合には、本契約をお引き受けすることができませんのでご了解下さい。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先、医師、調査会社、保険会社、金融機関等に対して個人情報を提供すること。
- ②契約締結、契約内容変更、共済金・給付金支払い等の可否を判断するために、個人情報を県連・商工会やリスクヘッジ会社と共同して利用すること。
- ③全国連と県連・商工会との間で各種金融商品・サービス等の提供・案内のために、個人情報を共同利用すること。
- ④リスクヘッジ契約の締結、リスクヘッジ契約に基づく通知、リスクヘッジの請求等のために個人情報をリスクヘッジ会社等に提供すること。

全国連と県連・商工会の一覧、各種商品やサービスの一覧、全国連における個人情報の取扱いについては、全国連ホームページ (<http://www.shokokai.or.jp/>) をご覧ください。

同意書

20 年 月 日

監察医 殿

私は、私の被相続人である_____の死亡原因・監察時の状態・症状・既往症・治療内容等について、市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国商工会連合会及びその委託を受けたものより、貴殿に対し照会があった場合には、ご説明いただくことに同意します。

また、場合により診断書・その他の証明書を交付すること、診療記録・検査資料を貸し出すことまたは写を交付することについても同意します。

相続人代表（被相続人との関係： ）

住所	
電話番号	
氏名	印

確認同意並び協力依頼書

私は、私の被相続人である _____ に係わる共済契約に関する確認のために、下記共済会の職員または同会の確認依頼先である _____ の者が本書を提示した場合には、罹災事実（事故）の内容を照会し回答を受けること、およびその関係書類等の交付を受けることに同意いたしますので、関係者の皆様にご協力をお願いいたします。

なお、本書の複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

20 年 月 日

相続人代表： （被相続人との関係： _____）
住所 _____
電話 _____
氏名 _____ 印

(共済の表示)

共済名称 : 全国商工会会員福祉共済
運営主体 : 全国商工会連合会
住 所 : 東京都港区新橋1丁目18-16
日本生命ビル3階
電 話 : 03-6206-1923

【見本】

確認同意並び協力依頼書

私は、私の被相続人である _____ に係わる共済契約に関する確認のために、下記共済会の職員または同会の確認依頼先である _____ の方が本書を提示した場合には、罹災事実（事故）の内容を照会し回答を受けること、およびその関係書類等の交付を受けることに同意いたしますので、関係者の皆様にご協力をお願いいたします。

被共済者です

空白でOK

なお、本書の複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

20 年 月 日

相続人代表： （被相続人との関係： ）

住所 _____

電話 _____

氏名 _____ 印

(共済の表示)

共済名称 : 全国商工会会員福祉共済

運営主体 : 全国商工会連合会

住 所 : 東京都港区新橋1丁目18-16

日本生命ビル3階

電 話 : 03-6206-1923

死亡共済金に関わる同意書

20 年 月 日

全国商工会連合会 御中

死亡した (被共済者) に関わる死亡共済金の請求および受領については
労働基準法施行規則第44条に定める同順位者のうち

(受取人氏名) を代表者とすることに同意いたします。

については、今後裁判上・裁判外を問わず、他からこの共済金の受領につき異議の申し立てがあった場合は、私(受取人)が責任をもって処理し、貴会には一切ご迷惑をお掛け致しません。

契約番号	(8桁)	被共済者 コード	(6桁)
加入者名			
被共済者名			
死亡年月日	20 年 月 日		
死亡状況	別紙「共済金支払請求書」記載の通り。		

同順位者記名捺印欄

(受取人)		(受取人)	
住所		氏名	Ⓜ

(注1) Ⓜ欄には実印を押印の上、印鑑証明書を添付下さい。

(注2) 相続人が未成年の場合には、その地位を明らかにした親権者または後見人の
記名・捺印が必要です。(例：〇〇△△親権者 〇〇×× Ⓜ)

(10.11改)

全国商工会会員福祉共済共済掛金の返金依頼書(死亡)

年 月 日

全国商工会連合会 御中

県名・商工会名 _____ 商工会

請求者(加入者代理人)名 _____ 印

全国商工会会員福祉共済被共済者が下記のとおり死亡しましたので、死亡月の翌月以降の共済掛金を返金願います。

県名		商工会名	
加入者氏名		契約番号	
被共済者氏名		被共済者コード	
死亡日	年 月 日	死亡原因	
加入者と請求者の続柄			
返金先口座	金融機関名		金融機関コード
	支店名		支店コード
	口座種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義		

※死亡日から半年超過した場合は、死亡日が確認できる公的な書類のコピーを添付ください。

商工会	県	連	全国連(受付)	全国連(掛金確認)	全国連(支払)
年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日