

『トータル・シンプルがん』ご請求手続きのご案内

このたびは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。

書類名	書類のご説明
共済金支払請求書 (医療特約、トータル・ シンプルがんプラン兼用)	<ul style="list-style-type: none"> ・共済金（保険金）請求者は、お亡くなりになられた方の法定相続人となります。 ・法定相続人が複数の場合、法定相続人の代表者を1名お決め頂き、法定相続人代表者の方がご請求ください。 ・法定相続人代表者の方が共済金（保険金）請求者としてご記入、ご署名、ご捺印（実印）ください。
診断書 (同上兼用様式)	<ul style="list-style-type: none"> ・お医者様に全国連（東京海上日動）所定の診断書をご記入頂いた上でご提出ください。（診断書料は自己負担となります。予めご了承ください。） ・全国連（東京海上日動）所定と異なる診断書を既にお取付け済の場合には、そのコピーで受付させて頂く事は可能です。但し、<u>全国連（東京海上日動）が必要とする判断事項</u>に関する記載がない場合には、<u>改めて所定の診断書をご提出頂く場合があります</u>ので予めご承知おきください。 ・ご請求の内容に応じて、代替え書類をご提出頂く事により診断書に代えることができます。詳しくは本ご案内2枚目の「添付書類」をご確認ください。
同意書 (同上兼用様式)	<ul style="list-style-type: none"> ・全国連（東京海上日動）が医療機関に照会する場合には必要となりますので、法定相続人代表者の方のご署名・ご捺印（実印）と必要事項のご記入をお願い致します。 ・医療機関、診療科目ごとに必要となるため、必要枚数をご確認ください。
相続権者確認書類 (コピー可)	<ul style="list-style-type: none"> ・共済金（保険金）請求者は、お亡くなりになられた方の法定相続人となります。法定相続人を確認できる資料を次頁（2ページ）によりご確認ください。 ・法定相続人確認には、お亡くなりになられた方の「出生から死亡されるまでの連続した原戸籍謄本（改正原戸籍を含む）全てが必要となります。」（戸籍の改正や本籍地変更等があった場合には、変更前の原戸籍も必要となりますので、変更前本籍地の市区町村役場にてお取付けをお願い致します。）
「確認書（様式28）」または 「共済金・保険金請求に関する同意書（様式31）」	<ul style="list-style-type: none"> ・法定相続人の代表者の方によりご提出頂きます。後日、他の相続人の方から共済金（保険金）受領について異議申し立てがされても当該代表者の方にご対応頂くこととなります。次頁（2ページ）によりご確認ください。
印鑑証明書（原本）	<ul style="list-style-type: none"> ・法定相続人代表者の方の印鑑証明原本が必要となります。また、「共済金・保険金請求に関する同意書」にご捺印された時も印鑑証明をご提出いただきます。
脱退届	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・脱退後に掛金が引落しになっている場合、掛金を返金することになります。必ず取付けをお願いします。<u>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	<ul style="list-style-type: none"> ・全国連（東京海上日動）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。

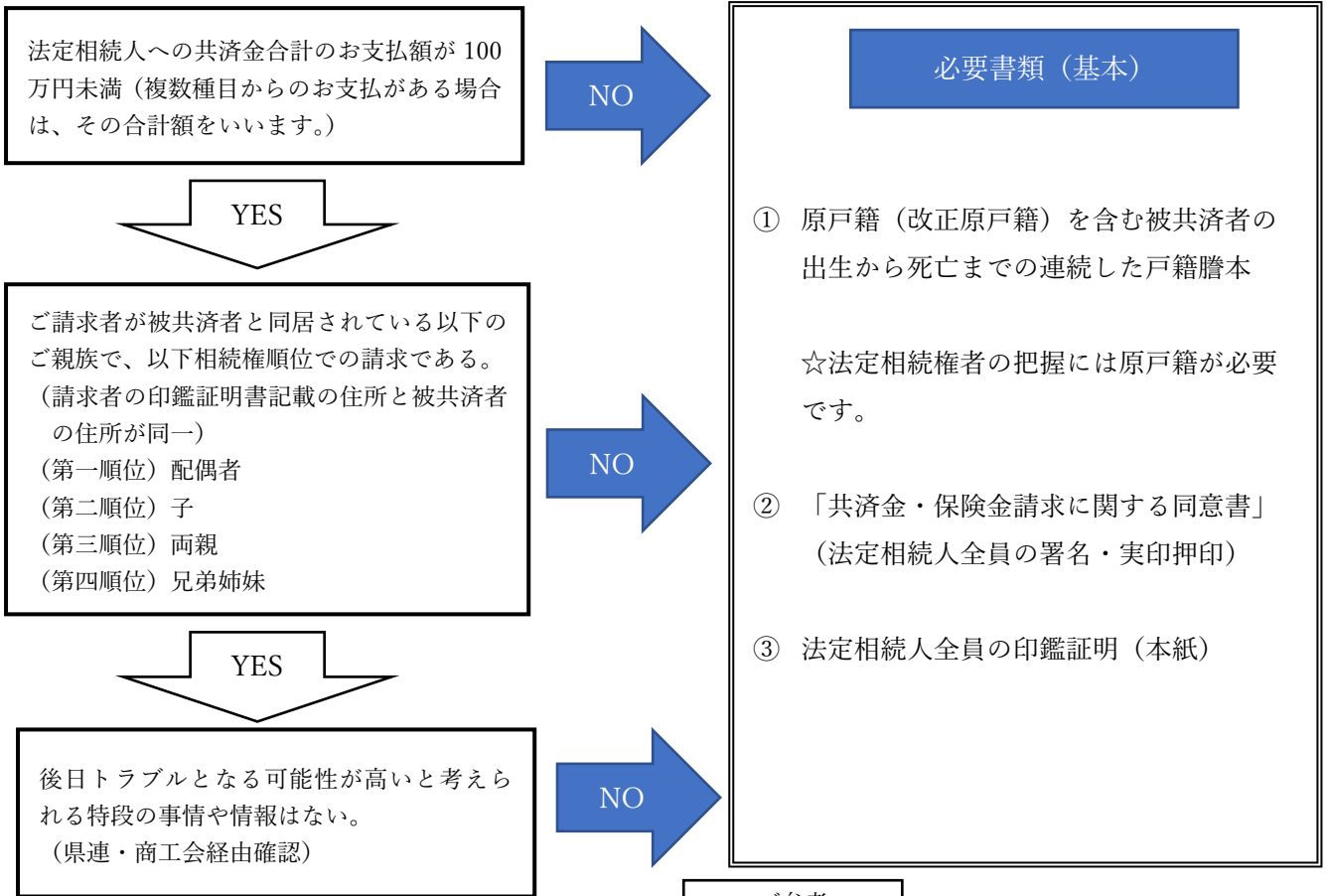
(21.11 改)

【ご傷病についての内容確認】

ご提出頂いた診断書内容につきまして、ご遺族様、医療機関（以前にかかられていた医療機関も含みます）等にご確認させて頂くことがございます。この場合には、2 か月程度のお時間がかかる場合がございますので、予めご承知おきくださいますようお願い申し上げます。

『病気の補償』『トータル・シンプルがん補償』の被共済者 死亡時の添付書類

★被共済者様ご生前の治療に係る共済金のお支払いですので、お支払共済金は相続財産となります。従いまして、相続権者様を明確に把握し、同順位者の方の同意取付け等が必要となります。



ご参考

出生から死亡までの原戸籍が必要な理由

【相続権には優先順位があります】

遺産を相続できる人は民法に定められています。これを法定相続人といい、相続できる親族の範囲と順位が決められています。民法の定める相続人は配偶者と血族の二本立てになっています。

【法定相続人をもれなく確認する必要があります】

法改正などによって戸籍の書き換えが行われるわけですが、この書き換えは記載されているすべての内容をそのまま書き写すわけではありません。

例えば、父母子どもの3人家族の戸籍があって、離婚をした母と子どもは別の戸籍に移ったとします。この場合、母と子どもの欄にはバツ印がつけられ、除籍した（その戸籍から出て行った）ということが分かり、父の欄にも離婚についての事項が記載されます。

しかしその後、法改正などによって新しい戸籍が作られると、父の欄に離婚の記載がなくなり、子どもの記載もなくなります。新しく作られた戸籍では、父の過去に結婚歴があり、子どもがいたという事が全く記載されていません。

必要書類（基本）

- ① 戸籍謄本あるいは除籍謄本
 （請求者（代表受取人）と被共済者との続柄が確認出来るもの）
- ② 確認書
 （請求者の署名・実印押印）
- ③ 印鑑証明（本紙）
 （請求者分のみで可）

全国商工会連合会 会員サービス部 御中

20 年 月 日

全国連使用欄
受付番号

商工会名:

担 当:

電 話: ()

該当する請求書類にチェック下さい
両方なら両方にチェック下さい

<input type="checkbox"/> 医療特約
<input type="checkbox"/> 「トータルがん」(がん重点補償)
<input type="checkbox"/> 「シンプルがん」

医療特約・トータルがん・シンプルがん 事故連絡票

県 名	加入者名		商工会名	商 工 会	
カナ	契約者番号				
	被共済者コード				
	被共済者名		加入日(ご請求種目の加入日)		
カナ	20 年 月 1 日				
生年月日	(西暦)	年 月 日生 満 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
入院(手術)原因	<input type="checkbox"/> 疾病(がん以外) <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 傷害		傷病名		
病状 ・ 事故状況	発病日	20 年 月 日	診断確定日 (がんのみ)	20 年 月 日	
	初診日	20 年 月 日	病院名	TEL:	
	病状・事故状況(病院へ行かれるまでの経緯をご記入下さい)				
入院期間 (1日入院を含む)	①20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (確定・見込み)		病院名		
	TEL				
手術の内容	②20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 (確定・見込み)		病院名		
	TEL				
手術の内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合下段に内容を記入して下さい)				
	①手術日:	20 年 月 日	手術名:		
	②手術日:	20 年 月 日	手術名:		
注意事項 特記事項					

県連
20 年 月 日

全国連
20 年 月 日

東京海上日動
20 年 月 日

(備考)

全国商工会 会員福祉共済 医療特約・トータルがんプラン・シンプルがんプラン 共済金・保険金請求書

全国商工会連合会 東京海上日動火災保険株式会社 御中

* 請求者は被共済者ご自身になります。被共済者ご自身がご記入・ご捺印下さい。

記入日 20 年 月 日

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・保険金を請求しますので、下記口座にお振込みください。

【ご注意】全国商工会連合会は以下全国連、東京海上日動火災保険株式会社は以下東京海上日動、都道府県連合会及び市町村商工会は以下傘下団体、と略します。

* 本医療特約・トータルがんプラン・シンプルがんプランの補償額の一部は東京海上日動の医療保険又はがん保険の単独あるいは両方で引受を行っております。

* ご請求書類をご提出いただいた後、共済金・保険金のお支払までの調査・確認は東京海上日動で行います。

* 共済金・保険金の支払は口座振込となり、振込先は原則として被共済者の口座とします。

<重要事項>

1. 全国連・東京海上日動が、本請求に関する個人情報(*)を、共済・保険引受の判断、本請求への対応(関係先への照会等事実関係の調査や関係する損害保険について保険会社間や東京海上日動グループ内での確認を含みます。)、共済金・保険金の支払および各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用すること、また、本請求に関する医療情報を共済金・保険金支払のために必要な範囲で使用・取得・利用することに同意します。

2. 全国連が適正な共済金の支払を行うために東京海上日動が受領した医療情報および保険金支払に関する判定の結果を全国連に提供すること、また、その情報を全国連が被共済者への説明等のために傘下団体に提供することに同意します。

3. 傘下団体が、会員の確認、加入者からの照会・応答、共済引受の判断、本請求への対応および各種情報・サービスの提供に利用するために、全国連・東京海上日動がご請求に関する個人情報(*)を傘下団体に提供すること、また本請求への対応のために、傘下団体が、本事故に関する個人情報を全国連・東京海上日動に提供することに同意します。

4. 本請求に関する共済金と保険金を全国連より一括受領するため、当該保険金を全国連に支払うことに同意します。

(*)被共済者(共済の対象となる方)の治療内容・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。

請求種類 (該当種類にチェック下さい。両方なら両方にチェック下さい)

- 医療特約
トータルがんプラン(「がん」重点補償)
シンプルがんプラン

上記□にチェックの後、下記欄に加入者名・契約者番号・被共済者コードをご記入下さい。

(※被共済者は同じだが、加入者が例えば一つは法人一つは個人、と言ったケースも考えられます。この様なケースには2つともご記入下さい)

加入者名, 契約者番号, 被共済者コード

被共済者 共済金保険金請求者
フリガナ住所, 生年月日, 加入者との関係, 親権者, 代理請求者

受取口座
金融機関コード, 支店コード, 口座番号, 口座名義, フリガナ

受付番号, 県名, 商工会名, 商工会(受付完了), 県連, 全国連, システム

(13.10改) 東京海上日動

被共済者名

傷病・治療の内容 *この欄はご病気・おけがの両方につきご記入ください。			
病名			部位 頭・顔・頸・腰・腕・手・脚・足・手指・足指・その他()
発病日	年 月 日	初診日	年 月 日
入院	入院のご請求の際は、診療明細書または領収書(コピー)をご提出ください。		
	【入院①】	年 月 日 ~ 年 月 日	【入院②】
手術	手術のご請求の際は、診療明細書(コピー)をご提出ください。なお、必要に応じて医療確認を実施する可能性もございますのでご了承願います。診療明細書内では表示されない手術もございますのでご記入願います。		
	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	【手術①】 手術日: 年 月 日 手術名(ご不明な場合には手術内容):	【手術②】 手術日: 年 月 日 手術名(ご不明な場合には手術内容):
放射線 温熱療法	放射線・温熱療法のご請求の際は、診療明細書(コピー)をご提出ください。		
	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	【照射日】(全ての照射日を箇条書きでご記入下さい。例:1/5、1/7、1/10...3/5) 照射中・照射終了	
医療機関	【名称】(例:●●病院等)		
今回のおけが・ご病気で上記医療機関以外で受けた治療	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	【医療機関名】 【初診日】 年 月 日 【治療期間】 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃	
	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	【傷病名】 【初診日】 年 月 日 【治療期間】 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃	【医療機関名】
その他 *上記以外の入院期間など、記入欄が不足する場合は下欄にご記入下さい。			

事故の内容 *この欄はおけがの場合のみご記入ください。>			
事故状況・免許内容	日時	20 年 月 日 午前・午後 時頃	場所 市 区 区・郡 町・村
	状況	*運転免許証内容(被保険者ご自身が自動車・自動二輪車・原付自転車を運転中の事故の場合、免許証から転記してください。)	
	有効期限	20 年 月 日まで有効	免許証番号 第 号
	免許種類 □にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 原 <input type="checkbox"/> けん <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> けん 型 通 特 二 特 付 引 型 通 特 引	届出官公署名 (警察・消防署等)

入院・手術・証明書(診断書)

全国商工会連合会 宛
東京海上日動火災保険株式会社 宛

医療特約・トータルがん・シンプルがん用

※医療機関へこのままご提出してください。

1. 氏名		フリガナ	カルテ番号	男 女	生年月日	年 月 日																			
2. 傷病名	ア. 入院(手術)の原因となった傷病名	ICD-10 () ICD-O-3 ()	症状出現または検査指摘時期																						
	イ. 上記ア.の原因		年 月 日(頃)	医師推定	患者申告																				
	ウ. 合併症併存疾患	入院の必要性: (無) (有) 必要な期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 上記ア.との関連性 (無) (有)	年 月 日(頃)	医師推定	患者申告																				
3. 新生物(異形成を含む)の場合	ア. 告知	(本人) (家族に) 年 月 日頃 病名()を()に()告げていない																							
	イ. 診断確定日	年 月 日	工. 該当区分	(原発) (再発) (再発・転移の場合) 治療によりがんが認められなかった期間 (有) (年 月 日 ~ 年 月 日) (無)																					
	ウ. 状態	(治療中) (経過観察中(寛解状態)) (治癒)	カ. 大腸がんの場合	深達度: M / SM以深																					
	エ. 性状	(上皮内新生物(上皮内癌・非浸潤癌)) (それ以外)																							
	オ. 診断確定までに行われた検査項目および検査結果	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査結果判定日</th> <th>検査結果</th> <th>TNM分類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>病理組織学的検査</td> <td></td> <td></td> <td>T() N() M()</td> </tr> <tr> <td>細胞学的検査</td> <td></td> <td></td> <td>ステージ分類: (I)・(II)・(III)・(IV)</td> </tr> <tr> <td>()検査</td> <td></td> <td></td> <td>IVの場合の判断根拠</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(UICC) その他()</td> </tr> </tbody> </table>					検査項目	検査結果判定日	検査結果	TNM分類	病理組織学的検査			T() N() M()	細胞学的検査			ステージ分類: (I)・(II)・(III)・(IV)	()検査			IVの場合の判断根拠			
検査項目	検査結果判定日	検査結果	TNM分類																						
病理組織学的検査			T() N() M()																						
細胞学的検査			ステージ分類: (I)・(II)・(III)・(IV)																						
()検査			IVの場合の判断根拠																						
			(UICC) その他()																						
4. 既往症	ア. 悪性新生物	(有) (無) 傷病名:	医療機関名	治療期間 年 月 日																					
	イ. 上記以外	(有) (無) 傷病名:	医療機関名	治療期間 年 月 日																					
5. 前医・紹介医	(有) (無)	医療機関名:	初診日 年 月 日(頃)																						
6. 診療期間	初診日	年 月 日	入院手術が決定した日	年 月 日																					
7. 入院期間 入院期間を全てご記入ください。	1回目	年 月 日 ~ 年 月 日	当院入院中	他院転入院	退院	その他()																			
	2回目	年 月 日 ~ 年 月 日	当院入院中	他院転入院	退院	その他()																			
※3回目以降の入院がある場合は、以下にご記入ください。																									
<p>○腹腔・胸腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置等を含みます。 ○一連の治療過程に連続して試行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は、同一手術欄にすべての手術日をご記入ください。</p> <p>1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術) 4.胸腔鏡下手術 5.開腹術 6.腹腔鏡下手術 7.経尿道的 8.経腔的 9.ファイバースコープまたはカテーテルによる治療 10.レーザーによる手術 11.衝撃波 12.その他()</p> <p>↓下記「種類」欄には、上記1~12のいずれかの番号をご記入ください。</p>																									
8. 手術	種類	手術コード	手術名	手術日	左右の別	骨・関節に対する治療の場合	筋・腱・靭帯の切断・切開縫合を	手指・足指の場合、MP関節を含め手術野が中極側に	口腔手術の場合、顎骨を	植皮術・皮弁形成術の場合の面積が	臓器摘出の範囲														
		K-		年 月 日	(左) (右)	(観血) (非観血)	(伴う) (伴わない)	(及ぶ) (及ばない)	(削った) (削らず)	(25cm以上) (25cm未満)	(全摘) (一部)														
※3回目以降の手術がある場合は、診療報酬点数区分・手術種類・手術内容・手術日等をご記入ください。																									
9. 新生物に対する放射線治療および温熱療法(アイソトープ含む)	区分コード	治療内容	実施期間	総線量	状況																				
			年 月 日 ~ 年 月 日	Gy	(照射予定) (照射中) (完了)																				
10. 先進医療(左右実施の場合はそれぞれご記入ください)	(有) (無)	技術名	実施日	技術料																					
			年 月 日	円																					

お願い①
お願い②
訂正がある場合、必ず証明印による訂正印を押し印してください。
記入欄が足りない場合は、余白または別紙にご記入をお願いします。

上記の通り証明します。 証明日 20 年 月 日 (21.11 改)

医療機関 病院(診療所)所在地
病院(診療所)名称・診療科
電話番号
医師名

印

同意書(医療機関等照会用)

医療機関名： 御中

20 年 月 日

主治医様

私は、貴方様が市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国商工会連合会（以下「全国連」）またはその指名する者（全国連と保険契約を締結している東京海上日動火災保険株式会社またはその指名する者等）に対して、共済契約及び保険契約の存続ならびに以下に記載する傷病者の被った損害の額または共済金及び保険金の適正な算定等のために、以下に記載する事項を行うことについて同意します。

- ① 傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を提供すること。
- ② 傷病の原因・症状・既往症・治療内容等について説明すること。
- ③ 傷病・既往症に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写し（診療記録・検査資料の撮影を含む）を提供すること。

市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国連・東京海上日動火災保険(株) 宛

1. 私は貴社または貴社が指名する者が、上記医療機関に対し以下に記載する傷病者の傷病に関する照会を行うにあたって、以下に記載する傷病者の個人情報を提供することについて同意します。
2. 私は貴社またはその指名する者が、共済契約及び保険契約の存続および保険金の支払いをするために必要な範囲で、以下に記載する傷病者の傷病に関する治療の内容・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を取得・利用することに同意します。

住 所			
傷病者氏名	(印)		
生年月日	(西暦)	年	月 日
診察券番号			

傷病者との関係	住 所		
	<input type="checkbox"/> 親権者	(印)	
	<input type="checkbox"/> その他	関 係	(印)

○ 太枠線内には、傷病者ご本人のご署名・ご捺印をお願いします。 (21.11 改)

※傷病者が未成年の場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ（捺印は不要）とし、親権者欄に「レ」点を記し、親権者のご署名・ご捺印をお願いいたします。

※傷病者ご本人が、事情によりご本人にて記載できないため関係者が記載される場合は、太枠線内傷病者氏名欄は記名のみ（捺印は不要）とし、その他欄に「レ」点を記し、関係者のご署名・ご捺印をお願いいたします。

確 認 書

20 年 月 日

全国商工会連合会 御中
東京海上日動火災保険株式会社 御中

共済金・保険金 受 取 人	住 所
	氏 名 実印
被共済者との 続 柄	1. 配偶者 2. その他 ()

契 約 番 号	
加 入 者	
被 共 済 者 (被 保 険 者)	
加 入 日	20 年 月 1 日
傷 病 名	
入 院 期 間	20 年 月 日 から 20 年 月 日まで

上記共済金（保険金）は私が被保険者相続人を代表して受領いたします。
 ついては後日、他の相続人からこの共済金（保険金）受領につき異議の申し立てがあった場合は、
 私が責任を持って解決に努め、貴会（貴社）にはご迷惑をかけません。

以上

<個人情報の利用目的>
 お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険請求への対応（関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害
 保険会社間や東京海上グループ（*）内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用さ
 せていただきます。
 *「東京海上グループ」とは、「東京海上ホールディングス株式会社」傘下の弊社、日新火災海上保険株式会社、東京海上日動あんしん生命保
 険株式会社、東京海上日動フィナンシャル生命保険株式会社などや、前記各社の子会社等を含みます。

共済金・保険金請求に関する同意書

20 年 月 日

全国商工会連合会 御中

東京海上日動火災保険株式会社 御中

下記にかかわる共済金の請求および受領については 様 を代表者とするこ
とに同意いたします。

契約番号	(8桁)	被共済者 コード	(6桁)
加入者名			
(死亡された) 被共済者名			
共済期間	20 年 月 日 から 20 年 月 日まで		
傷病状況	別紙「共済金・保険金請求書」「診断書」記載の通り。		

相続人記名捺印欄

住 所		氏 名	Ⓜ
住 所		氏 名	Ⓜ
住 所		氏 名	Ⓜ
住 所		氏 名	Ⓜ
住 所		氏 名	Ⓜ
住 所		氏 名	Ⓜ

(注1) Ⓜ欄には実印を押印の上、印鑑証明書を添付してください。

(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
親権者又は後見人の記名捺印が必要です。

例：(〇〇△△親権者)

〇 〇 × × Ⓜ

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