

(入院・通院・手術・後遺障害 請求用)

## 福祉共済（傷害）ご請求手続きに関するご案内

このたびご傷病につきましては、心よりお見舞い申し上げます。  
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。

	入院	通院	手術	後遺障害	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・一般用)	◎	◎	◎	◎	治療状況等について医療機関へ照会させて頂くことおよび医療機関が医療情報を提供することについて同意頂く書類です。医療機関ごとに1部ずつ必要になります。
請求金額が10万円超の場合 診断書	◎	◎	◎		請求金額が10万円超の場合は所定の診断書をご提出頂きます。尚、他社様式の診断書等の証明書類については確認する内容が記載されていた場合、所定様式に代えて代用できる場合があります。
請求金額が10万円以下の場合 入・通院状況申告書	◎	◎	◎		請求金額が10万円以下の場合は診断書に代えて入・通院状況申告書(医療機関の領収証・診療明細書のコピーを添付)で対応できます。
後遺障害診断書				◎	後遺障害専用の診断書です。症状が固定した後、あるいは事故後1年経過後にお取付けください。
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)。なお、事故を警察に届け出していない場合は、「警察不届理由書」をご提出ください。
脱退届				後遺障害 1級の場合 ○	後遺障害等級1級に該当する場合は脱退届の提出が必要です。書類は <u>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				後遺障害 1級の場合 ○	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。必ず取付けをお願いします。書類は <u>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。

(◎は必須 ○は適宜) (21.11改)

## 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きます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 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 <small>個人情報の取扱に関するご案内同意印兼用</small>	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 <small>※共済金を被共済者以外が請求する時にご記入下さい。</small>	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。				
	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。				
	(銀行) (信用金庫) (信用組合) (農協) (協同)		(本店) (支店) (出張所)	口座名義人	
	金融機関コード	支店コード	フリガナ		
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号			
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

医療機関名： 御中

## 主治医様

私は、貴台が市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国商工会連合会及びその委託を受けたものに対して、以下に記載する事項を行うことについて同意します。

- ① 私の傷病の原因・症状・既往症・治療内容等について説明すること。
- ② 私の傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を手交すること。
- ③ 私の傷病・既往症に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写しを手交すること。

市町村商工会・都道府県商工会連合会・全国商工会連合会 御中

私は貴会またはその委託を受けた者が、上記医療機関に対し私の傷病に関する照会を行うにあたって、私の個人情報を提供することについて同意します。

住 所		
傷病者氏名		(印)
生年月日		(西暦) 年 月 日
診察券番号		
住 所		
傷病者との関係	<input type="checkbox"/> 親権者	(印)
	<input type="checkbox"/> その他	関係 <span style="float: right;">(印)</span>

(10.11 改)

○ 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。

※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。

傷害 後遺障害診断書

○ 関節・脊柱の運動範囲については、他動運動範囲をご記入下さい。  
○ 訂正の場合、訂正印を必ず押印下さい。

氏名	男・女	生年月日 (西暦)	年 月 日
住所	職業	年 月 日	年 月 日
受傷日時 (西暦)	午前 午後	年 月 日 時 分 頃	初診日 (西暦)
症状固定日 (西暦)	年 月 日 頃	障害の部位	年 月 日
入院期間	自 年 月 日 実治療日数 ( ) 日間	通院期間	自 年 月 日 実治療日数 ( ) 日間
傷病名	傷病の原因	前医	有 (医院名、住所) 無
既存障害	今回事故以前の精神・身体障害：有・無 (部位・症状・程度)	前医	有 (医院名、住所) 無
今回の受傷(発病)から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、障害状態の詳細			
治療内容	手術名 手術日 年 月 日		
言語機能の障害	(該当する項目に○印をしてください) (程度) (原因) A. 言語機能のそう失(音声言語による意志の疎通ができない) a. こう頭摘出(1. 全部 2. 一部) B. 言語機能の著しい障害(身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意志の疎通が困難である) b. 中枢性失語症 C. 言語機能の障害(簡単な単語の発語により意志の疎通がろうじて可能) c. 構音障害(1. 口唇音 2. 歯舌音 3. 口蓋音 4. こう頭音) D. その他( ) d. その他( )		
中枢神経系または精神の障害(脊髄損傷を含む)・胸腹部臓器の著しい障害(日常生活上、介助の要否に関して、下記の項目の内、該当するものに○印をしてください。)			
A. 食物の摂取	B. 排便・排尿	C. 衣服脱着・起居・歩行・入浴	D. 精神状態(知能を含む)
ア. 箸を使用して可能 イ. 食器・食物を選定すれば、自力で可能 ウ. 自力では困難 エ. 介助がなければ全く不可能	ア. 通常便器で、自力で可能 イ. 特別の器具を使用すれば自力で可能 ウ. 特別の器具により、自力で排泄できるが、あとしまつは自力で不能 エ. おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能	ア. 通常の身の回りの動作可能 イ. ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴がろうじて可能 ウ. ベッド上の起居・周辺歩行のみがろうじて可能 エ. 寝返り・ベッド上の小移動のみ自力で可能 オ. 全く寝たきりの状態	ア. 通常の状態(知能)状態 イ. 傷害が軽度で監視介助は不要 ウ. 傷害が中程度で大部屋での監視介助が必要 エ. 傷害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要
脊柱障害	A 運動障害 頸椎 前屈(0度～度) 後屈(0度～度) 右旋(0度～度) 左旋(0度～度) 右屈(0度～度) 左屈(0度～度) 胸腰椎 前屈(0度～度) 後屈(0度～度) 右旋(0度～度) 左旋(0度～度) 右屈(0度～度) 左屈(0度～度) B 変形障害 ア. 通常の上着を着用しても外部から見て明らかにならない イ. 通常の上着を着用すると外部から見てわからないが、裸体になると明確にわかる ウ. 裸体になってもわからない		
眼球・眼瞼の障害	視力 調整機能 視野 眼瞼の障害 裸眼 矯正 近点距離・遠点距離 調節力 右 cm cm ( ) D 左 cm cm ( ) D I. 半盲(1/4半盲を含む) II. 視野欠損 (視野表を添付して下さい) イ. まぶたの欠損 ロ. まつげはげ ハ. 開瞼・閉瞼障害 (図示して下さい)		
眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの他覚的所見を経過欄にご記入をお願いします。			

聴力と耳介の障害	オーディオグラムを添付してください			耳介の欠損	鼻の障害	醜状障害(採皮痕を含む)		
	イ. 感音性難聴 (右・左) ロ. 伝音性難聴 (右・左) ハ. 混合性難聴 (右・左) 検査日 6分平均	聴力表示 イ. 聴力レベル ロ. 聴力損失 最高明瞭度		イ. 耳介の1/2以上 ロ. 耳介の1/2未満 (右欄に図示してください)	イ. 鼻軟骨部の欠損 (右欄に図示してください) ロ. 鼻呼吸困難 ハ. 嗅覚脱失 ニ. 嗅覚減退	1. 外貌 イ. 頭部 ロ. 顔面部 ハ. 頸部 2. 上肢 3. 下肢 4. その他		
	第1回	年 月 日 右 年 月 日 左	dB dB	dB dB	耳鳴 そしゃく機能障害	A. 通常の飲食物が食べられる B. かゆ食またはこれらに準ずる程度の飲食物であれば食べられる C. 流動食しか摂取できない (図示して下さい)		
	第2回	年 月 日 右 年 月 日 左	dB dB	dB dB	聴力レベル30dB以上の難聴を伴う耳鳴を対象とします			
第3回	年 月 日 右 年 月 日 左	dB dB	dB dB	右・左				
四肢、手指、足指、の切断の場合は、切断箇所にはハッキリと線を入れてください。四肢の完全運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示してください。下肢短縮の場合は、その程度(cm)を記入してください。								
短縮	右下枝長 cm (部位と原因)	左下枝長 cm	長管骨の変形	イ. 仮関節	ロ. 変形癒合 (部位)	X-Pを添付してください		
欠損	上肢 (右) (左)		下肢 (右) (左)		手指 (右) (左)		足指 (右) (左)	
四肢関節の運動障害	運動の種類・範囲		伸展度～屈曲度		内転度～外転度		内旋度～外旋度	
	関節	右 左	～	～	～	～	～	～
	関節	右 左	～	～	～	～	～	～
	関節	右 左	～	～	～	～	～	～
	関節	右 左	～	～	～	～	～	～
	関節	右 左	～	～	～	～	～	～
右 手指・足指	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	その他の障害状態の有・無 (泌尿器など)		
	伸屈度	伸屈度	伸屈度	伸屈度	伸屈度			
	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )			
	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )			
	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )			
	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )			
左 手指・足指	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	その他の障害状態の有・無 (泌尿器など)		
	伸屈度	伸屈度	伸屈度	伸屈度	伸屈度			
	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )			
	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )			
	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )			
	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )			
障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください								
診断日	年 月 日	所在地	名称					
診断書発行日	年 月 日	診療科	医師氏名					