

〈共済金請求に伴う個人情報(要配慮個人情報を含む)の取扱いについて〉

- ①日産労連・全国労働者共済生活協同組合連合会は、共済金請求書や添付いただいた書類に記載されている個人情報(要配慮個人情報を含む)など、取得した個人情報は法律で定められた場合を除き、共済契約の締結・維持管理、共済金のお支払などを含む共済契約の判断に関する業務の目的のために利用させていただきます。
- ②ご提供いただいた個人番号は共済金支払取引に関する支払調書作成事務のみに利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

リック生命共済 共済金請求書

日産労連・全国労働者共済生活協同組合連合会 宛

A欄 リック生命共済規約および全国労働者共済生活協同組合連合会事業規約・細則に基づき、必要書類を添え下記のとおり共済金の請求をいたします。 ご記入日 20 年 月 日

日産労連・全国労働者共済生活協同組合連合会が個人情報(要配慮個人情報を含む)を取得することに同意します。

該当する数字に○印を記入してください。	
ご請求の原因	ご請求の内容
1. 病気による	1. 入院
2. ケガによる	2. 手術
3. 交通事故による	3. 後遺障害(重度障害)
4. その他()による	4. 死亡
	5. その他()

リック会員番号

 職場コード(左づめで記入)

 組合員・従業員番号(右づめで記入)

 労組・支部名

共済金請求書欄 記入必須

▼受取人氏名・口座は、必ずご本人が署名・押印してください。訂正する場合は訂正印(請求印)を押印してください。

受取人	フリガナ ※本人死亡以外は契約者の氏名を書いてください。	契約者との続柄 本人・配偶者 その他()	請求印 100万円以下は認印可 ただし、100万円超は実印	連絡先電話番号 自宅・携帯 ()
親権者・後見人	フリガナ	受取人との関係		()

※受取人(契約者)の方の住所をご記入ください。なお、親権者・後見人の方が請求される場合、親権者・後見人の方の住所をご記入ください。

住所	〒 _____ フリガナ _____		
契約者	フリガナ _____ 氏名 _____	生 年 月 日 西暦 _____ 年 月 日	
加入者	フリガナ _____ 氏名 _____ ※今回給付事由に該当した方	生 年 月 日 西暦 _____ 年 月 日	

(本人死亡の場合のみ記入) 死亡または重度障害共済金をご請求の場合で、年金(分割)受取りをご希望される場合は、番号に○を付けてください。
 1. 年金(分割)受取りを希望する。(別途、ねんきん共済のお申込みが必要となります。)

▼共済金は下記の口座への入金をもって、上記受取人が受領したものと認めます。

金融機関	金融機関名	支店名	預金種目	口座番号(右詰め)	口座名義人
ゆうちょ銀行 みずほ銀行	銀行・金庫・()	本店・支店	① 総合・普通	_____	フリガナ _____
	_____	_____	② 当座		_____
	_____	_____	④ 貯蓄		_____
	コード _____	コード _____	その他()		

組 合 使 用 欄

--	--	--

共済金請求書欄の記入が終わりましたら下記へお進みください。

B 欄

入院・手術等状況報告欄（請求の原因を問わず記入が必須です）

●ご請求の原因となった傷病についてご記入ください。
この欄は医師が記入する項目ではなく、加入者（患者様）にご記入・ご申告いただくものです。正確にご記入・ご申告をいただけなかった場合、共済金がお支払いできない場合があります。

傷病名 (診断名)		初診日	年 月 日
入院期間	① 年 月 日～ 年 月 日(日間)	病院名:	
	② 年 月 日～ 年 月 日(日間)	病院名:	
	③ 年 月 日～ 年 月 日(日間)	病院名:	
	④ 年 月 日～ 年 月 日(日間)	病院名:	
今回の傷病に関する前医および既往症についてご記入ください。ご記入がない場合は、それぞれの項目について「無し」として取り扱います。			
前医の有無	病 院 名	治 療 期 間	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
既往症の有無	傷 病 名	病 院 名	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

●手術のご請求がある場合はご記入ください。

1回目 手術日/手術名	2回目 手術日/手術名
年 月 日/()	年 月 日/()
3回目 手術日/手術名	4回目 手術日/手術名
年 月 日/()	年 月 日/()

放射線治療 の名称	放射線照射 期間	年 月 日 ～ 年 月 日
--------------	-------------	---------------------

傷病名を原因とする 休業(欠勤)期間	① 年 月 日 ～ 年 月 日
	② 年 月 日 ～ 年 月 日

ケガ(不慮の事故・交通事故)の場合は、C欄へお進みください。

C 欄

ケガ(不慮の事故・交通事故)の状況報告欄
事故発生状況報告欄
ケガ(不慮の事故・交通事故)の場合は必須です

●ご請求の原因となった事故についてご記入ください。
この欄は、加入者（患者様）にご記入・ご申告いただくものです。正確にご記入・ご申告をいただけなかった場合、共済金がお支払いできない場合があります。

事故日	年 月 日 午前・午後 時 分頃
事故発生場所	
場 所	<input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 建物内 <input type="checkbox"/> 自宅敷地内 <input type="checkbox"/> 駅構内(改札内) <input type="checkbox"/> 駅構内(改札外)
右記、該当する項目にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 受傷した「ケガ」は、今回の事故以前に治療歴はない。 <input type="checkbox"/> 受傷した「ケガ」の症状は今回の事故以前にはない。
事故発生状況	

●交通事故の場合は以下についてもご記入ください。該当項目に○をしてください。

加 入 者	① 運転中の事故 ⇒ <input type="checkbox"/> 業務外 <input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> ハイヤー・タクシー運転中	② 同乗中の事故
	③ 歩行中の事故	④ その他()
	交通機関 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他()	
	自動車・バイクの場合は下記もご記入ください。 事故日時点での運転免許証の有無 ⇒ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事故当時飲酒の有無 ⇒ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
自動車またはバイク ⇒ <input type="checkbox"/> 自車 <input type="checkbox"/> 他車		
相 手 方	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 物体 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()	

〈申請に必要な書類〉

病気による 入院・手術

- ①リック生命共済共済金請求書
- ②診断書等（※1を参照してください）
- ③個人情報（要配慮個人情報を含む）の取得・提供に関する同意書

事故による 入院・手術

- ①リック生命共済共済金請求書
- ②診断書等（※1を参照してください）
- ③個人情報（要配慮個人情報を含む）の取得・提供に関する同意書
- ④（事故による場合）公的な事故証明書（※2を参照してください）

※1 診断書等について

下記いずれかの書類を必ず添付してください。

- ア. 他の保険会社等に提出した診断書のコピー
- イ. 医療機関発行の証明書のコピー（退院証明書や医療機関指定様式の診断書、診療明細書、領収書）
※手術のご請求がある場合は手術名等の記載のある証明書が必要です。
- ウ. リック指定の入院・手術等治療証明書（診断書）

※2 事故による場合の公的な事故証明書について

事故（ケガ）によるご請求の場合は、下記の書類（コピー可）を添付してください。

- 例1 交通事故証明書
- 例2 自賠責保険の支払通知書
- 例3 専務車掌、駅長または助役の証明書（列車、駅構内等における事故による場合）
- 例4 建物等の管理者の事故証明書
（エレベーター、エスカレーターの事故、建造物の倒壊、物の落下事故による場合）
- 例5 労働者災害補償保険請求書および支給決定・支払通知書
- 例6 救急用自動車、消防用自動車出動証明書その他官公署の発行する不慮の事故を証明する書類
- 例7 公務災害認定申請書ならびに公務災害認定書（公務上の災害による場合）

死 亡

- ①リック生命共済共済金請求書
- ②市区町村の役所等で発行される死亡診断書または他の保険会社等に提出した死亡診断書（コピー可）
ただし、加入（増口）2年以内の病気死亡の場合はリック指定の死亡診断書
- ③加入者の除籍謄本（コピー可）
- ④共済金受取人の戸籍謄本（コピー可）
- ⑤共済金受取人の印鑑証明書（100万円を超える場合のみ）
- ⑥個人情報（要配慮個人情報を含む）の取得・提供に関する同意書
- ⑦マイナンバー保護袋（以下ア～ウを封入してご提出ください）
 - ア. 共済金受取人の「個人番号カード」「通知カード」「個人番号記載の住民票」のいずれかのコピー
 - イ. 契約者のマイナンバー（個人番号）申告書
 - ウ. 契約者の「個人番号カード」「通知カード」「個人番号記載の住民票」のいずれかのコピー
（ウ. については提出が可能な場合）
- ⑧（事故による場合）公的な事故証明書（※2を参照してください）

共済金受取人が配偶者または指定受取人でない場合は、これ以外にも書類が必要になりますのでご確認ください。

障 害

- ①リック生命共済共済金請求書
- ②後遺障害診断書 （※3を参照してください）
- ③共済金受取人の印鑑証明書（100万円を超える場合のみ）
- ④個人情報（要配慮個人情報を含む）の取得・提供に関する同意書
- ⑤（事故による場合）公的な事故証明書 （※2を参照してください）

※3 後遺障害診断書について

下記いずれかの書類を必ず添付してください。

- ア. 他の保険会社等に提出した後遺障害診断書のコピー
- イ. 自賠責保険・労災保険で使用された障害診断書のコピー
（自賠責保険または労災保険で認定された障害等級やその内容について記載された書類のコピーをお持ちの場合はあわせてご提出ください）
- ウ. リック指定の後遺障害診断書

なお、脳や脊髄の損傷による障害または精神の障害による障害申請等の場合には別途「日常生活状況報告表」のご提出をお願いする場合があります。

病気後遺障害

- ①リック生命共済共済金請求書
- ②身体障害者手帳のコピー
- ③身体障害者手帳を申請した際に役所へ提出した診断書のコピー
- ④個人情報（要配慮個人情報を含む）の取得・提供に関する同意書
（明らかに重度障害に該当しない場合は③は不要）

先進医療

- ①リック生命共済共済金請求書
- ②診断書および領収書 （※4を参照してください）
- ③個人情報（要配慮個人情報を含む）の取得・提供に関する同意書
- ④（事故による場合）公的な事故証明書 （※2を参照してください）

※4 診断書および領収書について

下記いずれかの書類を必ず添付してください。

- ア. 他の保険会社等に提出した診断書（診断傷病名・先進医療の実施日・先進医療の技術名が確認できるもの）のコピーおよび領収書のコピー
- イ. リック指定の入院・手術等治療証明書（診断書）および領収書のコピー

休業保障

- ①リック生命共済共済金請求書
- ②リック指定の入院・手術等治療証明書（診断書）
- ③リック指定の就業不能状況申告書
- ④会社発行の休業証明書（コピー可）
- ⑤個人情報（要配慮個人情報を含む）の取得・提供に関する同意書
- ⑥（事故による場合）公的な事故証明書 （※2を参照してください）

入院・手術の申請記入例

先進医療共済金の申請は“先進”、休業保障共済金の申請は“休業”とご記入ください。印鑑証明書を添付する場合は印鑑証明書と同じ印鑑を押し印してください。

（共済金請求に伴う個人情報（要配慮個人情報）について）
① 日産労連・全国労働者共済生活協同組合連合会（以下「本組合」）は、ご請求の取扱いのために、ご請求者の個人情報を取得し、必要に応じて個人情報を法律を定められた範囲で開示の業務のために利用させていただきます。
② ご提供いただいた個人情報は共済金支払取扱いに関する情報（要配慮個人情報）の取扱いに限り、本組合の業務運営や添付いただいた書類に記載されている個人情報（要配慮個人情報）を除外し、共済契約の締結、維持管理、共済金のお支払いなどを含む共済契約の別目的で、支払調停作成事務のみ利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

リック生命共済共済金請求書

日産労連・全国労働者共済生活協同組合連合会 宛

リック生命共済規約および全国労働者共済生活協同組合連合会事業規約、ご記入日 2023年 1月 1日
細則に基づき、必要書類を添え下記のとおり共済金の請求をいたします。

日産労連・全国労働者共済生活協同組合 個人情報（要配慮個人情報を含む）を取得することに同意します。

該当する数字に○印を記入してください。

ご請求の原因	1. 入院	2. ケガによる	3. 後遺障害（重度障害）	4. 死亡	5. その他

リック会員番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9
職場コード（左ついで記入） 3 2 2
組合員・従業員番号（右ついで記入） 0 0 0 0 1 2 4 5
労組・支店名 ○ ○ ○ 労組

請求印 100円以上の印は証明のため、100円用紙は裏面に貼ってください。

受取人 ロウレン ハジメ 契約者との関係 本人、記帳者
フリガナ ロウレン ハジメ 自宅・携帯
印

契約者 西暦 1977年 3月 3日 契約者との関係 本人（配偶者）
フリガナ ロウレン ハジメ
加入者 西暦 1977年 6月 7日
フリガナ 労連 花子

住所 東京都千代田区千代田 1-1-1
〒 100-0001

死亡または重度障害共済金をご請求の場合で1. 年金（分割）受取りを希望する。 (別添) 2. 年金（分割）受取りを希望する。 (別添)

取金口座(右詰め) フリガナ
① 総合・普通
② 当座
③ 貯蓄
④ 貯蓄
その他

組合使用欄

共済金請求書欄の記入が終わりましたら右記へお進みください。

B欄 入院・手術等状況報告欄（請求の原因を問わず記入が必須です）

●ご請求の原因となった傷病についてご記入ください。この欄は医師が記入する項目ではなく、加入者（患者様）にご記入・ご申告いただくものです。正確にご記入・ご申告をいただけなかった場合、共済金がお支払いできない場合があります。

傷病名（診断名） 骨折 初診日 2019年 1月 1日

入院期間 ① 2019年 1月 1日～2019年 2月 10日(4日間) 病院名：港病院
② 年 月 日～年 月 日(日間) 病院名：
③ 年 月 日～年 月 日(日間) 病院名：
④ 年 月 日～年 月 日(日間) 病院名：

今回の傷病に関する前医および既往症についてご記入ください。ご記入がない場合は、それぞれの項目について無しとして取り扱います。

前医の有無	病名	治療期間
有		
無		
既往症の有無	病名	病院名
有		
無		

●手術のご請求がある場合はご記入ください。

1回目 手術日/手術名 2回目 手術日/手術名
2019年 1月 2日 / (骨折観血的手術) 年 月 日 / ()
3回目 手術日/手術名 4回目 手術日/手術名
年 月 日 / () 年 月 日 / ()

放射線治療の名称 放射線照射期間 年 月 日 ~ 年 月 日

傷病名を原因とする休業(欠勤)期間 ① 年 月 日 ~ 年 月 日 ② 年 月 日 ~ 年 月 日

ケガ(不慮の事故・交通事故)の場合は、C欄へお進みください。

C欄 ケガ不慮の事故・交通事故の場合は必須です

●ご請求の原因となった事故についてご記入ください。この欄は、加入者（患者様）にご記入・ご申告いただくものです。正確にご記入・ご申告をいただけなかった場合、共済金がお支払いできない場合があります。

事故日 2019年 1月 1日 午前(午後) 4時 25分頃

事故発生場所 国道246号

場所 (道路) 建物内 自動車内(改札内) 駅構内(改札外) 変換した「ケガ」は、今回の事故以前に岩原屋は、変換した「ケガ」の症状は今回の事故以前にはない。

事故発生状況 横断歩道を渡っているときに車と接触。

●交通事故の場合には下記についてもご記入ください。該当項目に○をしてください。
① 運転中の事故 ⇒ 業務中 [] 業務外 [] ハイヤー・タクシー運転中 []
② 同乗中の事故
③ 歩行中の事故 [] その他 []
④ その他 []
自動車・バイクの運転免許の有無 ⇒ 有 [] 無 []
事故日時点での運転免許の有無 ⇒ 有 [] 無 []
自動車またはバイク ⇒ 自動車 [] 他車 []
自動車またはバイク ⇒ (自動車) [] バイク [] 自転車 [] 歩行者 [] 物体 [] なし [] その他 []

加入者 (自動車) [] バイク [] 自転車 [] 歩行者 [] 物体 [] なし [] その他 []

相手方 (自動車) [] バイク [] 自転車 [] 歩行者 [] 物体 [] なし [] その他 []

受取人が未成年者または法律行為がなえない場合にご記入ください。

会員本人の氏名を記入してください。 患者の氏名を記入してください。

個人情報(要配慮個人情報含む)の取得・提供に関する同意書

【加入者記入欄】

- 私は、本件共済金請求にあたり、私の個人情報および要配慮個人情報(傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等。以下同じです。)を日産労連・全労済が取得することに同意します。
- 私は、日産労連・全労済もしくは日産労連・全労済が委託した者が、共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認の範囲に限って、以下の事項を行うことに同意します。なお、本書については、複写でも本書と同じ効力があるものと認めます。
 - 要配慮個人情報に関する以下の事項。
 - 私の要配慮個人情報を第三者(契約者を含みます。以下の同じです。)から取得すること。
 - 私の要配慮個人情報を利用すること。
 - 私の要配慮個人情報を第三者に提供すること。
 - 治療・検査等を受けていた医療機関ならびに警察署・検察庁・消防署その他関係者に対して行う以下の事項。
 - 傷病名、症状、治療内容、治療経過、既往症、後遺障害等、および事故内容、他の保険会社や共済団体等に関する事項、その他関連事項の照会および回答受理。
 - 診断書、診療報酬明細書、証明書等の作成依頼および交付受理。
 - X-P、CT、MRI その他検査結果およびカルテ等の借用。または、これらの写しの交付依頼および受理。
 - 他の保険会社や共済団体等に対し、私に関する保険(共済)契約締結の有無、契約状況および傷病内容(診断書等関係書類の開示を含む。)に関して照会し、回答を受理すること。

年 月 日

加入者 (患者様 / 承諾者)	氏 名	印
	生年月日	年 月 日
	住 所	

承諾者(加入者の法定代理人または共済金受取人等で署名捺印する場合)

承諾者 氏名 _____ 印
加入者との続柄 ()

■加入者(患者様)が署名・押印してください。

■加入者(患者様)が未成年者や成年被後見人である場合、またはお亡くなりになっている場合は、加入者(患者様)の法定代理人または共済金受取人様が加入者氏名および承諾者氏名の署名・押印をお願いします。

【契約者記入欄】※契約者と加入者が異なる場合のみご記入ください。

私は、日産労連・全労済が共済契約の存続および共済金の支払いに関する確認の範囲に限って、他の保険会社や共済団体、その他関係者に対し、私に関する保険(共済)契約締結の有無、契約状況および傷病内容(診断書等関係書類の開示を含む。)に関して照会をすること、および回答を受理することについて同意します。

年 月 日

契約者	氏 名	印
	生年月日	年 月 日

■契約者の方が署名・押印してください。