

共済会コード									
加入者コード									

共済会名	
組合員名	印 自筆の場合 押印 不要

被共済者氏名	
組合員からの続柄 (本人・配偶者・子・親・その他)	
生年月日	年 月 日 歳 性別
事 由	(傷病名) (病気・不慮事故・交通事故・その他)

医療共済	組織 ☐ 個人 ☐	高齢医療共済	☐
生命共済	組織 ☐ 個人 ☐	高齢生命共済	SA型 SB型
交通災害共済	組織 ☐ 個人 ☐	自転車災害共済	有
労働組合活動事故 見舞共済 ()	☐	共済	☐

該当の項目に○ (業務中 ・ 業務外) ※必ず記入してください

	死 亡	死亡年月日	年 月 日			
		共 済 金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円	
	後遺障害	障 害 等 級	級	障害固定日	年 月 日	
		共 済 金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円	
	入 院	入 院 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		日間	うち外泊 日間
			年 月 日 ~ 年 月 日		日間	うち外泊 日間
		共 済 金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円	
	安静休業	自 宅 安 静	年 月 日 ~ 年 月 日		日間	どちらかに○ 就労者
			年 月 日 ~ 年 月 日		日間	未就労者
		共 済 金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円	
	通 院	通 院 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		日間	どちらかに○ 接骨院なし
			年 月 日 ~ 年 月 日		日間	接骨院あり
		共 済 金	(組織) 円	(個人) 円	(小計) 円	

上記のとおり給付事由が発生しましたので、
必要書類を添えて共済金の申請をいたします。

共済会名・代表者名 年 月 日

印

事務局使用欄	給付制限等 有 無
☐ 別病、別年度有	☐ 事故証明書無
☐ 1年以上空き無	☐ 他覚所見無
☐ 加入期間制限有	☐ 接骨院有

共済金合計額
円
No.

全労連共済受付印
