

掲載されていない書類、ご不明な点はNCCU(組合)までお問い合わせください。
 共済フリーダイヤル:0120-372-931(平日9:30~17:00)

給付金の請求手続き

(1) 給付金支払の請求に必要な書類

各種給付金の請求に当たっては、必要な書類一式を共済事業局に提出して下さい。請求に必要な書類は、下記一覧表に記載の通りです。

	給付金支払請求書 (所定用紙)	同意書 (所定用紙) (注1) (注2)	病院の領収書および 診療明細書(コピー) (注3)	診断書(治療証明書) (所定用紙) (注3) (注4)	交通事故証明書 (自動車安全運転センター発行等) (注5) ※1	休業証明書 (所定用紙)	障害診断書 (所定用紙) ※1	戸籍謄本または 除籍後の謄本(学生証) (注6) ※1 ※2	死亡診断書または死体検案書 (コピー可)	給付金受取人の印鑑証明 (注7) ※2	死亡給付金に関わる同意書 (所定用紙) (注7)	臓器摘出手術証明書 (所定用紙)
入院給付金	◎	◎	◎	○	○							
休業保障特約給付金	◎	◎		◎	○	◎						
女性医療特約給付金	◎	◎		◎								
手術給付金	◎	◎	◎	○	○							
放射線治療給付金	◎	◎	◎	○								
ガン診断給付金 (ガン診断給付金上乘せ特約含む)	◎	◎		◎								
ガン患者申出療養保障給付金	◎	◎		◎								
高度障害給付金	◎	◎					◎	◎				
死亡給付金	◎							◎	◎	○	○	
※3 先進医療給付金	◎	◎		◎								
ドナー給付金	◎											◎

(注1) 給付金支払請求書または診断書では十分な判断を下せない場合に、医療機関に照会して追加情報を得るためです。

(注2) 同意書は今回の病気・ケガで受診したすべての医療機関が必要となります。

(注3) 下記(注4)以外の請求については、請求金額にかかわらず、領収書・診療明細書を添付して下さい。

(注4) 下記給付金を請求する場合には、原則診断書が必要となります。

- 成人病による入院・手術等基本保障の各種給付金
- 先進医療給付金
- ガン診断給付金(ガン診断給付金上乘せ特約含む)
- 女性医療特約給付金
- 休業保障特約給付金

ただし、他の保険会社等の診断書、健康保険の傷病手当金申請書のコピー等で代用できる場合がありますのでご相談下さい。

(注5) 交通事故による受傷の場合に、提出して下さい。自動車事故の場合は、免許証のコピーも添付して下さい。

(注6) 死亡・高度障害給付金受取人の関係確認、遺児年金給付対象者確認のためもれなく提出して下さい。遺児年金請求の場合には学生証のコピーの提出をお願いする場合があります。

(注7) 給付金受取人が配偶者以外の場合は必要となります。その際同意書の受取人欄には実印を捺印して下さい。

※1 U Aゼンセンの他の共済(傷害・賠償、生命、積立、年金等)の請求で原本を提出している場合は、その旨を明記すれば、コピーでも結構です。

※2 発行日から3カ月以内のものとしします。

なお、上記一覧表の請求書類の他に、別途書類を提出していただく場合があります。

※3 先進医療給付金で重粒子線治療・陽子線治療の技術料を保険会社から医療機関への直接払を希望される場合は、別途保険会社より加入者に対して書類を送付します。原則、治療開始日の3週間前までには、U Aゼンセン共済事業局へ連絡して下さい。

(2) 給付金支払請求書（所定用紙）の提出（資料 医-16）

① 〈組合員加入状況記入欄〉

- ・ 共済加入者番号、組合員名（フリガナ）、住所、電話、組合・支部名、組合・支部コードを記入してください。

② 〈傷病者状況記入欄〉

- ・ 請求者の欄は、組合員本人が記名してください。組合員本人が死亡または高度障害の場合のみ、指定された家族が請求することができます。
- ・ だれが（傷病者）の欄は実際に発病・受傷した人の氏名を記入し、必ず捺印してください。（実際に発病・受傷した人の請求の意思を確認するためです。）
- ・ 給付金種類欄は、該当に✓印をつけてください。
- ・ 治療内容または事故内容欄の傷病名は病院で診断された傷病名を記入してください。また、受診された医療機関が複数ある場合は①②にすべてご記入下さい。既往症・持病についてももちろんご記入下さい。

状況（治療内容、事故内容等）は診療に至るまでの経緯を詳細に記入してください。記入欄に書ききれない場合は、裏面に記入してください。

- ・ 入院・手術をした医療機関から本請求以外に請求する他の契約までの欄も漏れなく記入してください。

③ 〈給付金送金先指定欄〉

- ・ 給付金の送金先は、組合員または傷病者名義の口座としてください。送金先が組合員の掛金引落口座の場合は記入不要です。（未記入の場合は掛金引落口座へ振込みます。）
- ・ チェックオフ組合の場合は、必ず送金先を記入して下さい。

(3) 同意書の提出（資料 医-17）

同意書は、加入者の傷病に関し医療機関から給付の判断上必要な追加情報を入手することの同意を得るためのものですから、提出をお願いします。

資料 医-17

同 意 書

② 医療機関名： 友愛病院 御中 ① 2000年10月20日

主治医様

私は、貴方様がUAゼンセン福祉共済互助会またはその指定するもの（UAゼンセン福祉共済互助会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定する者等）に対して、共済契約及び保険契約の存続ならびに私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なうことについて同意します。

① 私の傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を提供すること。
 ② 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。
 ③ 私の傷病に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写しを提供すること。

UAゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険 御中

私は貴社または貴社が指定する者が、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。

③

住 所	〒102-8273 千代田区九段南4-8-16	
傷病者氏名	共 済 太 郎	(捺印)
生年月日	(昭和) 〇〇年 7月 14日	

④

傷病者との関係	<input type="checkbox"/> 親権者		◎
	<input checked="" type="checkbox"/> その他	関 係 : 妻	
		共 済 花 子	(捺印)

○ 太枠内には、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・ご捺印をお願いします。

- ① 同意書の作成日を記入して下さい。
- ② 今回の病気、ケガで受診された医療機関名を記入して下さい。
同意書は、今回の病気、ケガで受診されたすべての医療機関が必要となります。（例えば、ガン請求について、最初に受診された病院、入院・手術をした病院、転院しリハビリをした病院がある場合は3枚の同意書が必要となります。）
- ③ 太枠内は、傷病者本人が署名・捺印して下さい。
- ④ 事情により関係者が記載する場合は、太枠内は傷病者の記名のみとし、関係者欄に署名・捺印して下さい。

UAゼンセン医療共済
給付金支払請求書

UAゼンセン福祉共済互助会 御中

UAゼンセン医療共済専用

<個人情報の利用・取扱いの同意>

貴会が、本請求に関する個人情報(※)を、本請求への対応および適正な給付金支払いに必要な範囲内で取得・利用すること、また所属労働組合が行う給付手続き援助のために所属労働組合に本請求情報を提供すること、ならびに保険会社委託部分について東京海上日動が行う本請求への対応、適正な保険金の支払のために東京海上日動に本請求情報を提供することについて同意いたします。

(※)加入者の治療の内容・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等。

私は下記の内容が事実と相違ないことを確認し、給付金を請求いたします。

請求日 年 月 日

<組合員加入状況記入欄>

Form with fields for 共済加入者番号, フリガナ, 組合員名, 住所, 電話, 組合・支部名, UAゼンセン日本介護クラフトユニオン, 組合・支部コード, 0070000000.

<傷病者状況記入欄> ※傷病者が未成年の場合は親権者の方が(傷病者)欄をご記入・ご捺印してください。

Large form for injury details including 請求者*, 署名, だれが(傷病者), 性別, 年齢, 傷病名, 入院・手術をした医療機関, 治療期間, 入院日数, 手術, 放射線治療, 状況 (治療内容、事故内容等).

UAゼンセン医療共済規則第26条に基づく保険会社への委託部分の請求ならびに受領に関する権利をUAゼンセン福祉共済互助会に委任します。なお、本書の写真複写も同じ効力があることを認めます。

<給付金送金先指定欄>

Form for 給付金の送金先 with options for 銀行, 信用金庫, 本店, 普通, 口座No., 労働金庫, 相互銀行, 支店, 当座, 名義 (カタカナ).

★組合員の掛金引落口座に給付金を振込む場合は未記入で結構です。(また未記入の場合は組合員の掛金振込口座へ振込みます。)

★別途振込口座を指定される場合は記入して下さい。(ただし振込口座は組合員・傷病者の口座に限られます。)

★チェックオフ組合の場合は必ず記入して下さい。(ただし振込口座は組合員・傷病者の口座に限られます。)

- * 成人病(悪性新生物・糖尿病・心疾患・高血圧性疾患・脳血管疾患)および女性特約、ガン保障、女性特約、先進医療の保険金を請求いただく場合には診断書のご提出が必要となります。(それ以外の保障は不要)
- * 休業給付金を請求される際には、支払金額に関わらず所定診断書の提出が必ず必要となります。
- * 診断書不要の場合には、入院期間と手術名が分かる領収書と診療明細書のコピーを必ず添付ください。

【裏面】

- ※ 印刷する場合には、「両面印刷」をお願いします。
- ※ 「片面印刷」した場合は、【裏面】も忘れずにご提出ください。
(裏面に追記がない場合には表面のみで構いません。)

状況(治療内容または事故内容等) ※診療に至るまでの経緯を詳細にご記入ください。

UAゼンセン医療共済
給付金支払請求書

UAゼンセン福祉共済互助会 御中

UAゼンセン医療共済専用

〈個人情報利用・取扱の同意〉

貴会が、本請求に関する個人情報(※)を、本請求への対応および適正な給付金支払いに必要な範囲内で取得・利用すること、また所属労働組合が行う給付手続き援助のために所属労働組合に本請求情報を提供すること、ならびに保険会社委託部分について東京海上日動が行う本請求への対応、適正な保険金の支払のために東京海上日動に本請求情報を提供することについて同意いたします。

(※)加入者の治療の内容・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等。

私は下記の内容が事実と相違ないことを確認し、給付金を請求いたします。

請求日 2000年10月20日

① <組合員加入状況記入欄>

共済加入者番号	0:0:1:2:3:4:5:6:7:0	フリガナ 組合員名	キョウサイ タロウ 共 済 太 郎
住所	〒102-8273 千代田区九段南4-8-16		電話 (03) 3288 -3533
組合・支部名	市ヶ谷労働組合・東京支部		組合・支部コード 1:2:3:4:5:0:0:0:0

② <傷病者状況記入欄> ※傷病者が未成年の場合は親権者の方が(傷病者)欄をご記入・ご捺印してください。

請求者* (組合員名)	署名	共 済 太 郎		*請求者は組合員本人または医療共済規定第16条に定める給付金受取人となります。				
だれが(傷病者)	共 済 太 郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢	43 歳	組合員との関係	本人
給付金種類	<input checked="" type="checkbox"/> 入院給付金 <input checked="" type="checkbox"/> 休業保障特約給付金 <input type="checkbox"/> 女性医療特約給付金 <input checked="" type="checkbox"/> 手術給付金 <input type="checkbox"/> 放射線治療給付金 <input type="checkbox"/> ガン診断給付金 <input type="checkbox"/> ガン特約給付金 <input type="checkbox"/> ガン患者申出療養保障給付金 <input type="checkbox"/> 先進医療給付金 <input type="checkbox"/> 死亡給付金 <input type="checkbox"/> 高度障害給付金 <input type="checkbox"/> ドナー給付金 <input type="checkbox"/> 遺児年金 <input type="checkbox"/> 遺児入学祝金							
いつ(発病・受傷日)	2000年10月5日14時00分頃		事故日	年 月 日 時 分頃				
傷病名	鼠径ヘルニア		一番初めに病院に行かれた日(初診)	2000年10月5日				
入院・手術をした医療機関	医療機関名 友愛病院		初診日	2000年10月5日				
治療内容または事故内容	①	医療機関名	②	治療期間				
	治療期間	~ 年 月 日	治療期間	~ 年 月 日				
今回のおケガ・ご病気以外の既往症・持病	なし	あり	ある場合	傷病名	前立腺肥大	治療期間	〇〇年4月1日頃 ~ 〇〇年4月20日頃	
			ある場合	医療機関名	友愛病院	治療期間	~ 〇〇年4月20日頃	
入院日数	①2000年10月5日 ~ 2000年10月12日 (8 日間) ② 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)							
手術	①2000年10月6日 手術名(ヘルニア手術) ② 年 月 日 手術名()							
休業保障特約給付金請求の場合(休業保障特約を付帯されていない場合は記入不要です)								
休業日数(自宅療養)	①2000年10月13日 ~ 2000年10月16日 (4 日間)							
放射線治療	なし	あり	ある場合	照射中	照射期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
			ある場合	照射終了	照射期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
状況(治療内容、事故内容等)	※診療に至るまでの経緯を詳細にご記入ください。(追加で記入する場合は【裏面】にご記入ください)							
本請求以外に請求する他の契約	なし	あり	ある場合	団体・保険会社名	U A 生 命			

UAゼンセン医療共済規則第26条に基づく保険会社への委託部分の請求ならびに受領に関する権利をUAゼンセン福祉共済互助会に委任します。なお、本書の写真複写も同じ効力があることを認めます。

③ <給付金送金先指定欄>

給付金の送金先	<input type="radio"/> 銀行	<input type="radio"/> 信用金庫	<input type="radio"/> 本店	<input type="radio"/> 普通	口座No.	
	<input type="radio"/> 労働金庫	<input type="radio"/> 相互銀行	<input type="radio"/> 支店	<input type="radio"/> 当座	名義(カタカナ)	

★組合員の掛金引落口座に給付金を振込む場合は未記入で結構です。(また未記入の場合は組合員の掛金振込口座へ振込みます。)

★別途振込口座を指定される場合は記入して下さい。(ただし振込口座は組合員・傷病者の口座に限られます。)

★チェックオフ組合の場合は必ず記入して下さい。(ただし振込口座は組合員・傷病者の口座に限られます。)

- * 成人病(悪性新生物・糖尿病・心疾患・高血圧性疾患・脳血管疾患)および女性特約、ガン保障、女性特約、先進医療の保険金を請求いただく場合には診断書のご提出が必要となります。(それ以外の保障は不要)
- * 休業給付金を請求される際には、支払金額に関わらず所定診断書の提出が必ず必要となります。
- * 診断書不要の場合には、入院期間と手術名が分かる領収書と診療明細書のコピーを必ず添付ください。

同意書

年 月 日

医療機関名： _____ 御中

主治医 様

私は、貴方様がU Aゼンセン福祉共済互助会またはその指定するもの（U Aゼンセン福祉共済互助会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定する者等）に対して、共済契約及び保険契約の存続ならびに私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なうことについて同意します。

- ① 私の傷病に関する診断書・診療報酬明細書・その他の証明書を提供すること。
- ② 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。
- ③ 私の傷病に関する診療記録・検査資料を貸し出すこと、または写しを提供すること。

U Aゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険(株) 御中

私は貴社または貴社が指定する者が、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	⑩		
生年月日	(昭和 ・ 平成)	年	月 日
傷病者との関係	<input type="checkbox"/> 親権者	⑩	
	<input type="checkbox"/> その他	関 係	⑩

○ 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。

(4) 領収証・診療明細書を提出する場合

下記(5)の給付金を請求する場合以外は、請求金額にかかわらず、病院の領収証・診療明細書（コピー）を提出して下さい。

※日帰り入院の場合は、領収証・診療明細書に入院費の記載があることが必要です。

(5) 診断書（所定用紙）を提出する場合（資料 医-18）

下記給付金を請求する場合には、原則診断書が必要となります。

- ・成人病による入院・手術等基本保障の各種給付金
- ・先進医療給付金
- ・ガン診断給付金（ガン診断給付金上乘せ特約含む）
- ・女性医療特約給付金
- ・休業保障特約給付金

ただし、他の保険会社等の診断書、健康保険の傷病手当金申請書のコピー等で代用できる場合がありますのでご相談下さい。

診断書は給付の判断の重要な根拠となりますので、必ず所定の用紙を使用して下さい。簡易な診断書では、給付の判断ができない場合があります。

- ① 日帰り入院として認定されるためには、入院期間の欄に記載されていることが必要です。
- ② 休業保障特約給付金を請求する場合は、医師による「医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間」の記載に基づき、支払い日数を算出します。

※入院期間と就業が全く不可能と判断された期間が同一の場合、休業保障特約給付金はお支払い出来ません。（入院給付金と休業保障特約給付金の重複してのお支払いはしません。）

- ③ ガン（悪性新生物）の場合は、診断書に必要事項を記入してもらって下さい。

記入不足の場合には、ガン診断給付金の支払いができない場合がありますのでご注意下さい。（なお、ガン診断給付金は、入院給付金や手術給付金の請求に先立って請求することも可能です。）

診断書(治療証明書)

ご返送

医療機関提出用

※ 医療機関へこのままご提出ください。

UAゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険株式会社 宛

1. 氏名	フリガナ	カルテ番号	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日					
2. 傷病名	ア. 入院・手術・就業不能の原因となった傷病名	ICD-10() ICD-0-3()		症状出現または検査指摘時期 年 月 日 (頃) 医師推定 患者申告						
	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: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 必要な期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族に 年 月 日頃 病名()		を <input type="checkbox"/> 告げた <input type="checkbox"/> 告げていない						
	イ. 診断確定日	年 月 日		工. 該当区分						
	ウ. 状態	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中(寛解状態) <input type="checkbox"/> 治癒		【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)						
	エ. 性状	<input type="checkbox"/> 上皮内新生物(上皮内癌・非浸潤癌) <input type="checkbox"/> それ以外		カ. 大腸がんの場合						
	オ. 診断確定までに行われた検査項目および検査結果	検査項目		検査結果						
	病理組織学的検査			T() N() M()						
	細胞学的検査			ステージ分類 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ ⅠⅣの場合の判断根拠 <input type="checkbox"/> UICC <input type="checkbox"/> その他()						
4. 既往症	ア. 悪性新生物	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名:	医療機関名	年 月 日					
	イ. 上記以外	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名:	医療機関名	年 月 日					
5. 前医・紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名:	初診日	年 月 日(頃)						
6. 診療機関	初診日		入院手術が決定した日		年 月 日					
7. 入院期間	1回目	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 当院入院中 <input type="checkbox"/> 他院入院中	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> その他()					
	2回目	年 月 日 ~ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 当院入院中 <input type="checkbox"/> 他院入院中	<input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 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。										
8. 手術	○腹腔・胸腔ドレナージ、ステント交換術、ポット留置等を含みます。 ○一連の治療過程に連続して施行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は、同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。									
	1. 開腹術 2. 穿銃術 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. 経経的 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()									
	↓ 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。									
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・靭帯の切開手術を	手指・足指の場合、MP関節を含め手術野が中枢側に	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	臓器摘出の場合
K-			年 月 日	左	親血	伴う	及ぶ	削った	25cm以上	全摘
				右	非親血	伴わない	及ばない	削らず	25cm未満	一部
K-			年 月 日	左	親血	伴う	及ぶ	削った	25cm以上	全摘
				右	非親血	伴わない	及ばない	削らず	25cm未満	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. 乳房手術の場合	「皮膚を切開し、病変部を切除した手術」に該当しますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
10. 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	総重量	状況					
			年 月 日	Gy	照射予定(照射中) 完了					
11. 抗悪性腫瘍剤	治療内容(薬剤名)	開始	年 月 日							
12. 先進医療(左右対称の場合はそれぞれご記入ください)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	技術名	実施日	技術料	円					
			年 月 日		円					
13. 患者申出療養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種類:	年 月 日 (回)	当該患者申出療養に係る承認年月日	年 月 日					
		実施日:		受療者が支払った患者申出療養の「技術料」	円					
14. 医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間	年 月 日 ~		年 月 日							

お願い①
訂正がある場合、必ず証明印による訂正を押印してください。
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いたします。

上記の通り証明します。 証明日 年 月 日

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

代理店受領日 弊社受領日

印

診断書(治療証明書)

ご返送

医療機関提出用

※ 医療機関へこのままご提出ください。

UAゼンセン福祉共済互助会・東京海上日動火災保険株式会社 宛

1. 氏名		フリガナ	カルテ番号	性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	年	月	日		
2. 傷病名	ア. 入院・手術・就業不能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.との関係性: (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()告げた()告げていない()			【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)					
	イ. 診断確定日	年 月 日			エ. 該当区分	【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			エ. 該当区分	【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)				
	オ. 性状	上皮内新生物(上皮内癌・非浸潤癌)・それ以外			カ. 大腸がんの場合	深達度: S / SM以深				
	キ. 診断確定までに行われた検査項目および検査結果	検査項目			検査結果		TNM分類			
	病理組織学的検査						T() N() M()			
	細胞学的検査	()検査					ステージ分類 I・II・III・IV I V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. 診療機関	初診日		年 月 日	入院手術が決定した日			年 月 日			
7. 入院期間	1回目	年 月 日 ~ 年 月 日			入院中	入院中	退院	その他()		
	2回目	年 月 日 ~ 年 月 日			入院中	入院中	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。										
8. 手術	○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施行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は、同一手術欄に全ての手術日をご記入ください。									
	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()									
	↓ 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。									
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・切開手術を	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	臓器摘出の場合
K-			年 月 日	左	観血	伴う	及ぶ	削った	25cm以上	全摘
K-			年 月 日	右	非観血	伴わない	及ばない	削らず	25cm未満	一部
K-			年 月 日	左	観血	伴う	及ぶ	削った	25cm以上	全摘
K-			年 月 日	右	非観血	伴わない	及ばない	削らず	25cm未満	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. 乳房手術の場合	「皮膚を切開し、病変部を切除した手術」に該当しますか? (はい)・(いいえ)									
10. 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		総重量	状況				
			年 月 日	年 月 日	Gy	照射予定(照射中) 完了				
11. 抗悪性腫瘍剤	治療内容(薬剤名)	開始			年 月 日					
12. 先進医療 (左右対称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	年 月 日	円					
13. 患者申出療養	有・無	種類:	実施日:		当該患者申出療養に係る承認年月日		年 月 日			
			年 月 日 (回)	受療者が支払った患者申出療養の「技術料」		円				
14. 医学的に現在の業務への就業が全く不可能と判断された期間	年 月 日 ~ 年 月 日									

お願ひ①
訂正がある場合、必ず証明印による訂正印を押印ください。
お願ひ②
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。
医療機関 病院(診療所)所在地

証明日 年 月 日

代理店受領日 弊社受領日

病院(診療所)名称・診療科

電話番号

医師名

・本休業証明書とともに、医師の診断書
(自宅療養が必要と思われる期間の
記載があるもの)の提出が必要です。

休業証明書(兼 就業不能状況報告書)

※本人記入欄(会社による記入も可能)

氏名			
住所			TEL:() -
勤務先の名称			仕事の内容
勤務先の住所			TEL:() -
受傷または発病日時	年 月 日	午前 午後	時 分頃
受傷または発病の状況 (傷病名)			
治療期間	入院:	年 月 日 から	年 月 日まで 日間
	通院:	年 月 日 から	年 月 日まで 日間

※会社記入欄

休業期間	病気またはケガにより実際に休んだ期間(公休・有給を含む)をお書き下さい。 期間: 年 月 日 から 年 月 日まで 日間 上記休業期間中ご本人の半休・出勤日があれば、その日を具体的に記入して下さい。
勤務形態	契約上の週の勤務日数をご記入ください。(正社員を除く)

上記の通り相違ないことを証明いたします。

年 月 日

会社名 _____

部署名 _____

役職 _____

氏名 _____ 役職印

会社TEL () -

加入者との関係 1 総務・人事の責任者

2 直属の上司

*** 押印については、必ず役職印をお願いします。**

(6) 休業証明書(所定用紙)の提出(資料 医-19)

医師の治療を受け、かつ業務に全く従事できず、5日以上継続して自宅療養した場合は、医師の診断書に加えて休業証明書の提出が必要です。

① 休業期間の欄には、加入者が病気またはケガで実際に休んだ期間を記入して下さい。(証明日より先の休業期間は認められません)

その期間中加入者が出勤したり、半休をとった場合は、その内訳も記入して下さい。

② 証明者は、加入者の勤務管理の責任者ということで、1 総務・人事の責任者、または2 直属の上司の方をお願いして下さい。

資料 医-19

U A ゼンセン
福祉共済互助会 御中

・本休業証明書とともに、医師の診断書
(自宅療養が必要と思われる期間の記載があるもの)の提出が必要です。

休業証明書(兼 就業不能状況報告書)

※本人記入欄(会社による記入も可能)

氏名	共 済 太 郎		
住所	東京都千代田区九段南4-8-16	TEL:(03) 3288 - 3533	
勤務先の名称	市ヶ谷繊維(株)	仕事の内容	事務
勤務先の住所	東京都千代田区丸の内1-2-1	TEL:(03) 3211 - 1111	
受傷または発病日時	2000年 10月 5日 午前 14時 00分頃 午後		
受傷または発病の状況 (傷病名)	左外鼠径ヘルニア		
治療期間	入院: 2000年 10月 5日 から 2000年 10月 12日まで 8日間		
	通院: 2000年 10月 13日 から 2000年 10月 20日まで 8日間		

※会社記入欄

休業期間	<p>病気またはケガにより実際に休んだ期間(公休・有給を含む)をお書き下さい。</p> <p>期間: 2000年 10月 5日 から 2000年 10月 20日まで 16日間</p> <p>上記休業期間中ご本人の半休・出勤日があれば、その日を具体的に記入して下さい。</p> <p>10月5日~10月19日まで全日休業</p> <p>10月20日は半日休業。10月21日より出勤。</p>
勤務形態	<p>契約上の週の勤務日数をご記入ください。(正社員を除く)</p> <p>週3日勤務</p>

上記の通り相違ないことを証明いたします。

2000年 10月 21日

会社名 市ヶ谷(株)

部署名 総務部

役職 部長

氏名 日本 一郎 役職印

会社TEL (03) 3211 - 1111

加入者との関係 1 総務・人事の責任者

2 直属の上司

* 押印については、必ず役職印をお願いします。

障害診断書

1. 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	2. 生年月日	年 月 日
3. 住所	8. 受傷(発病)日 年 月 日 (医師推定) (患者申告)		
4. 傷病名	9. 初診日 年 月 日		
5. 4の原因	10. 入院日 年 月 日 (医師推定) (患者申告)		
6. 障害の部位	11. 退院日 年 月 日 ・現在入院中 年 月 日		
	12. 終診日 年 月 日 現在治療中(当院・他院)		
7. 今回の受傷以前にあった身体障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	13. 前医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
14. 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			
15. 視力障害	裸眼視力・矯正視力		矯正不能・不適の場合は
右眼	()	()	その理由 ()
左眼	()	()	
16. 聴力障害	該当する項目に○印をつけてください	17. (下記A~Cのうち該当する項目に○印をしてください)	
a. 聴力レベル	500Hz 1000Hz 2000Hz 4000Hz 右()db()db()db()db 左()db()db()db()db	A. 通常の飲食物が食べられる B. かゆ食またはこれ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	
18. 言語機能の障害	(程度) A. 言語機能のそう失(音声語による意思の疎通が全くできない) 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) 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かるうじて可能) D. その他	(原因) a. こう頭てき出(1. 全部 2. 一部) b. 中枢性失語症 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()	
19. 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、介護の要否に関して、下記の項目のうち、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 衣服着脱・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、自力で排せつできるが、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. 通常の身のまわりの動作が可能 イ. ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴かるうじて可能 ウ. ベッド上の起居・周辺歩行のみかるうじて可能 エ. ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能 オ. 全くのねたきり状態	ア. 通常精神(知能)状態 イ. 障害が軽度で監視介助は不要 ウ. 障害が中等度で大部屋での監視介助が必要 エ. 障害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要
20. 脊柱障害	A 運動障害 B 変形障害	頸椎 前屈(0°~°) 後屈(0°~°) 右旋(0°~°) 左旋(0°~°) 右屈(0°~°) 左屈(0°~°)	胸腰椎 前屈(0°~°) 後屈(0°~°) 右旋(0°~°) 左旋(0°~°) 右屈(0°~°) 左屈(0°~°)
通常衣服を着用しても外部から見て、		明らかにわかる	わからない

お願い
訂正の場、訂正の項目は正印を必ずおつけねて願います。
訂正の項目は正印を必ずおつけねて願います。
訂正の項目は正印を必ずおつけねて願います。

21. (四肢、手指、足指の切断の場合は、切断箇所にはっきり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。)

(左手骨) (右手骨)
遠位指節間関節 近位指節間関節 中足指節間関節 リスフラン関節 (左足骨)
指節間関節 指骨 中足骨 シヨバール関節 足根骨
遠位指節間関節 近位指節間関節 中手指節間関節 (右手骨)
指節間関節 指骨 中手指節間関節
右下肢短縮 (cm) 左下肢短縮 (cm)

22. 手指・足指の運動障害

右手指・足指	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	* 母指については、記入の必要はありません。	
遠位指節間関節	伸展度	屈曲度	伸展度	屈曲度	伸展度		屈曲度
近位指節間関節	()	()	()	()	()		()
中手指節間関節	()	()	()	()	()		()
足	()	()	()	()	()		()
左手指・足指	伸展度	屈曲度	伸展度	屈曲度	伸展度		屈曲度
遠位指節間関節	()	()	()	()	()	()	
近位指節間関節	()	()	()	()	()	()	
中手指節間関節	()	()	()	()	()	()	
足	()	()	()	()	()	()	

23. 四肢関節の運動障害

部位	運動の種類	伸展度~屈曲度	内転度~外転度	内旋度~外旋度
関節	右	~	~	~
	左	~	~	~
	右	~	~	~
	左	~	~	~
	右	~	~	~
	左	~	~	~

24. その他の障害状態の有・無(例えば、鼻の欠損・機能障害など)

25. 回復の可能性と症状の固定についての意見(15~24項目)

症状の固定時期 年 月 日頃

上記のとおり診断します。平成 年 月 日

所在地 病院又は診療所の名称 医師氏名

印

(8) 死亡給付金の請求手続き

1) 死亡給付金の受取人は、以下の順位の高順位者のどなたかとなります。

- ① 配偶者（内縁を含む）
- ② 子 供
- ③ 養父母
- ④ 実父母
- ⑤ 孫
- ⑥ 祖父母
- ⑦ 兄弟姉妹

2) 上記で給付金の受取人が複数いる場合は、所定の「死亡給付金に関わる同意書」により代表者を決めて請求してください。ただし配偶者が受取人になる場合は不要です。(資料 医-21)

なお、死亡された方に生計を同一にする就学中の満23歳未満の子供がいる場合には遺児年金が給付されますが、その給付金については、戸籍謄本の内容で判断させていただきます。

資料 医-21

死亡給付金に関わる同意書

UAゼンセン 福祉共済互助会御中 提出日 2000年 10 月 10 日

死亡した (氏名) 共 済 太 郎 に関わる死亡給付金の請求および受領については

(受取人氏名) 共 済 一 郎 を代表者とする事に同意いたします。

また、他からこの給付金の受領について異議の申立てがあった場合は、私(受取人)が責任をもって処理し、貴同盟には迷惑をかけません。

共済加入者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 0
組合員名	共 済 太 郎
死亡者名	共 済 太 郎
給付金額(請求金額)	円
死亡年月日	2000年 9 月 14 日
死亡状況等	別紙「給付金支払請求書」記載の通り。

相続人記名捺印欄
※法定相続人が複数いる場合は、下記、署名・捺印して下さい。

住所 (受取人)	東京都千代田区九段南 4-8-6	氏名 (受取人)	共 済 一 郎
住所	"	氏名	共 済 恵
住所	"	氏名	印
住所		氏名	印
住所		氏名	印

(注1) 代表者(受取人)のみ印鑑証明書を添付して下さい。
(注2) 相続人が未成年者の場合、親権者または後見人の記名・捺印が必要です。

死亡給付金に関する同意書

UAゼンセン 福祉共済互助会御中

提出日 年 月 日

死亡した

(氏名)

に関する死亡給付金の請求および受領については

(受取人氏名)

を代表者とすることに同意いたします。

また、他からこの給付金の受領について異議の申立てがあった場合は、私(受取人)が責任をもって処理し、UAゼンセンには迷惑をかけません。

共済加入者番号	
組合員名	
死亡者名	
給付金額(請求金額)	円
死亡年月日	年 月 日
死亡状況等	別紙「給付金支払請求書」記載の通り。

相続人記名捺印欄

*法定相続人が複数いる場合は、下記へ署名・捺印して下さい。

住所 (受取人)		氏名 (受取人)	実印
住所		氏名	印

(注1) 代表者(受取人)のみ印鑑証明書を添付して下さい。

(注2) 相続人が未成年者の場合、親権者または後見人の記名・捺印が必要です。