

掲載されていない書類、ご不明な点はNCCU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) 事故の報告と給付金の請求方法

#### 1) 短期休業保障特約に加入している場合

- ① 免責期間（就業障害が開始した日から90日）経過後、「事故報告書」、「就業障害状況報告書」に必要事項を記入の上、組合経由で共済事業局までご提出ください。

内容の確認ができましたらご連絡致しますので、その後「同意書」「診断書」「給付金請求書」「給与明細書」「源泉徴収票」等を提出してください。（場合によっては、再度「就業障害状況報告書」を提出していただくことがあります。）

※給付金は1ヶ月単位で受け取ることはできますが、給付金請求の都度、「診断書」等の書類が必要となる（作成費用はご加入者のご負担）のため、2～4ヶ月毎に請求される場合が多いです。

#### 2) 短期休業保障特約に加入していない場合

- ① 免責期間終了時の通知

免責期間（就業障害が開始した日から90日）経過後「事故報告書」「就業障害状況報告書」に必要事項を記入の上、組合経由で共済事業局までご提出下さい。

（交通事故の場合は「運転免許証」のコピーを添付してください。）

※診断書の取付けは基本的には必要ありません。但し、加入してから1年未満の休業開始については診断書の取付けをしてください。また、加入1年以上の場合でも、状況に応じて診断書の取付けをお願いする場合があります。

- ② 無給付期間の報告

無給付期間中は、就業障害状況の確認のため、6ヶ月毎に「就業障害状況報告書」を提出してください。

- ③ 無給付期間（15ヶ月）終了後の請求

無給付期間終了後、「就業障害状況報告書」「診断書」「同意書」「給付金請求書」「給与明細書」「源泉徴収票」等を提出してください。

※給付金は1ヶ月単位で受け取ることはできますが、給付金請求の都度、「診断書」等の書類が必要となる（作成費用はご加入者のご負担）のため、2～4ヶ月毎に請求される場合が多いです。

\* 1)、2) いずれの場合も必要書類が個人ごとになる場合がありますので、その際は都度ご対応ください。

★ 給付金支払の請求に必要な書類 ★

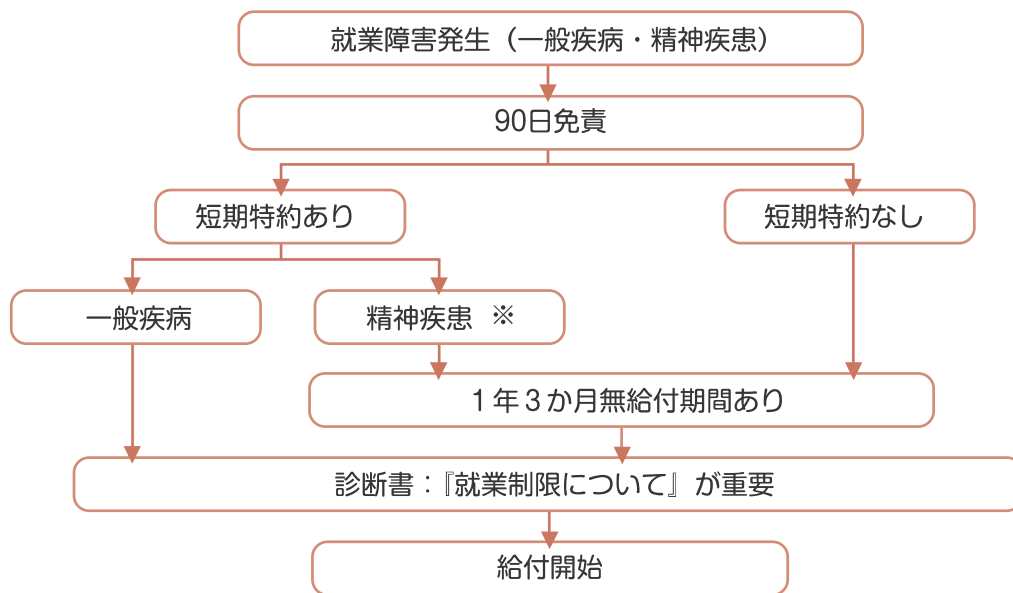
各時期の請求に当たっては、必要な書類一式を共済事業局に提出して下さい。請求に必要な書類は、下記一覧表に記載の通りです。

提出書類		提出時期	事故報告書 (所定用紙)	就業障害状況報告書 (所定用紙)	診断書 (所定用紙)	同意書 (所定用紙)	給付金請求書 (所定用紙)	徴収票、所得証明書など 給与所得の源泉 給与支給明細書、 (コピー可)	運転免許証 運転中の事故の場合 車、バイク等を (本籍を隠してコピー)
短期休業保障 特約あり	免責期間(90日)終了後	○	○	△					
	内払時(請求の都度)		○	○	○	○	○	○	△
短期休業保障なし	免責期間(90日)終了後	○	○	△					
	無給付期間(1年3か月)中		△						
	無給付期間(1年3か月)終了後		○	○	○	○	○	○	△
	内払時(請求の都度)		○	○	○	○	○	○	△

○印は、原則として常に必要な書類。△印は、場合によって必要なもの。  
 短期休業保障特約ありの場合は、上記(1)①の通り、一旦「事故報告書」「就業障害状況報告書」を提出し、後日残りの書類を提出することになります。  
 なお、上記一覧表の書類の他に、別途書類を提出いただく場合があります。

参考

【給付までの流れ】



※精神疾患は3年9か月を限度

(2) 請求書類の書き方 (記入例)

<事故報告書> 資料 給-7

- ① 共済加入者番号～加入タイプを記入して下さい。
- ② 発病・受傷についてご記入下さい。報告の内容は、できるだけ具体的に記入して下さい。

資料 給-7

給与保障共済		事故報告書				
UAゼンゼン福祉共済互助会 東京海上日動火災保険株式会社		御中				
<p>(個人情報利用・取扱の同意)</p> <p>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の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および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。</p> <p>(※)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。</p>						
		報告日	2000年8月15日			
①	共済加入者番号	0012345670	組合・支部名	市ヶ谷・東京	組合・支部コード	1234500000
	加入者名	共済太郎	生年月日	昭和00年7月14日(00歳)	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	住所	千代田区九段南4-8-16		電話番号	03-3288-3533	
	加入タイプ	<input type="radio"/> 8型 <input type="radio"/> 10型 <input type="radio"/> 15型 <input checked="" type="radio"/> 20型 <input type="radio"/> 25型 <input type="radio"/> 30型 <input type="radio"/> 35型 <input type="radio"/> 40型 <input type="checkbox"/> 短期休業保障特約 <input type="checkbox"/> 有				
②	発病・受傷日時	2000年4月1日 <input type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 10時00分頃				
	傷病名	脳梗塞		届出官公署		
	治療内容 治療経過	2000年4月1日脳梗塞と診断。 意識障害と右半身麻痺により、そのまま入院・治療に入った。 5月半ばからは機能回復訓練を開始し、2000年6月26日退院。 現在は通院中であるが、就業は困難な状況で休業中。				
		発病日または受傷日	2000年4月1日 不詳			
治療期間	<input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 通院	2000年4月1日より2000年6月26日:病院名 友愛大学付属病院				
	<input type="radio"/> 入院 <input checked="" type="radio"/> 通院	2000年6月27日より2000年8月15日:病院名 友愛大学付属病院				
	入院・通院	年 月 日より 年 月 日:病院名				
休業期間		2000年4月1日から 2000年8月15日まで  137日間	名称	友愛大学付属病院		
			所在地	東京都千代田区九段北5-7-20		
			電話番号	03-3288-3708		
			診察券番号	E762145		
			担当科・医師名	脳神経外科・千代田一郎		
給付金書類について		*1 必要書類は、組合に備えてあります。 *2 各書類は、コピーしてご使用ください。				

# 事故報告書

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

御中

〈個人情報の利用・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の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および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。


		報告日		年 月 日	
共済加入者番号	組合・支部名		組合・支部コード		
加入者名	生年月日	年 月 日( 歳)		男・女	
住所	電話番号		- -		
加入タイプ	8型 10型 15型 20型 25型 30型 35型 40型			短期休業保障特約	有
発病・受傷日時	年 月 日		午前 午後	時 分頃	
傷病名	届出官公署				
治療内容 治療経過					
	発病日または受傷日	年 月 日 . 不詳			
治療期間	入院・通院	年 月 日より		年 月 日:病院名	
	入院・通院	年 月 日より		年 月 日:病院名	
	入院・通院	年 月 日より		年 月 日:病院名	
休業期間	年 月 日から		医療機関	名称	
	年 月 日まで			所在地	
	日間			電話番号	
				診察券番号	
			担当科・医師名		

給付金書類について \*1 必要書類は、組合に備えてあります。  
\*2 各書類は、コピーしてご使用ください。

<就業障害状況報告書> 資料 給-8

- ① 報告書の前段は加入者本人が記入して下さい。
- ② 後段は事業主に記入してもらって下さい。

資料 給-8

就業障害状況報告書(GLTD用)				A
東京海上日動火災保険株式会社 宛				
<b>就業障害になられた方(被保険者)がご記入ください。</b>				
フリガナ	キョウサイ タロウ	生年月日	性別	
被保険者氏名	共 済 太 郎	昭和 〇〇年 7月 14日 (平成)	( 男 ・ 女 )	
以下は初回ご提出時のみご記入ください。				
休業開始前の職務の内容		入社年月日		
事務		20〇〇年 5月 10日		
休業開始日 (有給休暇日を含めて)		20〇〇年 4月 1日		
<b>人事ご担当者がご記入ください。</b>				
就業障害状況(有給休暇期間を含む)※前回ご記入いただいた以降の分についてご記入ください。				
(1) 休業 について	休業期間		公的給付の申請および 受給権の有無	公的給付の種類
	休業期間① (有給休暇期間含む)	20〇〇年 4月 1日 ~ 20〇〇年 11月 30日	受給権 (有)・(無)	① 傷病手当金
	上記のうち 有給休暇期間	20〇〇年 4月 1日 ~ 20〇〇年 5月 30日	申請 (有)・(無)	② 労災
	【備考欄】 上記期間のうち、4月3日は引き継ぎのため、半日勤務 (上記期間内でリハビリ出勤や引継ぎで途中出社された日などもご記入ください。)		「無」の 場合 その理由	③ その他: 年金など
(2) 職場 復帰 について	休業期間② (有給休暇期間含む)		受給権 (有)・(無)	① 傷病手当金
	上記のうち 有給休暇期間		申請 (有)・(無)	② 労災
	【備考欄】 (上記期間内でリハビリ出勤や引継ぎで途中出社された日などもご記入ください。)		「無」の 場合 その理由	③ その他: 年金など
	記入日現在の復職状況			
完全復職日		年 月 日	退職日	年 月 日
以下は就業制限がある場合のみご記入ください。				
就業障害前の所定の勤務時間		( 週 ) 5 日 (1 日) 7 時間 分		
就業制限がある場合 は具体的な内容	期間	20〇〇年 12月 1日 ~ 年 月 日 (記入日現在継続中)		
	勤務時間	( 週 ) 5 日 (1 日) 3 時間 分		
	内容	主治医の指示あり ・ <産業医の指示あり> ・ <指示なし> 勤務内容や時間等を具体的に記入してください。 20〇〇年12月1日~20〇〇年3月1日まで半日勤務		
以下は現在、復職されておらず、今後の復職予定がおわかりの場合のみご記入ください。				
復職予定日		年 月 日頃		
*1 完全復職とは、休業前と同様の就業状態で業務に復帰することをいい、残業を含め就業に制限がない状態をいいます。				
*2 就業制限とは、傷病によって職務内容の変更または時間短縮勤務、残業時間制限等といった状態で業務に復帰することをいいます。				
上記の内容に相違がないことを証明します。				
事業主住所 〒 100 - 0005 東京都千代田区丸の内 1 - 2 - 1		記入日	20〇〇年 3月 1日	
事業主名 日本繊維株式会社				
(ご担当者氏名 : 山田 一郎 所属: 総務部 TEL: 03 - 3285 - 1888 )				
<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、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認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。 (*)詳しくは、弊社ホームページ( <a href="http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/">http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/</a> )をご参照ください。		代理店受領日	弊社受領日	

東京海上日動火災保険株式会社 宛

就業障害になられた方(被保険者)がご記入ください。

フリガナ	生年月日	性別
被保険者氏名	昭和 年 月 日 (男・女)	
	平成 年 月 日	
以下は初回ご提出時のみご記入ください。		
休業開始前の職務の内容	入社年月日	
	年 月 日	
休業開始日 (有給休暇日を含めて)	年 月 日	

人事ご担当者がご記入ください。

就業障害状況(有給休暇期間を含む)※前回ご記入いただいた以降の分についてご記入ください。

休業期間		公的給付の申請および受給権の有無	公的給付の種類
休業期間① (有給休暇期間含む)	年 月 日 ~ 年 月 日	受給権 有・無	① 傷病手当金
上記のうち 有給休暇期間	年 月 日 ~ 年 月 日	申請 有・無	② 労災
【備考欄】		「無」の場合 その理由	③ その他:年金など
(上記期間内でリハビリ出勤や引継ぎで途中入社された日などもご記入ください。)			
休業期間② (有給休暇期間含む)	年 月 日 ~ 年 月 日	受給権 有・無	① 傷病手当金
上記のうち 有給休暇期間	年 月 日 ~ 年 月 日	申請 有・無	② 労災
【備考欄】		「無」の場合 その理由	③ その他:年金など
(上記期間内でリハビリ出勤や引継ぎで途中入社された日などもご記入ください。)			
記入日現在の復職状況	① 完全復職*1 ② 復職していない ③ 就業制限*2 ④ 退職済		
完全復職日	年 月 日	退職日	年 月 日
以下は就業制限がある場合のみご記入ください。			
就業障害前の所定の勤務時間	( 週 ) 日 (1日) 時間 分		
就業制限がある場合は具体的な内容	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	・記入日現在継続中
		主治医の指示あり	・産業医の指示あり
		指示なし	
勤務時間	( 週 ) 日 (1日) 時間 分		
内容	勤務内容や時間等を具体的に記入ください。		
以下は現在、復職されておらず、今後の復職予定がおわかりの場合のみご記入ください。			
復職予定日	年 月 日頃		

\*1 完全復職とは、休業前と同様の就業状態で業務に復帰することをいい、残業を含め就業に制限がない状態をいいます。

\*2 就業制限とは、傷病によって職務内容の変更または時間短縮勤務、残業時間制限等といった状態で業務に復帰することをいいます。

上記の内容に相違がないことを証明します。

記入日	年 月 日
-----	-------

事業主住所 〒	-
事業主名	印
(ご担当者氏名 : 所属: TEL: - )	

<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、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認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。  
(\*)詳しくは、弊社ホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

代理店受領日	弊社受領日