

全国商工会 会員福祉共済 医療特約・トータルがんプラン・シンプルがんプラン 共済金・保険金請求書

全国商工会連合会 東京海上日動火災保険株式会社 御中

* 請求者は被共済者ご自身になります。被共済者ご自身がご記入・ご捺印下さい。

記入日 年 月 日

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・保険金を請求しますので、下記口座にお振込みください。

【ご注意】全国商工会連合会は以下全国連、東京海上日動火災保険株式会社は以下東京海上日動、都道府県連合会及び市町村商工会は以下傘下団体、と略します。

- * 本医療特約・トータルがんプラン・シンプルがんプランの補償額の一部は東京海上日動の医療保険又はがん保険の単独あるいは両方で引受を行っております。
* ご請求書類をご提出いただいた後、共済金・保険金のお支払までの調査・確認は東京海上日動で行います。
* 共済金・保険金の支払は口座振込となり、振込先は原則として被共済者の口座とします。

<重要事項>

- 1. 全国連・東京海上日動が、本請求に関する個人情報(*)を、共済・保険引受の判断、本請求への対応(関係先への照会等事実関係の調査や関係する損害保険について保険会社間や東京海上日動グループ内での確認を含みます。)、共済金・保険金の支払および各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用すること、また、本請求に関する医療情報を共済金・保険金支払のために必要な範囲で使用・取得・利用することに同意します。
2. 全国連が適正な共済金の支払を行うために東京海上日動が受領した医療情報および保険金支払に関する判定の結果を全国連に提供すること、また、その情報を全国連が被共済者への説明等のために傘下団体に提供することに同意します。
3. 傘下団体が、会員の確認、加入者からの照会・応答、共済引受の判断、本請求への対応および各種情報・サービスの提供に利用するために、全国連・東京海上日動がご請求に関する個人情報(*)を傘下団体に提供すること、また本請求への対応のために、傘下団体が、本事故に関する個人情報を全国連・東京海上日動に提供することに同意します。
4. 本請求に関する共済金と保険金を全国連より一括受領するため、当該保険金を全国連に支払うことに同意します。
(*)被共済者(共済の対象となる方)の治療内容・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を含みます。

請求種類 (該当種類にチェック下さい。両方なら両方にチェック下さい)

- 医療特約
トータルがんプラン(「がん」重点補償)
シンプルがんプラン

上記□にチェックの後、下記欄に加入者名・契約者番号・被共済者コードをご記入下さい。

(※被共済者は同じだが、加入者が例えば一つは法人一つは個人、と言ったケースも考えられます。この様なケースには2つともご記入下さい)

Table with 4 columns: 加入者名, 契約者番号, 被共済者コード, 加入者名, 契約者番号, 被共済者コード

被共済者 共済金保険金請求者
フリガナ住所 都・道府・県 TEL
フリガナ被共済者 性別 生年月日 加入者との関係
親権者 被共済者が未成年の場合は請求者は親権者になります。
代理請求者 被共済者が重篤な病状等で請求行為を行えない場合には配偶者や子供の方等に代理請求して頂きます。

受取口座
下記指定の金融機関口座への振込をもって、共済金・保険金を受領したものと認めます。
銀行・信用金庫 本店 支店 出張所
信用組合・農協・漁協

受付番号 県名 商工会名 (13.10改)
商工会(受付完了) 県連 全国連 システム 東京海上日動
20年 月 日 20年 月 日 20年 月 日 20年 月 日 20年 月 日

被共済者名

傷病・治療の内容 *この欄はご病気・おけがの両方につきご記入ください。				
病名			部位	頭・顔・頸・腰・腕・手・脚・足・手指・足指・その他()
発病日	年	月	日	初診日 年 月 日
入院	入院のご請求の際は、診療明細書または領収書(コピー)をご提出ください。			
	【入院①】 年 月 日 ~ 年 月 日		【入院②】 年 月 日 ~ 年 月 日	
手術	手術のご請求の際は、診療明細書(コピー)をご提出ください。なお、必要に応じて医療確認を実施する可能性もございますのでご了承願います。診療明細書内では表示されない手術もございますのでご記入願います。			
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【手術①】 手術日: 年 月 日 手術名(ご不明な場合には手術内容):	【手術②】 手術日: 年 月 日 手術名(ご不明な場合には手術内容):	
放射線 温熱療法	放射線・温熱療法のご請求の際は、診療明細書(コピー)をご提出ください。			
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【照射日】(全ての照射日を箇条書きでご記入下さい。例:1/5、1/7、1/10...3/5) 照射中 照射終了		
医療機関	【名称】(例:●●病院等)			
今回のおけが・ご病気で上記医療機関以外で受けた治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【医療機関名】 【初診日】 年 月 日 【治療期間】 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃		
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【傷病名】 【初診日】 年 月 日 【治療期間】 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃	【医療機関名】	
その他 *上記以外の入院期間など、記入欄が不足する場合は下欄にご記入下さい。				

事故の内容 *この欄はおけがの場合のみご記入ください。>					
事故状況・免許内容	日時	20 年 月 日 午前・午後 時頃	場所	市 区 区・郡 町・村	
	状況				
	*運転免許証内容(被保険者ご自身が自動車・自動二輪車・原付自転車を運転中の事故の場合、免許証から転記してください。)				
	有効期限	20 年 月 日まで有効	免許証番号	第 号	
	免許種類 □にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 大 型 <input type="checkbox"/> 中 型 <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 大 特 引 <input type="checkbox"/> 自 二 輪 <input type="checkbox"/> 小 特 引 <input type="checkbox"/> 原 付 <input type="checkbox"/> けん引 <input type="checkbox"/> 大 型 <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 大 特 引 <input type="checkbox"/> けん引	届出官公署名 (警察・消防署等)		