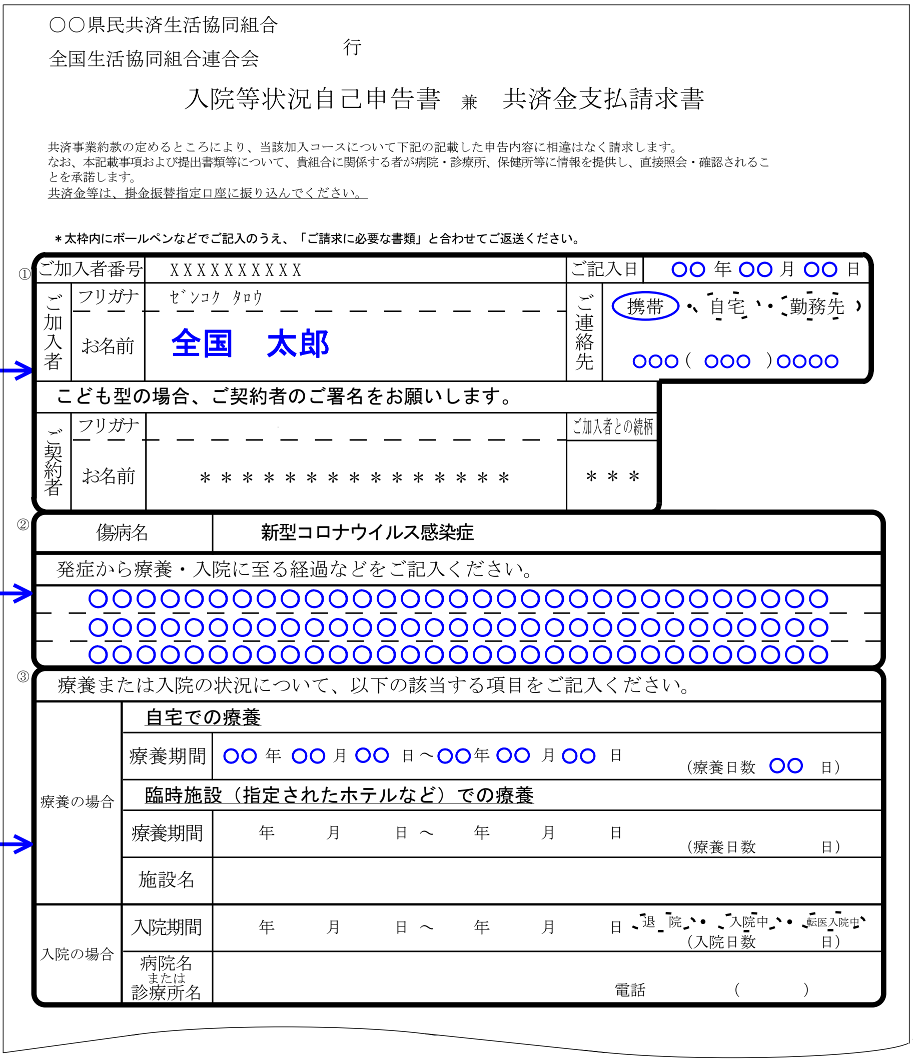
「入院等状況自己申告書兼共済金支払請求書」のご記入にあたって（お願い）

「入院等状況自己申告書兼共済金支払請求書」のご記入に際し、下記の「ご記入の見本」をご参照のうえ、ご記入くださいますようお願いいたします。ご記入いただいた「入院等状況自己申告書兼共済金支払請求書」は、必要書類を揃えてご返送くださいますようお願い申しあげます。

ご記入の見本



〇〇県民共済生活協同組合
全国生活協同組合連合会　　行

入院等状況自己申告書　兼　共済金支払請求書

共済事業約款の定めるところにより、当該加入コースについて下記の記載した申告内容に相違はなく請求します。
なお、本記載事項および提出書類等について、貴組合に関係する者が病院・診療所、保健所等に情報を提供し、直接照会・確認されることを承諾します。
共済金等は、掛金振替指定口座に振り込んでください。

＊太枠内にボールペンなどでご記入のうえ、「ご請求に必要な書類」と合わせてご返送ください。

①

ご加入者番号		XXXXXXXXXX	ご記入日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
ご加入者	フリガナ	ｾﾞﾝｺｸ　ﾀﾛｳ	ご連絡先	[✓ 携帯]・自宅・勤務先 〇〇〇（　〇〇〇　）〇〇〇〇
	お名前	**全国　太郎**		

こども型の場合、ご契約者のご署名をお願いします。

ご契約者	フリガナ		ご加入者との続柄
	お名前	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊	＊＊＊

②

傷病名	**新型コロナウイルス感染症**

発症から療養・入院に至る経過などをご記入ください。

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

③

療養または入院の状況について、以下の該当する項目をご記入ください。

療養の場合	**自宅での療養**	
	療養期間	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日～〇〇年 〇〇 月 〇〇 日　（療養日数 〇〇 日）
	臨時施設（指定されたホテルなど）での療養	
	療養期間	年　月　日 ～　年　月　日　（療養日数　日）
	施設名	
入院の場合	入院期間	年　月　日 ～　年　月　日　退　院・入院中・転医入院中　（入院日数　日）
	病院名 または 診療所名	電話　（　　）

ご加入者のお名前、ご記入日、ご連絡先（日中繋がりやすい電話番号）をご記入ください。
※こども型の場合は、ご契約者のお名前等もご記入をお願いします。

新型コロナウイルス感染症の発症から療養・入院までの経過などをご記入ください。

療養された場合は、保健所等の指示により実際に療養された期間等をご記入ください。入院された場合は、入院期間等をご記入ください。