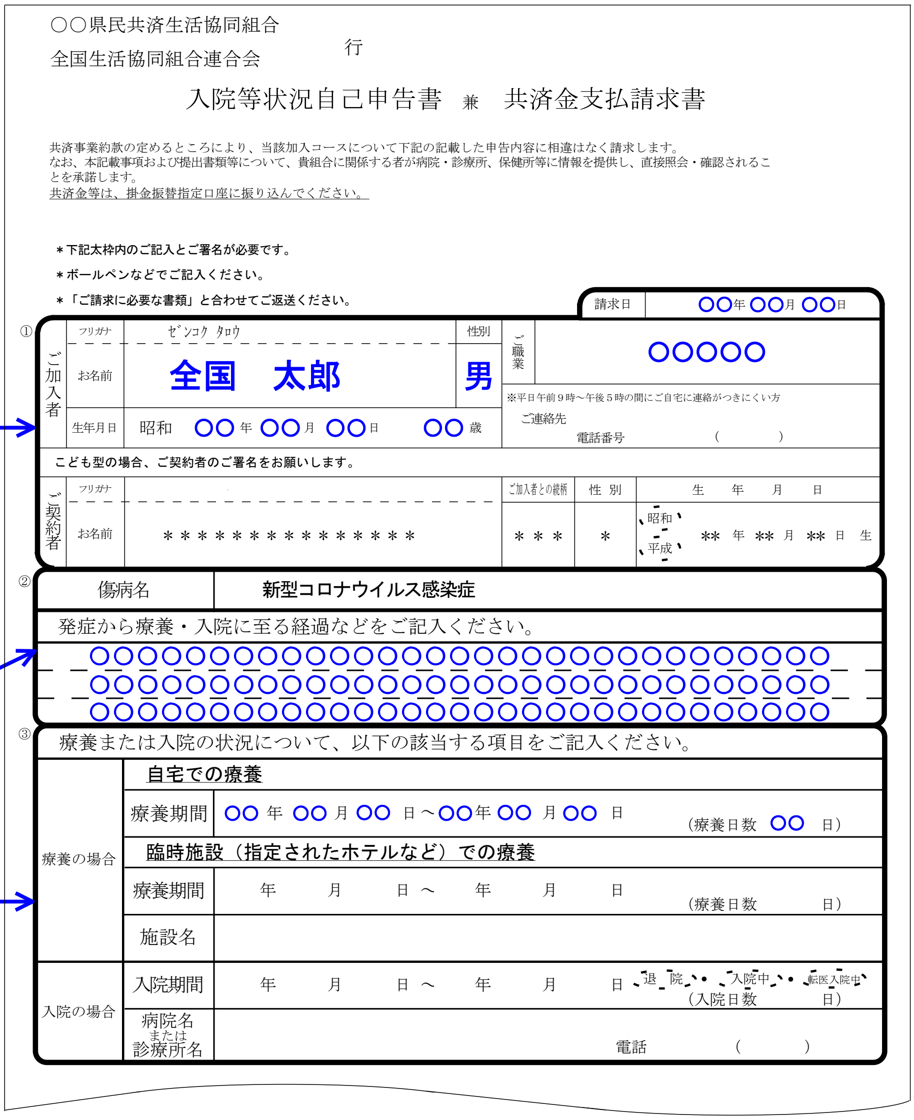
「入院等状況自己申告書兼共済金支払請求書」のご記入にあたって（お願い）

「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



○○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。

＊下記太枠内のご記入とご署名が必要です。
＊ボールペンなどでご記入ください。
＊「ご請求に必要な書類」と合わせてご返送ください。

請求日	○○年 ○○月 ○○日

①

ご加入者	フリガナ	ゼンコク タロウ	性別	ご職業	○○○○○
	お名前	全国　太郎	男		
	生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日　○○歳		※平日午前９時～午後５時の間にご自宅に連絡がつきにくい方 ご連絡先 電話番号　（　　）	

こども型の場合、ご契約者のご署名をお願いします。

			ご加入者との続柄	性 別	生 年 月 日
ご契約者	フリガナ				
	お名前	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊	＊＊＊	＊	昭和・平成 ＊＊年 ＊＊月 ＊＊日 生

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。

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

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	○○年 ○○月 ○○日～○○年 ○○月 ○○日　（療養日数 ○○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、性別、生年月日、ご職業、請求日をご記入ください。また、ご自宅ではご連絡がつきにくい場合は、ご連絡先もご記入ください。

※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。