

共済金請求書

パートナー共済会 御中

本書の内容および本書に添付して提出する書類の内容が事実と相違ないことを確認し、共済金を請求します。
また、会の「個人情報の取扱い」に同意して、共済金請求者欄に捺印いたします。
なお、指定口座への振込みをもって、支払いがなされたものと認めます。


以下の太線枠内 にご記入・ご捺印ください。

WEB 証券の証券番号を
ご記入ください。

証券番号	PAT1 2 3 4 5		
共済契約者	山田 太郎 様		
契約内容	住所	〒1 2 3 - 4 5 6 7	
		東京都〇〇区〇〇1-1-1	
		△△マンション 1 2 0 3号室	
	TEL	1 2 3 (4 5 6 7) 8 9 0 0	
被共済者	山田 花子 様		

共済契約者様の氏名、郵便番号、住所、電話番号、被共済者様の氏名をご記入ください

記入日	令和 2 年 5 月 1 0 日	本書類を作成した日付をご記入ください。
-----	------------------	---------------------

共済金請求者	氏名	(フリガナ) ヤマダ タロウ 山田 太郎	請求印・同意印	被共済者との関係
	住所	〒1 2 3 - 4 5 6 7 東京都〇〇区〇〇1-1-1 △△マンション 1 2 0 3号室	 シャチハタ印不可	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人 (または死亡保険金受取人) <input type="checkbox"/> その他 ()
		郵便番号、住所、電話番号をご記入ください。		TEL : 1 2 3 (4 5 6 7) 8 9 0 0

氏名とフリガナのご記入、押印、被共済者様とのご関係のチェックをお願いします。

郵便番号、住所、電話番号をご記入ください。

※振込先をご指定 (□にチェック) ください。

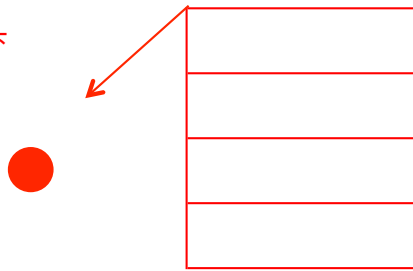
振込先	<input type="checkbox"/> 共済会の振込先として、共済組合の振替口座を指定します。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 振込先の選択をしてください。を指定します。	
	口座番号・通帳番号は右詰めでご記入ください。いずれの金融機関においても口座名義人を必ずご記入ください。	
	(銀行名、ゆうちょ)	〇〇〇〇 銀行・農協 〇〇〇〇 支店支所
	信用金庫・信用組合	
預金種目	普通 当座	ゆうちょ銀行の場合 通帳記号(5ケタ)
号	1 2 3 4 5 6 7	通帳番号
(右詰で記入)	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7 8
口座名義人	(フリガナ) ヤマダ タロウ 山田 太郎	ゆうちょ銀行の場合
	口座名義人をご記入ください。	

ゆうちょ以外の銀行の場合

ゆうちょ銀行の場合

備考欄	本書は、共済金請求の専用書類となります。ご契約者名やご住所などの変更を希望される場合には、お手数ですが共済事務局までご連絡くださいますようお願いいたします。	受付
-----	--	----

共済金請求事由説明書

説明文	①請求事由 階段から転落して足を骨折した。
	①状況について詳細にご記入下さい。 令和2年5月8日、自宅の階段(一番上)から一階床に転落。 その際、足を骨折し、入院したため。
事故現場概略図等	事故の場合、状況について詳細をご記入ください。 階段
	落下 

請求事由には簡潔に理由
をご記入ください。
詳細欄には具体的な内容
をご記入ください。

事故の場合は、こちらに事故発生時
の状況をご記入ください。

本書類を作成した日付
をご記入ください。

上記事実に相違ありません。

令和 2 年 5 月 10 日

【被共済者または親権者】

住 所: **東京都〇〇区〇〇1-1-1 □□マンション1203号室**

氏 名: **山田 太郎**



住所、氏名をご記入いた
だき押印をお願いします。

同意書

医療機関 御中

私(同意人)は、下記患者が貴院にて受診した傷病に関する医療情報について、パートナー共済会の職員またはパートナー共済会が委嘱する者が貴院に下記の事項を行うことに同意します。なお、本同意書の複写も本同意書と同じ効力があるものと認めます。

記


- 下記患者が、診療・検査を受けた医師または医療機関から診断名・診療内容・診療期間・検査結果・病歴・治療見込みなどについて説明を受けること。
- 下記患者の傷病の治療歴・事故状況・原因などに関する情報を医師または医療機関に提出すること。
- 医師または医療機関から以下の資料の交付・貸出しを受けること、および資料の複写などを行うこと。
 - ・診断書、診療報酬明細書、調剤薬局明細書、施術証明書などの診療情報資料
 - ・X-P、CT、MRIなどの諸検査資料

以上

患者

氏名: 山田 太郎	氏名、生年月日(西暦)をご記入ください。
生年月日: 1984 年 5 月 6 日	

同意人

記入日: 令和 2年 5月10日				
住所: 東京都〇〇区〇〇1-1-1	記入日、住所、氏名をご記入ください。	押印をお願いします		
氏名: 山田 太郎				
患者様との関係:	<input checked="" type="radio"/> 本人	<input type="radio"/> 配偶者	<input type="radio"/> パートナー	<input type="radio"/> 親権者
	法定相続人代表者(続柄)		・その他()	
	*いずれかに○印と続柄などをご記入下さい。			
	*患者様が未成年の場合は、親権者様にてご署名・ご捺印下さい。			