

金の
請求
案内
共
請
ご

は じ め に

この冊子は、共済金等のご請求手続きや、
共済金等をお支払いする場合と
お支払いできない場合の
代表的な事例をご紹介させていただいたものです。

ご契約の共済種類、ご加入時期や
ご契約に付加されている特約により
お支払いできる内容が異なりますので、
ご契約の際にお渡しした
「ご契約のしおり・約款」「共済証書」と
あわせてご覧ください。

この冊子でご不明な点がございましたら、
ご契約先のＪＡにお問い合わせください。

主な共済用語のご説明

共 済 約 款	「ご契約から共済金等のお支払い・消滅までのとりきめなど」を記載したものです。
主 契 約	共済契約のもっとも基本となる契約部分で、特約を付加する対象となっている主たる部分のことです。
特 約	主契約とは別の共済金等の支払いを行うなどのために、主契約に付加することができるものです。
共 済 証 書	ご加入いただいた共済金額、共済期間、付加された特約などのご契約内容を具体的に記載したものです。組合がお申込みを承諾した場合に共済契約者へお渡しします。
共 済 契 約 者	組合と共済契約を締結され、ご契約上の権利（契約内容変更等の請求権など）と義務（共済掛金支払義務など）を有する方をいいます。
被 共 済 者	その方の生死や入院、手術、通院、後遺障害などに関して共済金等が支払われることとなる方をいいます。
共 済 金 受 取 人	共済契約者により指定された方で共済金等を受け取ることができる方をいいます。
共 済 事 故	共済金等が支払われる出来事として共済約款に定められているもので、お申込みの際にその発生が不確定（偶然）でなければなりません。
共 済 金	被共済者が所定の支払事由に該当されたときに、お支払いするお金のことです。

CONTENTS

目次

ページ

1	共済金等のご請求手続きについて
2	ご請求に必要な書類
3	治療報告書による請求について
4	事故種類別 請求書類一覧表
5	請求書類記入例
13	共済金等のお支払いについて
15	事例 入院共済金のお支払い：疾病入院(入院日数の要件)／(1回の入院の支払限度日数)
16	事例 治療共済金のお支払い(入院日数の要件)
17	事例 治療共済金のお支払い(1回の入院)
18	事例 手術共済金のお支払い(別表「対象となる手術」、[入院中手術])
19	事例 手術共済金のお支払い／放射線治療にかかる共済金のお支払い
20	事例 入院共済金のお支払い：災害入院／特定損傷共済金のお支払い
21	事例 先進医療共済金のお支払い／告知義務違反による解除
22	事例 災害死亡共済金のお支払い(被共済者様の重大な過失による免責)／災害死亡共済金のお支払い
23	事例 後遺障害共済金のお支払い(後遺障害状態と「回復の見込み」)／(後遺障害における労務とは)
24	事例 共済掛金の払込免除(疾病重度障害状態)／部位・症状別治療共済金のお支払い(通院日数の要件)
25	事例 部位・症状別治療共済金のお支払い(複数部位の受傷)／(災害とは)
29	主な共済金の種類と共済金受取人
31	共済金等のお支払い時期および遅延利息について
33	生命共済・傷害共済と税金(令和7年1月現在)
35	共済金等をもれなくご請求いただくために…
38	指定代理請求特約のご案内(生命共済)
39	診断書取得費用相当額の負担について
40	個人情報の取扱いについて
41	「支払査定時照会制度」について
42	J A共済のご相談・苦情窓口のご案内

共済金等のご請求手続きについて

共済金等のご請求手続きは次のとおりです。

(ご契約の種類やご請求の内容によっては、異なる手続きになることがあります。)

1

共済約款、共済証書をご用意のうえ、ご契約先のＪＡにご連絡ください。
その際、以下の項目について確認をさせていただきます。

- 共済事故の種類（亡くなられた、入院した、先進医療を受けた、後遺障害となったなど）
- 共済事故に遭われた方のお名前、生年月日
- 共済事故の時期（いつ共済事故が起きたか）
- 共済事故の原因（病気か、ケガか）
- ご通知いただいた方のお名前や連絡先等



2

詳しいご案内および共済金等のご請求に必要な書類をＪＡからご案内いたします。



3

所定の書類に必要事項をご記入いただくとともに、
診断書などをご準備いただき、ＪＡへご提出ください。



※書類取得にかかる費用はご請求者様のご負担となります。



4

ＪＡでご提出いただいた書類の内容を確認いたします。

※確認の結果、改めて追加書類のご提出をお願いすることもあります。



5

ご契約の共済約款の内容にしがたい、共済金等をお支払いいたします。

ご請求に必要な書類

共 通

提出書類名	ご留意いただきたい事項	書類請求先
生命・傷害共済金等 支払請求書	後掲の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。	J A の 窓 口
生命・傷害共済 事故状況報告書	疾病によるご請求の場合はご提出不要です。 後掲の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。	J A の 窓 口
承 諾 書	被共済者様のご署名・押印ください。 死亡共済金のご請求の場合は、請求者様のご署名・押印ください。	J A の 窓 口
印 鑑 証 明 書	受取人様の印鑑証明書をご提出ください。 ※省略できる場合があります。詳しくはJAへご相談ください。	市 ・ 区 役 所 町 ・ 村 役 場
戸籍抄本(個人事項証明) 戸籍謄本(全部事項証明) 住 民 票 (写) 住民票記載事項証明書	被共済者様のものをいずれか1点ご提出ください。(こども共済の場合は、共済契約者様のものも必要です。) 相続人の方からのご請求の場合は、必ず相続人全員が確認できる戸籍謄本をご提出ください。 ※省略できる場合があります。詳しくはJAへご相談ください。	市 ・ 区 役 所 町 ・ 村 役 場
共 済 証 書 (継続証・更新証)	紛失された場合は、JAの窓口へお申し出ください。 ※省略できる場合があります。詳しくはJAへご相談ください。	共 済 契 約 者 様 がお持ちです。

診 断 書

提出書類名	ご留意いただきたい事項	書類請求先
死 亡 証 明 書	所定の様式をご使用のうえ、医師による証明を受けてください。	J A の 窓 口
診 断 書 (後遺障害証明書)	※所定の様式以外でもご使用いただける場合があります。 詳しくはJAへご相談ください。	
入院・手術・通院等証明書 (診断書)②	②一定の条件を満たす場合には、入院・手術・通院等証明書(診断書)の代わりに「治療報告書」による自己申告と領収証等の提出のみで共済金をご請求いただけます。 詳しくは次のページをご覧ください。 ※その他、ご請求される契約によっては上記以外の診断書をご提出いただく場合がございます。詳しくはJAからご案内いたします。	



- 指定代理請求人様からのご請求の場合は、上記書類の他にも書類が必要となります。
- 共済契約者様および死亡共済金受取人(満期共済金受取人、死亡時通知人)様が法人となるご契約においては、上記書類の他にも書類が必要となります。
- その他に必要な書類がある場合には、JAからご案内いたします。
- ご請求の際に提出していただいた書類、JAで共済事故について確認および調査をさせていただいた内容については、ご返却・開示いたしません。
また、ご契約が消滅した場合で共済金のお支払いを完了したときは、ご提出いただいた共済証書など請求書類はJAが一定期間保管した後、破棄いたします。

治療報告書による請求について

生命共済および傷害共済のご請求において、以下の一定の条件を満たす場合には、診断書に代えて生命共済治療報告書または傷害共済治療報告書を提出して請求することができます。

◆治療報告書による請求の主なメリット

- 請求までの
時間が短縮できます。

◆治療報告書の主な使用条件

生命 共 済 治 療 報 告 書	主 な 条 件 ■ 治療共済金・入院時諸費用共済金・入院共済金・手術共済金・通院共済金・入院見舞金のみの請求であること ■ 治療（治療日）を証明する書類（領収証※または任意の様式による医師または歯科医師の証明書等）がご提出いただけること ■ ※手術請求の場合は診療（報酬）明細書等 ■ 入院の日数（通院特約付契約については、入院と通院の合計日数）が 30 日以内（契約または復活から 2 年以内の疾病入院請求においては 4 日以内）であること ■ 契約または復活から 2 年経過後に受けた手術であること（災害手術請求を除きます） ■ すでに退院していること
傷 害 共 済 治 療 報 告 書 （部位・症状別治療共済金請求用）	主 な 条 件 ■ 治療（治療日）を証明する書類（領収証または任意の様式による医師または歯科医師の証明書等）がご提出いただけること ■ 災害を受けた日以後 60 日以内に治療を開始しており、ご請求時点ですでに治療が終了していること ■ 治療期間（治療を開始した日から治療を終了した日までの期間）が 60 日以上であること ■ 治療でギブス等の固定具を使用していないこと（1 日以上入院あるいは 5 日以上通院されている場合には、この条件はありません） ■ 今回のおケガについて、今後、後遺障害が残存する可能性がないこと ■ お支払となる共済金の額が、ご契約の部位・症状別治療共済金額の 10 倍以下であり、受傷部位が特定できること（症状が特定できないもの、および受傷部位が 3 つの部位にわたる場合や「全身」となる場合を除きます）

(注) 治療報告書の詳しい使用条件については、J Aまでお問い合わせください。

生命共済治療報告書

JA JA共済

生命共済治療報告書

様式OK3650

貴組合に加入の生命共済契約の共済金請求のため、貴組合（貴方自身のご家族）について了解したうえで、下記のとおり治療の事実を報告します。この報告書は治療と関連して、いかに治療を受けたか、治療を受けたため治療費を支払ったかを証明されるもの、一定の範囲内でのもち込まれます。また、貴組合より共済金が支払われるために、治療事実が事実と確認されることが前提で、貴組合から正当な支払額にて精算を求められた場合には、すみやかに精算に応じます。

【加入者（治療対象者）ご本人またはご家族（治療対象者）が、病状を医師から診断されたことと治療に同意し、病状に同意した旨を記載してください。】

上記の治療事実およびご本人またはご家族（治療対象者）の同意の旨を記載の上、■欄の欄外について記入ください。■欄の欄外について記入ください。

1 治療の受けた時期 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		■生命共済と治療 報告書		■治療費と貴なる場合に記入ください。 被扶養者	
2 傷病名 病状の病名を下記に記入ください。病状の病名が不明な場合は、治療を受けた病状に記入してください。		傷病発症年月日 令和 年 月 日 初発年月日 令和 年 月 日			
3 医療機関 治療を受けた医療機関を記入してください。		病名 1 2 3 4 5 主治医		名 姓	
【加入者（治療対象者）ご本人またはご家族（治療対象者）が、病状を医師から診断されたことと治療に同意し、病状に同意した旨を記載してください。】					
4 入院期間 第1回 入院 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 第2回 入院 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日					
【治療費共済金を請求する場合にご記入ください。】 治療費共済金の請求書は、治療費共済金の請求書に記入してください。治療費共済金の請求書に記入することと治療に同意し、病状に同意した旨を記載の上、正式請求書について、治療費共済金の請求書に記入してください。					
5 正式学術名 ① ② ③		手術日 令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日			
【治療費共済金を請求する場合にご記入ください。】 治療費共済金の請求書は、治療費共済金の請求書に記入してください。治療費共済金の請求書に記入することと治療に同意し、病状に同意した旨を記載の上、正式請求書について、治療費共済金の請求書に記入してください。					
6 通院期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		通院回数 計			
7 通院日 治療のため通院した日付を下記に記入してください。		通院回数 計			

ご留意 1. 〇欄に記入してください。
 2. 〇欄に記入する場合は、治療費共済金の請求書に記入してください。
 3. 〇欄に記入する場合は、治療費共済金の請求書に記入してください。

61642

070401 Q7.3 生命共済

（請求書添付）

傷害共済治療報告書

[illegible]

事故種類別 請求書類一覧表

請求に必要な書類	死	後遺 (介護共済・顔面損傷・生活障害)	共済金第1回生活障害年金 (介護共済・顔面損傷・生活障害)	入院・手術 (先進医療・放射線治療)	通院	特定損傷	三大疾病	傷害共済 (部位・症状別治療共済金)	が(死亡による請求を除く)	特定重度疾病共済	認知症共済	掛金免除	家族保障特約			チェック欄
	亡	害		術	院	傷	病	済	共	共	共	除	入院・手術	死	後遺障害	
生命・傷害共済金等支払請求書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	☐
生命・傷害共済事故状況報告書 * 疾病によるご請求の場合はご提出不要です。	△	△	△	△	△			○			△	△	△	△	△	☐
承諾書	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	☐
受取人様の印鑑証明書	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△		△	△	△	☐
被共済者様の戸籍抄本(謄本)または住民票の写しもしくは住民票記載事項証明書	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	☐
共済証書(継続証・更新証)または加入票	○	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	☐
死亡証明書	○													○		☐
診断書(後遺障害証明書) * 介護共済・生活障害共済の場合は「診断書〔介護共済・生活障害共済用〕」、認知症共済の場合は、「診断書〔認知症共済用〕」をご提出いただきます。		○									○	○			○	☐
入院・手術・通院等証明書(診断書)または治療報告書				○	○	○	○	○	○				○			☐
その他特に必要な書類	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	☐

- ※○印の書類はご請求の際に必ず必要なものです。△印の書類は提出が不要な場合や他の書類で代替可能な場合がありますので、詳しくはJAにお問い合わせください。
- ※戸籍抄本(謄本)に関して、受取人様(共済金をお受取りできる権利を有する方)がご請求時に既に亡くなられていた場合には、その受取人様の法定相続人となる方が記載されている戸籍謄本など、お受取りできる権利を有する方の全員がわかる範囲の戸籍が必要となります。実際に取得していただく戸籍謄本の範囲については、JAにお問い合わせください。
- ※家族保障特約のご請求にあたっては、特約の被共済者様および主契約の被共済者様の戸籍抄本(謄本)が必要となります。
- ※こども共済のご請求にあたっては、被共済者様の戸籍抄本(謄本)または住民票(写)もしくは住民票記載事項証明書に加え、共済契約者様のものも必要となります。
- ※以下の特約等の共済金のご請求にあたっては、入院・手術・通院等証明書(診断書)の他に、次の別紙が必要となります。
- ①生前給付特約……………「入院・手術・通院等証明書(診断書)別紙(生前給付特約用)」
 - ②重症入院特約……………「入院・手術・通院等証明書(診断書)別紙(重症入院特約用)」
 - ③入院治療費保障特約……………「医療等の状況証明書(入院治療費保障特約用)」
 - ④先進医療共済……………先進医療による療養を受けた病院の発行する領収書
先進医療一時金……………(先進医療にかかる技術料が記載されているもの)
- ※重粒子線治療、陽子線治療にかかる先進医療共済金のご請求にあたって、ご契約が一定の条件を満たす場合、所定の病院を振込先に指定することができます。その場合は専用の診断書および手続きが必要となります。
- ※介護共済および認知症共済のご請求にあたっては、診断書の他に被共済者が公的保険制度に基づく所定の状態に該当していることを証明する書類(例:要介護認定通知書、介護保険被保険者証の写し)が必要となります。

(表 面)

記入箇所	記入内容
提出日	JA に請求書類をご提出いただく日をご記入ください。
1 共済金受取人・請求者	請求者様のお名前・ご住所等を記入してください。また、請求にあたって JA より印鑑証明書の提出を求められた場合に限り、押印欄に実印を押印ください。（法人の場合は法人印を押印ください。）その他の場合は押印不要です。 【法定代理人等署名欄について】 受取人が未成年者の場合は親権者、成年後見制度の対象である場合は成年後見人の代表者 1 名が、他の親権者あるいは成年後見人と「本件請求を代理すること」あるいは「本件請求について同意すること」について合意のうえ、請求の代理・同意としてご署名ください。また、請求者様から見た法定代理人の続柄をご記入ください。
2 医療機関直接払	先進医療保障が付されている平成 22 年度以降の医療共済、平成 24 年度以降のがん共済および引受緩和型医療共済において、先進医療直接払制度を利用して陽子線・重粒子線治療の請求をされる場合は 3 を○で囲んでください。 なお、平成 28 年度以降の先進医療保障付契約については、先進医療一時金（被共済者様が受取人となります）の保障対象となるため、「3 共済金を振込む口座」についてもあわせてご記入ください。
3 共済金を振込む口座	下記いずれかのご本人名義の口座を選択してください。 なお、共済年金特約が付されている場合等において、年金支払いを希望される場合は裏面の「7 共済金の受取方法」をご記入ください。 ・ 共済掛金振替口座を指定する場合 印書されている口座情報をご確認のうえ、1 を○で囲んでください。 なお、口座情報が印書されていない場合は、2 を選択してください。 ・ 他の口座を指定する場合 2 を○で囲み、指定される口座の情報を漏れなくご記入ください。 ※受取人が共済契約者様となる場合は、原則、ご本人名義の共済掛金振替口座をご指定ください。共済掛金振替口座以外への振込を希望される場合は、意向確認書が必要となるため、JA にご相談ください。 ※ご本人名義の口座（※）をご指定ください。事情によりご本人名義以外の口座への振込を希望される場合は JA にご相談ください。 ※以下の場合はご本人名義口座への振込と同等として扱います。 ・ 被共済者様の口座をご希望される場合 ・ 代理請求人様からの請求で、代理請求人様の口座をご希望される場合 ・ 成年後見人様からの請求で、成年後見人様の口座をご希望される場合 ・ 共済金受取人様が未成年であり、親権者様の口座をご希望される場合
4 契約消滅時の証書等提出確認	死亡共済金、または後遺障害共済金を請求される場合のみ、提出した書類を○で囲み、提出日をご記入ください。
5 請求する共済契約	事故受付時にご報告いただいた事故の種類（死亡、入院、後遺障害など）に応じて、請求対象となる共済契約が印字されていますので、共済証書等により過不足がないか、また内容が正しいかご確認いただき、必要に応じて追記・訂正をしてください。

(裏 面)

6	その他	家族保障特約子型の請求の場合、今回共済事故にあわれた被共済者の氏名・性別・生年月日をご記入ください。																																																																																																							
		氏名				性別		生年月日																																																																																																	
						☐ 男 ☒ 女		3 昭和 年 月 日 5 平成 年 月 日 6 令和 年 月 日																																																																																																	
7	共済金の受取方法	枝番 年金支払 4 4 4 4				8	分割払	枝番 しない 年2回・年4回 一括払 0 2 4 1 0 2 4 1 0 2 4 1 0 2 4 1				9	生活保障年金の請求	枝番 年金支払方法 年金原資充当 しない 分割払 一括払 しない する 0 2 4 1 1 2 0 2 4 1 1 2 0 2 4 1 1 2 0 2 4 1 1 2																																																																																											
10	生前給付金の請求	一部指定の場合		全部指定の場合		一部指定の場合		全部指定の場合		一部指定の場合		全部指定の場合																																																																																													
		000000円		000000円		000000円		000000円		000000円		000000円																																																																																													
		000000円		000000円		000000円		000000円		000000円		000000円																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">県番号</td> <td colspan="2">組合番号</td> <td colspan="10">事故整理番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> <td colspan="10" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">組合記入欄</td> <td>事故種類</td> <td colspan="2">入院等</td> <td colspan="2">死亡</td> <td colspan="2">生前給付</td> <td colspan="2">三大疾病・がん・診断・特重大病</td> <td colspan="2">後遺障害等</td> <td colspan="2">認知症・軽度認知障害</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">☐</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">☐</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">☐</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">☐</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">☐</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>書類完備日</td> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> <td>訂正</td> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> <td>訂正後</td> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> <td>訂正後</td> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="14"> <書類完備日の訂正にかかる内容> 【請求者への説明方法】 ☐ 書面 ☐ 電話 ☐ 口頭 ☐ その他 () 【訂正理由】 ☐ 請求関係書類の記載漏れ、誤記入等の訂正 ☐ 不足書類の提出 ☐ その他 () 【不備、不足があった書類名】 備 考 </td> </tr> </table>														県番号		組合番号		事故整理番号																								組合記入欄	事故種類	入院等		死亡		生前給付		三大疾病・がん・診断・特重大病		後遺障害等		認知症・軽度認知障害		☐		☐		☐		☐		☐		☐		書類完備日	令和 年 月 日		訂正	令和 年 月 日		訂正後	令和 年 月 日		訂正後	令和 年 月 日														<書類完備日の訂正にかかる内容> 【請求者への説明方法】 ☐ 書面 ☐ 電話 ☐ 口頭 ☐ その他 () 【訂正理由】 ☐ 請求関係書類の記載漏れ、誤記入等の訂正 ☐ 不足書類の提出 ☐ その他 () 【不備、不足があった書類名】 備 考													
県番号		組合番号		事故整理番号																																																																																																					
組合記入欄	事故種類	入院等		死亡		生前給付		三大疾病・がん・診断・特重大病		後遺障害等		認知症・軽度認知障害																																																																																													
	☐		☐		☐		☐		☐		☐																																																																																														
	書類完備日	令和 年 月 日		訂正	令和 年 月 日		訂正後	令和 年 月 日		訂正後	令和 年 月 日																																																																																														
<書類完備日の訂正にかかる内容> 【請求者への説明方法】 ☐ 書面 ☐ 電話 ☐ 口頭 ☐ その他 () 【訂正理由】 ☐ 請求関係書類の記載漏れ、誤記入等の訂正 ☐ 不足書類の提出 ☐ その他 () 【不備、不足があった書類名】 備 考																																																																																																									
組合受付印																																																																																																									

(裏 面) ※以下太字の条件に該当する場合のみご記入ください。

記 入 箇 所	記 入 内 容
6 その他情報	家族保障特約(子型)の請求の場合、被共済者様の氏名、住所等をご記入ください。
7 共済金の受取方法	共済金年金支払特約が付されている場合等において、年金支払いを希望される場合は、該当の枝番(表面の「5 請求する共済契約」記載の枝番)に○を付してください。 なお、年金支払いを選択できるのは、死亡・後遺障害・三大疾病・介護・認知症・生活障害共済金・死亡給付金・生活保障年金一括払請求時(平成6年3月31日以前の契約は養老生命共済のみ)に限ります。
8 重度障害年金・養育年金・生活障害年金の請求	重度障害年金・養育年金・生活障害年金を請求する場合、以下のとおりご記入ください。 ○第2回目以降の重度障害年金(平成6年3月31日以前の年金共済)を請求する場合 ➡分割払(年2回または4回)あるいは年払を選択し、○で囲んでください。 ○重度障害年金(確定年金型)(平成11年4月1日以降の養老生命共済・終身共済・年金共済・医療共済)を請求する場合 ➡分割払(年2回または4回)、年払、一括払のいずれかを選択し、○で囲んでください。 ○養育年金(確定年金型)(平成23年4月1日以降のこども型)を請求する場合 ➡一括払を選択し、○で囲んでください。 ○生活障害年金(定期年金型)を請求する場合 ➡分割払(年2回または4回)あるいは年払を選択し、○で囲んでください。 例: 第2回重度障害共済金を年2回の分割払で請求する場合 右図のとおりご記入ください。
9 生活保障年金の請求	生活保障年金(平成6年4月1日以降の養老生命共済、終身共済、医療共済)を請求する場合は、年金支払方法および年金開始後の割りもどし金の年金原資充当(割りもどし金による生活保障年金の増額)の是非について選択し、○で囲んでください。 例: 第2回生活保障年金を年4回の分割払(年金原資充当あり)で請求する場合 右図のとおりご記入ください。
10 生前給付金の請求	生前給付金を請求する場合は、以下留意事項をご理解のうえ、指定共済金額※をご記入ください。 【留意事項】 ○実際にお支払いする生前給付金の額は、記載いただいた指定共済金額※から請求日以降6か月間の指定共済金額※に対する共済掛金相当額および利息を差し引いた額となります。なお、満期前払金をすでにお支払いしている場合、満期前払金相当額についても差し引きます。 ○生前給付金のお支払い後は、共済金額(定期特約・更新型定期特約・通減定期特約・三大疾病前払特約・生活保障特約および家族収入保障特約を含みます。)は指定共済金額※に応じて減額されます。 ○平成6年3月31日以前の養老生命共済(定期特約付契約を除きます。)については、一部指定時の指定共済金額は契約型整数倍(10万円単位)にて指定してください。 ○満期前払金をすでにお支払いしている場合の生前給付金の指定共済金額については、組合の定めるところにより再指定いただくことがありますので、ご了承ください。 ○生活保障特約・家族収入保障特約・通減定期特約付契約において、指摘共済金額について組合の定めるところにより算出した額が3,000万円を超える場合は再指定いただくことがありますので、ご了承ください。 ※定期生命共済(通減期間設定型)および生活保障特約・家族収入保障特約・通減定期特約付契約の場合は、指定共済金額にもとづき組合の定めるところにより算出した額が実際の指定共済金額となりますので、ご了承ください。
組合記入欄	ご記入は不要です。(JAにて記入いたします。)

8 重度障害年金・養育年金・生活障害年金の請求

枝番	分割払	年払	一括払
1	0	0	4
2	0	2	4
3	0	2	4
4	0	2	4

9 生活保障年金の請求

枝番	年金支払方法	年金原資充当
1	0	2
2	0	2
3	0	2
4	0	2

生命・傷害共済事故状況報告書（疾病によるご請求の場合はご提出不要です）

（表 面）

●**③事故発生日時**
事故発生日時、天候
をご記入ください。

●**④事故発生場所**
事故発生場所を詳細
にご記入ください。

●**⑥飲酒事実**
該当するものに○を
付してください。
「有」の場合はお酒
の種類、量、時間お
よび場所をご記入く
ださい。

●**⑧事故状況**
事故状況について詳
細にご記入ください。
農作業にかかわる事
故の場合は、作業内
容、原因となった農
業機械・器具、受傷
原因等についてもご
記入ください。


生命・傷害共済事故状況報告書
様式053150

生命共済・傷害共済契約の共済金請求のため、次のとおり事故状況を報告いたします。もし、この報告書に故意に不実のことを記載したため共済金の支払いを拒絶されても、一切異議を申し立てません。

【ご確認ください】 1. この書類は通知者（契約者、被共済者または受取人）（以下「通知者」といいます。）が記載してください。
 2. 通知者が未成年で記載能力がないときは親権者（法定代理人）がその者に代わって記載してください。
 3. この書類に故意に不実のことを記載した場合には、約款の規定により共済金が支払われないことがありますのでご注意ください。

【個人情報の取扱い】 ご記入いただいた身体・健康状態に関する情報は、特に保護を必要とする情報として厳重に管理し、適正に取扱いします。
 上記の諸事項および裏面の「ご注意」をご確認のうえ、①～⑧の太枠部分についてご記入ください（※①～⑧は必ず記載してください）。

1 通知者 氏名 **共済 大助** 住所 **東京 千代田区 平河町2-7-9**

2 被共済者 年齢 **40** 歳 職業 **会社員** 氏名 **共済 大助**

3 発生日時 事故発生日時 令和 **XX** 年 **05** 月 **11** 日 発生時刻 **11** 時 **00** 分 天候 **晴**

4 事故発生場所 場所 **東京 港区赤坂2丁目 交差点**

5 警察への届出 有/無 **有** 警察署名 **東京 平河**

6 飲酒事実 飲酒事実 **有** 飲酒の種類 **ビール** 飲酒量 **1本** 飲酒時間 **午後1時** 飲酒場所 **自宅**

7 他生命・傷害共済（保険）への加入状況 加入先 **JA共済** 共済（保険）の種類 **生命共済**

8 事故状況 事故状況 **友人の家を出て帰宅中、〇〇病院脇の道路から突然自転車が飛び出して来たため、それを避けようとしたところ、対向車と衝突してしまいました。**

69611

011001 (02. 3 三水工部)

●**記載日**
この報告書の記載日
をご記入ください。

●**①通知者**
原則、おケガをされ
た方がご記入くださ
い。

●**②被共済者**
事故発生時の被共済
者様のご年齢・ご職
業をご記入ください。

●**⑤警察への届出**
該当するものに○を
付してください。
「有」の場合は届出
警察署名をご記入く
ださい。

●**⑦他の契約**
JA共済以外の生命
共済（保険）および
傷害共済（保険）に
ご加入の場合は「有」
に○を付し、ご契約
先および共済（保険）
の種類についてご記
入ください。

(裏 面) ※交通事故の場合のみご記入ください。

●9 事故現場の見取図

どのような状況で事故が起きたか具体的に図示してください。

●10①被共済者
交通事故の場合、被共済者様の状況について該当するものに○を付し、「4その他」の場合には具体的に記入してください。

●10③事故の相手
該当するものに○を付してください。「有」の場合は相手の氏名、自動車等の種類についてご記入ください。

●10⑤JAの自動車・自賠責共済への加入状況
該当するものに○を付してください。

●10②自動車などの種類

交通事故の場合で、被共済者様が運転中・同乗中の場合は、自動車等の種類に○を付し、「5その他」の場合には具体的に記入してください(自転車等)。

●10④運転者の運転免許証の有無

該当するものに○を付してください。「有」の場合は、免許証番号等についてご記入ください。

●組合記入欄

ご記入は不要です。(JAにて記入いたします)

交通事故の場合のみ裏面(9、10)をご記入ください。

9 事故現場の見取図

交通事故の場合の記入例

四輪車(自動車) 二輪車(軽自動車) 自転車 歩行者 二輪車(原付車) 自転車 一時停止 横断歩道 信号 踏切 電車・列車 鉄道 衝突地点 X 進行方向

ガソリンスタンド 病院

10 交通事故の状況

①被共済者の状況

① 運転中 ② 同乗中 ③ 歩行中 ④ その他

(①被共済者で、運転中・同乗中を選択した場合のみご記入ください。)

②自動車などの種類

① 自動車 ② 自動二輪車 (50cc超のもの) ③ 原付自転車 ④ 自転車 ⑤ その他

自動車登録(車両・標識)番号 車台番号

× × × × × × × ×

③事故の相手

氏名 傷害 次郎

④運転者の運転免許証の有無

① 有 ② 無

⑤JAの自動車・自賠責共済への加入状況

JA共済の自動車・自賠責共済の加入

① 有 ② 無

ご注意

1. この項目は該当する場合(選択項目は該当項目に○印をしてください。)

2. この欄は、消えないボールペンではっきりと記入してください。

組合記入欄

事故整理番号 事故発生番号 事故形態コード 補償コード(傷害のみ)

生命共済治療報告書

(表 面)

●記載日
この報告書の記載日をご記入ください。

●①共済契約関係者
原則、被共済者様をご記入ください。

●②傷病名
医師から診断された具体的なお病気・おケガをご記入ください。

●③医療機関
治療した医療機関名称・主治医をご記入ください。

●④入院期間
「②傷病名」にご記入のお病気・おケガの入院期間をご記入ください。
なお、領収証、診療明細書、診療報酬明細書に記載の入院期間をご記入ください。

●⑥通院期間
⑦通院日
「②傷病名」にご記入のお病気・おケガの通院期間・通院日をご記入ください。

JA共済		生命共済治療報告書																													
様式03360 貴組合に加入の生命共済契約の共済金請求のため、裏面《使用上のご注意》について了承したうえで、下記のとおり治療の事実を報告します。 この報告書に事実と相違していることを記載したため共済金支払を拒否されても、一切異議申し立てをいたしません。 また、貴組合から共済金が支払われた後に、転載事項が事実と相違していることが認められ、貴組合から正当な支払額にて精算を求められた場合には、すみやかに精算に応じます。 【領収証の取扱い】ご記入いただいた身体・健康状態に関する情報は、特に保護を必要とする情報として厳重に管理し、適正に取り扱います。 上記諸事項および「ご注意」ならびに裏面の「使用上のご注意」をご確認のうえ、①～⑦の白地部分についてご記入ください。																															
記載日		令和XX年07月10日																													
報告者	共済 大助	被共済者との続柄	本人																												
被共済者		報告者と異なる場合にご記入ください。																													
②傷病名	白内障																														
③医療機関	名称 ○×病院 〒0000000-0000000 主治医 ○× 太郎																														
④入院期間	【入院にかかる共済金を請求する場合にご記入ください。】 領収証、診療明細書、診療報酬明細書に記載の入院期間をご記入ください。 第1回 入院 令和XX年06月20日 ~ 退院 令和XX年06月23日 第2回 入院 令和 年 月 日 ~ 退院 令和 年 月 日																														
⑤正式手術名・手術日	【手術共済金を請求する場合にご記入ください。】 手術共済金の請求が可能な契約については、裏面<ご契約ごとの請求可能な共済金一覧>をご覧ください。 正式手術名については、診療明細書または診療報酬明細書から正確に転記してください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>正式手術名</th> <th>手術日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 水晶体再建術</td> <td>令和XX年06月20日</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>			正式手術名	手術日	① 水晶体再建術	令和XX年06月20日	②	令和 年 月 日	③	令和 年 月 日																				
正式手術名	手術日																														
① 水晶体再建術	令和XX年06月20日																														
②	令和 年 月 日																														
③	令和 年 月 日																														
⑥通院期間	【通院共済金を請求する場合にご記入ください。】 通院共済金の請求が可能な契約については、裏面<ご契約ごとの請求可能な共済金一覧>をご覧ください。 通院期間 令和XX年06月12日 ~ 令和XX年08月01日 通院日数 03日																														
⑦通院日	<table border="1"> <thead> <tr> <th>通院月①</th> <th>通院日</th> <th>通院月②</th> <th>通院日</th> <th>通院月③</th> <th>通院日</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>06月</td> <td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺</td> <td>07月</td> <td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺</td> <td>08月</td> <td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td>06月</td> <td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺</td> <td>07月</td> <td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺</td> <td>08月</td> <td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td>06月</td> <td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺</td> <td>07月</td> <td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺</td> <td>08月</td> <td>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺</td> <td>計</td> </tr> </tbody> </table>			通院月①	通院日	通院月②	通院日	通院月③	通院日	計	06月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	07月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	08月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	計	06月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	07月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	08月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	計	06月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	07月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	08月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	計
通院月①	通院日	通院月②	通院日	通院月③	通院日	計																									
06月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	07月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	08月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	計																									
06月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	07月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	08月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	計																									
06月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	07月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	08月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	計																									

ご注意 1. ①～⑦を記入してください。
2. ①～⑦は該当する場合(通院項目は該当項目に○で囲んでください。
3. この書類は、消えないボールペンではっきりと記入してください。

61642

070401 (07.3 三永工務)

(請求書添付)

●⑤正式手術名・手術日
「②傷病名」にご記入のお病気・おケガによりお受けになられた正式手術名・手術日を正確にご記入ください。
なお、正式手術名については、診療明細書または診療報酬明細書から正確に転記してください。

傷害共済治療報告書

(表 面)

●記載日
この報告書の記載日をご記入ください。

●1 共済契約関係者
原則、被共済者様をご記入ください。

●2 受傷年月日
おケガをされた日時をご記入ください。

●3 今回の治療の原因となった受傷部位および症状
裏面をご確認のうえ、受傷部位コード・症状コードをご記入ください。受傷部位コードが3つ以上となる場合、この治療報告書は使用できませんので、組合所定の診断書をご提出ください。

●6 入院の有無
該当するものに○を付してください。
「有」の場合は入院期間をご記入ください。

●7 5日以上の通院の有無
該当するものに○を付してください。
「有」の場合は実際に通院した日を日付が古い順に5日分をご記入ください。


傷害共済治療報告書(部位・症状別治療共済金請求用)

貴組合に加入の傷害共済契約の部位・症状別治療共済金の請求のため、以下「使用上のご注意」について了解したうえで、下記のとおり治療の事実を報告します。
また、この報告書に事実と相違していることを記載したため共済金支払を拒否されても、一切異議申し立てをいたしません。
(但し、情報の取扱い) ご記入いただいた個人情報(治療記録)に関する情報は、特に同意を必要とする情報として厳重に管理し、適正に取り扱います。
上記「治療記録および使用上のご注意」をご確認のうえ、1～7の白地部分についてご記入ください。

1 記載日 令和 XX 年 07 月 10 日

2 報告者 共済 大助 被共済者との続柄 本人 報告者と異なる場合にご記入ください。 被共済者

3 受傷年月日 令和 XX 年 05 月 11 日 木曜日 時間 午前 11 時 00 分

4 受傷部位① 60 - 02 受傷部位② 80 - 02 受傷部位③ 810 - 02 受傷部位④ 810 - 02

5 治療期間 治療を開始した日 令和 XX 年 05 月 11 日 治療を終了した日 令和 XX 年 06 月 01 日

6 入院の有無 有 3 日 入院した日 令和 XX 年 05 月 11 日 退院した日 令和 XX 年 05 月 15 日

7 5日以上の通院の有無 有 5 日 通院1日目 令和 XX 年 05 月 11 日 通院2日目 令和 XX 年 05 月 15 日 通院3日目 令和 XX 年 05 月 18 日 通院4日目 令和 XX 年 05 月 25 日 通院5日目 令和 XX 年 06 月 01 日

8 治療機関 〇×整形外科 主治医 〇× 太郎

9 治療内容 車と衝突し、胸と右腕を打撲した。

10 治療費用 67502

11 110101 (02.3 三永工務)

●4 医療機関
治療した医療機関名称・主治医をご記入ください。

●5 治療期間
おケガの治療期間をご記入ください。

共済金等のお支払いについて

共済金等のお支払いについては、共済約款に記載する支払事由に該当しない場合など、共済金等をお支払いできない場合があります。

ご契約の時期、共済種類により異なりますが、お支払いができない場合の具体例をご紹介します。

1

支払事由に該当しない場合

共済約款に定める支払事由に該当しない場合には、共済金等をお支払いできません。

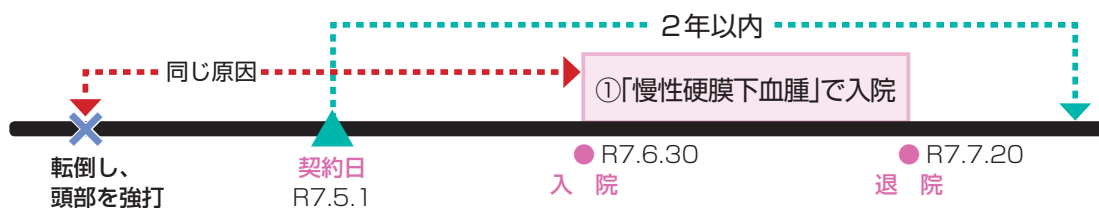
(お支払いできない例)

◆共済金支払の原因となるご病気や事故等が、ご契約の前に生じている場合

ご契約時に告知をいただいているかどうかにかかわらず、共済金等をお支払いできません。
(一部の共済種類を除きます)

責任開始時に原因が発症している場合①

①の入院にかかる共済金はお支払いできません。



※契約日から2年間経過して入院した場合、お支払いできるケースがあります。

責任開始時に原因が発症している場合②

②の後遺障害共済金はお支払いできません。



◆共済約款に定める「入院」「手術」に該当しない場合（例：共済約款に定める医療機関への入院ではない、美容整形目的の入院・手術、共済約款に定める支払限度となる日数をすでに超えている、等）

◆ご契約の共済種類、ご加入時期によって共済約款の内容が異なりますので、必ずご加入の契約内容をご確認ください。

2

免責事由に該当した場合

共済約款に規定された「共済金を支払わない場合」（免責事由）に該当したときは、共済金等をお支払いできません。免責事由はご契約内容によって異なりますが、「契約後所定の期間内の自殺」や「死亡共済金受取人の故意による支払事由の発生」などがその例です。

（お支払いできない例）

◆被共済者の自殺

ただし、責任開始時（復活の場合は、最後の復活により責任が再開した時）以後2年以内※に死亡したときに限ります。

※ご契約の時期により、1年以内の場合もあります。

◆死亡共済金受取人の故意

◆共済契約者の故意 など

3

告知義務違反に該当した場合

共済契約者様または被共済者様の故意または重大な過失によって、J A所定の告知書の記載事項について告知（記入）がいただけなかった場合や、告知（記入）していただいた内容が事実と相違する場合は、ご契約が告知義務違反により解除となり、共済金等のお支払いができないことがあります。

入院請求時に不告知事実が判明した場合

①の入院にかかる共済金はお支払いできません。



4

重大事由による解除、共済金等の不法取得目的による無効の場合

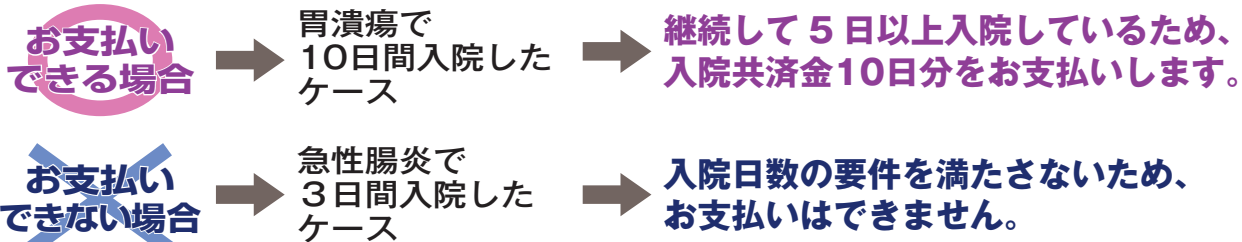
共済金等の請求について、詐欺を行い、または行おうとしたり、共済金等を詐取する目的で事故を起こしたなどの重大事由でご契約が解除となった場合や、共済金等の不法取得目的によりご契約が無効となった場合には、共済金等のお支払いはできません。

次ページ以降で、お支払いできる例・できない例をご紹介します。
 なお、以降の例については概要となりますので、支払要件の詳細については、お手持ちの共済証書、共済約款をご確認ください。

事例

入院共済金のお支払い：疾病入院（入院日数の要件）

全入院特約（平13）の場合



解説

入院を保障する特約は、ご契約の時期やご契約の内容により入院共済金のお支払いの要件となる入院日数（1日以上、継続して5日以上、継続して10日以上など）が異なります。平成13年4月1日～平成19年3月31日の間のご契約に付加された全入院特約（平13）は、ご病気で5日以上継続して入院したとき入院日数に応じてお支払いします。

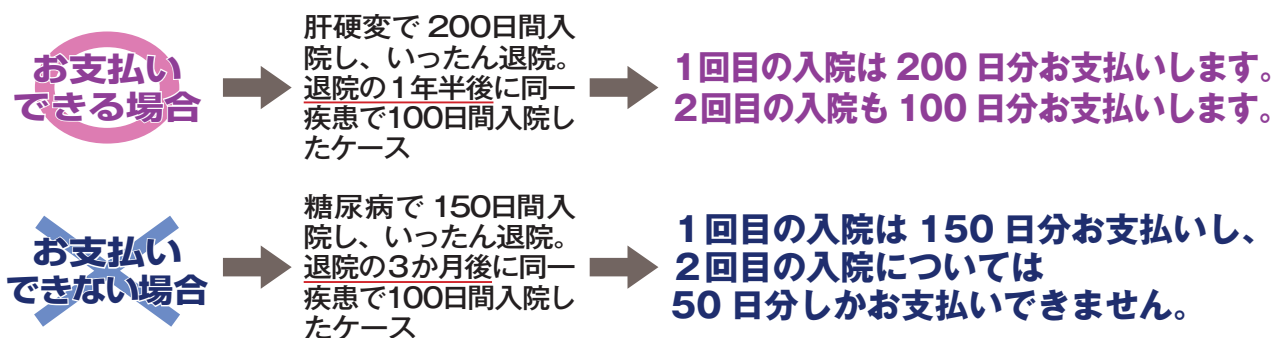
参考

- がん共済・定期医療共済・医療共済・引受緩和型医療共済、平成17年4月1日以降の満期専用入院保障付終身共済および平成19年4月1日以降の全入院特約（平19）は、1日の入院からお支払い対象となります。また、令和3年4月1日以降の医療共済については、1日の入院から治療共済金のお支払い対象となります。詳細は「事例 治療共済金のお支払い（入院日数の要件）」を参照ください。
- 平成13年3月31日以前のご契約に付加された全入院特約は、ご病気で10日以上継続して入院したとき入院日数に応じてお支払いします。
- 平成22年4月1日以降令和3年3月31日以前の入院見舞保障のある医療共済については、入院共済金以外に、1回の入院につき所定の倍率の入院見舞金をお支払いします。

事例

入院共済金のお支払い（1回の入院の支払限度日数）

全入院特約（平13）の場合



解説

同一の原因または直接の関係がある原因により入院共済金の支払事由に該当する入院を2回以上した場合は、1回の入院とみなし、入院日数を通算します。1回の入院の支払限度日数は全入院特約（平13）の場合、200日となります。
ただし、前回の入院の退院日の翌日から200日経過後に開始された入院については、同一の原因または直接の関係がある原因による入院であっても新たな入院として入院共済金をお支払いします。

参考

- 前回の入院において支払日数の限度までお支払いしている場合は、前回の入院の退院日の翌日から200日経過前に開始された同一の原因または直接の関係がある原因による入院については、お支払いの対象とはなりません。
なお、1回の入院についての支払日数の限度はご契約の共済約款により異なりますので、共済約款をご確認ください。
また、令和3年4月1日以降の医療共済については、「事例 治療共済金のお支払い（1回の入院）」を参照ください。

治療共済金のお支払い（入院日数の要件）

医療共済（令和3年度以降）4回型の場合

お支払い
できる場合

胃潰瘍で
10日間入院した
ケース

1日以上入院しているため、
治療共済金をお支払いします。

お支払い
できる場合

靱帯断裂で
30日間入院した
ケース

30日以上入院しているため、
治療共済金 2 回分をお支払いします。

※ご契約の型により 1 回の入院でお支払いできる治療共済金の回数が異なります。1 回型の場合には 1 回までとなりますので、30 日以上入院している場合でも治療共済金は 1 回のみのお支払いとなります。



解説

令和 3 年 4 月 1 日以降の医療共済については、1 回の入院にて所定の入院日数に達するとともに治療共済金をお支払いします。1 回の入院でお支払いできる治療共済金の回数は、ご契約の型により異なっており、1 回型で 1 回（入院 1 日目のみお支払い）、4 回型で 4 回（入院 1 日、30 日、60 日、90 日に達した場合にそれぞれお支払い）、7 回型で 7 回（入院 1 日、30 日、60 日、90 日、120 日、150 日、180 日に達した場合にそれぞれお支払い）となります。

参考

■入院時諸費用保障のある医療共済については、治療共済金とは別に入院日数分の入院時諸費用共済金をお支払いします。1 回の入院についての支払日数の限度は、1 回型で 30 日、4 回型で 120 日、7 回型で 200 日となります。

事例

治療共済金のお支払い（1回の入院）

医療共済(令和3年度以降)4回型の場合

お支払い できる場合	肝硬変で90日間入院し、いったん退院。 退院の3か月後に <u>同一疾患</u> で30日間入院したケース	1回目の入院は治療共済金4回分をお支払いします。 2回目の入院も治療共済金2回分をお支払いします。
お支払い できる場合	肝硬変で90日間入院し、いったん退院。 退院の3か月後に <u>別の疾患</u> で30日間入院したケース	1回目の入院は治療共済金4回分をお支払いします。 2回目の入院も治療共済金2回分をお支払いします。
お支払い できない場合	肝硬変で90日間入院し、いったん退院。 退院の1か月後に <u>同一疾患</u> で30日間入院したケース	1回目の入院は治療共済金4回分をお支払いします。 2回目の入院については、治療共済金のお支払いはできません。
お支払い できない場合	肝硬変で90日間入院し、いったん退院。 退院の1か月後に <u>別の疾患</u> で30日間入院したケース	1回目の入院は治療共済金4回分をお支払いします。 2回目の入院については、治療共済金のお支払いはできません。

解説

令和3年4月1日以降の医療共済について、治療共済金の支払事由に該当する最初の入院の退院日の翌日以後60日以内に入院した場合は、入院の原因にかかわらず、1回の入院とみなし、治療共済金をお支払いします。治療共済金の支払限度回数までお支払いしている入院と1回の入院とみなされる場合には、治療共済金のお支払いの対象とはなりません。なお、治療共済金の支払事由に該当する最初の入院の退院日の翌日を起算日として、61日目以降に入院した場合には、新たな入院として治療共済金をお支払いします。

参考

■入院時諸費用保障のある医療共済の入院時諸費用共済金についても、入院時諸費用共済金の支払事由に該当する最初の入院の退院日の翌日以後60日以内に入院した場合は、入院の原因に関わらず、1回の入院とみなし、入院日数を通算します。

事例

手術共済金のお支払い（別表「対象となる手術」、[入院中手術]）

全入院特約（平13）の場合

お支払い
できる場合

急性虫垂炎と診断され、
虫垂を摘出する手術（虫垂
切除術）を受けたケース

手術共済金（20倍）をお支払い
します。

お支払い
できない場合

扁桃炎をくり返すため
扁桃炎の入院中に、
扁桃を摘出する手術（扁桃
摘出術）を受けたケース

扁桃摘出術は、共済約款に定める
[対象となる手術]ではないため、
お支払いできません。

全入院特約（平19）、医療共済（平成21年度以前）の場合

お支払い
できる場合

急性虫垂炎と診断され、
虫垂を摘出する手術（虫垂
切除術）を受けたケース

手術共済金（20倍）をお支払い
します。

お支払い
できる場合

扁桃炎をくり返すため
扁桃炎の入院中に、
扁桃を摘出する手術（扁桃
摘出術）を受けたケース

約款別表の「対象となる手術」
には該当しませんが、
[入院中手術]に該当するため
手術共済金（5倍）を
お支払いします。

※手術が入院期間中に行われた場合に限りです。
※医療共済（平成18年度以前）については、平成19年
4月1日以降に生じた原因により入院期間中に手術が
行われた場合に限りです。



●入院中手術とは

- 公的医療保険制度によって保険給付の対象となり、診療報酬点数表により手術料または放射線治療料が算定されること、入院の期間中に行われたものであること、など所定の要件があります。
- 支払倍率は一律5倍です。
例）扁桃周囲膿瘍切開術、乳腺腫瘍（良性）摘出術、唾石摘出術 等



解説

手術共済金は、共済約款の対象となる手術であることが支払事由のひとつであり、手術によってはお支払いできない場合があります。

参考

■お支払いできない手術例

皮ふの切り傷などの手当て、美容整形を目的とした手術、診断・検査（生検、腹腔鏡検査など）のための手術などは、「治療を直接の目的とした手術」には該当しません。

入院・手術

死

亡

後遺障害

部位・症状

事例 手術共済金のお支払い

医療共済(平成22年度以降)の場合

お支払い
できる場合

「大腸ポリープ」と診断され、
外来で「大腸ポリープ切除術」
を受けたケース

手術共済金(5倍)をお支払いします。

※手術・放射線治療保障のある医療共済(令和3年度以降)の場合は、手術共済金(共済金額×30%)をお支払いします。

お支払い
できる場合

「急性腸炎」で5日間入院し、
その入院期間中に「痔」が
悪化し、「痔核手術」を
受けたケース

**手術共済金(20倍)と
入院共済金5日分をお支払いします。**

※手術・放射線治療保障のある医療共済(令和3年度以降)の場合は、手術共済金(共済金額×30%)と治療共済金1回分をお支払いします。

お支払い
できない場合

近視により
「レーシック(近視矯正手術)」
を受けたケース

**【公的医療保険制度】の
算定対象の手術ではないため、
手術共済金はお支払いできません。**

お支払い
できない場合

親知らずを抜くため、
1泊2日の入院で
「抜歯手術(埋伏歯)」を
受けたケース

**【公的医療保険制度】の算定対象
ですが、共済約款上の支払対象か
ら除かれているため、手術共済金
はお支払いできません。**

(入院共済金2日分はお支払いします。)

※医療共済(令和3年度以降)の場合は、治療共済金1回分はお支払いします。

解説

手術共済金のお支払いについては、【公的医療保険制度】の算定対象となることが条件であり、いわゆる「健康保険のきかない」手術は支払対象とはなりません。また【公的医療保険制度】の算定対象であっても、一部支払対象外となる手術があります。

参考

■お支払いできない手術

- 創傷処理、皮膚切開術、デブリードマン、骨または関節の非観血的整復術・非観血的整復固定術・非観血的関節授動術、外耳道異物除去術、鼻内異物摘出術、抜歯手術
- 診断または検査のためのもの(生検、腹腔鏡検査等)
- 歯科・口腔外科で行われた手術で、所定の要件を満たさない手術

■手術・放射線治療保障のない医療共済(令和3年度以降)の場合は、手術共済金のお支払いはございません。

事例 放射線治療にかかる共済金のお支払い

全入院特約、医療共済(平成21年度以前)の場合

お支払い
できる場合

「喉頭がん」と診断され、
一連の放射線治療(照射量
60グレイ)を受けたケース

手術共済金(10倍)をお支払いします。

お支払い
できない場合

「喉頭がん」と診断され、
一連の放射線治療(照射量
30グレイ)を受けたケース

**放射線の照射量が所定の数値に
満たないため、お支払いできません。**

(注) ご契約内容によっては入院中手術としてお支払いできる場合があります。

医療共済(平成22年度以降)の場合

お支払い
できる場合

「喉頭がん」と診断され、
放射線治療(照射量30グレイ)
を受けたケース

**放射線治療共済金(10倍)をお支払い
します。**

※手術・放射線治療保障のある医療共済(令和3年度以降)の場合は、放射線治療共済金(共済金額×60%)をお支払いします。

お支払い
できない場合

上のケースで1回目の放射線
治療を受けた後、最初の照射
日の翌日以後、60日以内に3
回放射線治療を受けたケース

**60日以内の2回目以降の放射線
治療は、治療原因・照射量等
にかかわらず支払対象とはなりません。**

解説

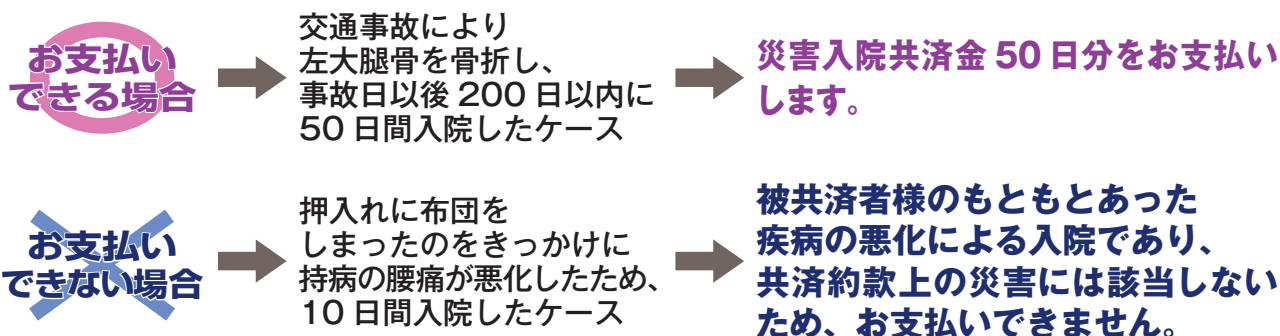
放射線治療については、ご契約の時期によって共済約款上の支払要件が異なるため、お支払いの内容が異なります。

参考

- 全入院特約および平成21年度までの医療共済の放射線治療は、**新生物の治療を目的として5週間に5,000ラド(50グレイ)以上、かつ一連の照射を1回としてお支払いします。**
- 平成22年度以降の医療共済については、一連の照射かどうかにかかわらず、**最初の照射日の翌日以後60日間は最初の照射分のみ**をお支払いします。
- 手術・放射線治療保障のない医療共済(令和3年度以降)の場合は、放射線治療共済金のお支払いはございません。

事例 入院共済金のお支払い：災害入院

災害入院特約(平13)の場合



解説

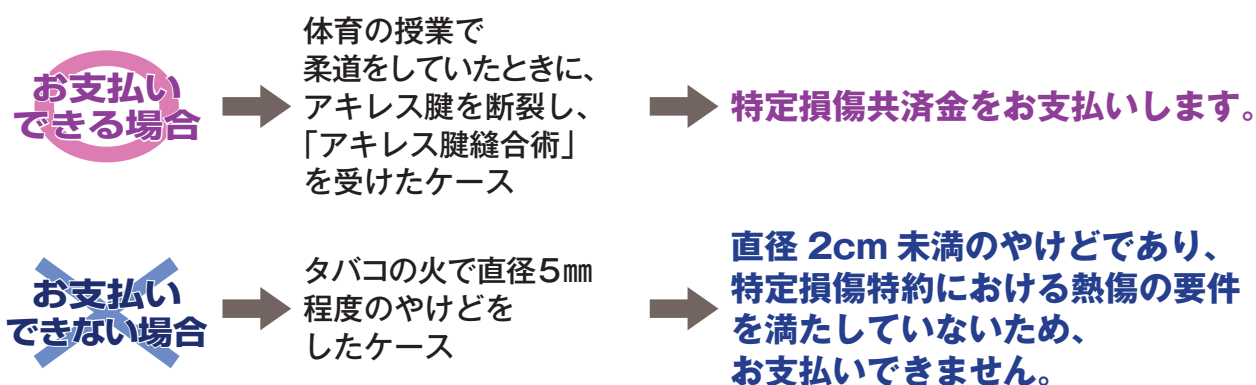
もともと疾病や体質的要因がある方が、軽微な外因によりその症状が増悪した場合は、災害の要件を満たさないことから、災害入院共済金はお支払いできません。

* 上記のケースで、全入院特約または医療共済も同時にご契約している場合は、全入院特約または医療共済から疾病入院としてお支払いすることができます。

* 「災害」の定義についてはお手持ちの共済約款をご参照ください。

事例 特定損傷共済金のお支払い

特定損傷特約の場合



解説

特定損傷特約約款に定める「熱傷」の定義は

ア. 深達性Ⅱ度熱傷

真皮層の深部まで障害された状態（直径2cm未満のものを除きます）

イ. Ⅲ度熱傷

皮膚全層および皮下組織まで障害された状態（直径2cm未満のものを除きます）

となっておりますので、これらの要件を満たさない場合はお支払いの対象となりません。

参考

■ 熱傷以外の特定損傷共済金支払においても、それぞれの要件があります。

「腱の断裂」…腱が断裂した状態のうち、腱形成術（腱の移植術、移行術、交換術および縫合術を含む。）を要するものをいう。ただし、疾病を原因とするものを除く。

詳細についてはお手持ちの共済約款をご参照ください。

事例 先進医療共済金のお支払い

先進医療保障付の医療共済(平成22年度以降)の場合

※平成24年度以降にご契約の先進医療保障付のがん共済の場合で悪性新生物または脳腫瘍により先進医療を受けたときならびに先進医療保障付の引受緩和型医療共済の場合で先進医療を受けたときも同様とします。

お支払いできる場合 → 医療技術（先進医療）と先進医療を受けた医療機関がともに認められているケース → **先進医療共済金をお支払いします。**

お支払いできない場合 → 医療技術（先進医療）は認められているが、先進医療を受けた医療機関が認められていないケース → **先進医療共済金のお支払いの要件のうち医療機関の施設基準を満たしていないため、お支払いできません。**

解説

先進医療共済金のお支払いについては、次のいずれも満たす必要があります。

- 先進医療を受けた時点において厚生労働大臣の定める技術（先進医療）であること。
- その技術（先進医療）ごとに設けられている厚生労働大臣が定める一定の施設基準に該当する医療機関において行われた技術（先進医療）であること。

※ご契約時点で先進医療の対象であった医療技術であっても、先進医療を受けた日において公的医療保険制度によって保険給付の対象となっている場合や、承認取消し等によって先進医療でなくなっている場合は、先進医療共済金をお支払いできません。最新の情報は厚生労働省のホームページをご覧ください。

参考

先進医療実施日	先進医療の技術料	平成22年4月1日以降 平成24年3月31日までに ご契約の医療共済※	平成24年4月1日以降に ご契約の医療共済、がん共済 および引受緩和型医療共済※
平成22年4月1日以降 平成24年3月31日まで	2万円未満 2万円以上	1万円 先進医療にかかる技術料の1万円 に満たない端数を切り捨てた額	—
平成24年4月1日以降	1万円未満 1万円以上	1万円 先進医療にかかる技術料の額	1万円 先進医療にかかる技術料の額

※先進医療保障が付加されているご契約に限りです。

※平成28年4月1日以降にご契約の医療共済、がん共済および引受緩和型医療共済においては、先進医療共済金に加えて、30万円を限度とし、先進医療共済金の額の10%に相当する先進医療一時金をお支払いします。

※引受緩和型医療共済においては、契約日以後1年以内に先進医療を受けた場合は、契約日以後1年を経過することとなる日以前の先進医療にかかる先進医療共済金の額は、上記の共済金の額の50%に相当する額となります。

事例 告知義務違反による解除

お支払いできる場合 → 糖尿病での治療歴について告知せず加入し、契約から6か月後に交通事故に遭い脳挫傷により入院治療を行ったケース → **告知義務違反のためご契約は解除となりますが、入院にかかる共済金はお支払いします。**

お支払いできない場合 → 肝炎での治療歴について告知せず加入し、契約後入院治療を行ったが、契約から1年後、肝硬変で亡くなったケース → **告知義務違反のためご契約は解除となり、入院にかかる共済金、死亡共済金はお支払いできません。**

解説

ご契約に加入いただく際には、その時の被共済者様の健康状態について正確に告知いただく必要があります。故意または重大な過失によって事実を告知しなかったり、事実と異なる内容を告知された場合、責任開始時から2年以内であればご契約は解除となり、入院・死亡等については、共済金をお支払いできません。

ただし、告知義務違反の対象となった事実と、ご請求原因との間に、全く因果関係が認められない場合には、入院・死亡等については、共済金をお支払いします。

参考

■責任開始時から2年を経過していても、不告知事実と因果関係のある共済金の支払事由等が2年以内に発生していた場合には、ご契約を解除することがあります。

■口頭で話しただけでは告知したことにはなりません。所定の告知書にご健康状態や病歴を正確にご記入ください。

事例 災害死亡共済金のお支払い（被共済者様の重大な過失による免責）

災害給付特約・災害死亡割増特約の場合

お支払いできる場合 → 青信号で道路横断中、信号無視のトラックにはねられ、亡くなられたケース → **災害死亡共済金をお支払いします。**

お支払いできない場合 → 高速道路を逆走して対向車と衝突し、亡くなられたケース → **被共済者様に重大な過失があるため、災害死亡共済金はお支払いできません。**

解説 被共済者様の重大な過失によって被共済者様が亡くなられたときは、災害死亡共済金の免責事由にあたるため、支払事由に該当していても、災害死亡共済金はお支払いできません。

参考

■「重大な過失」とは、著しい不注意をいいます。重大な過失の判断にあたっては、客観的・一般的な見地から著しい不注意にあたるか否か、個別的な特殊事情があるかどうか等を考慮し、慎重に判断いたします。

事例 災害死亡共済金のお支払い

災害給付特約・災害死亡割増特約の場合

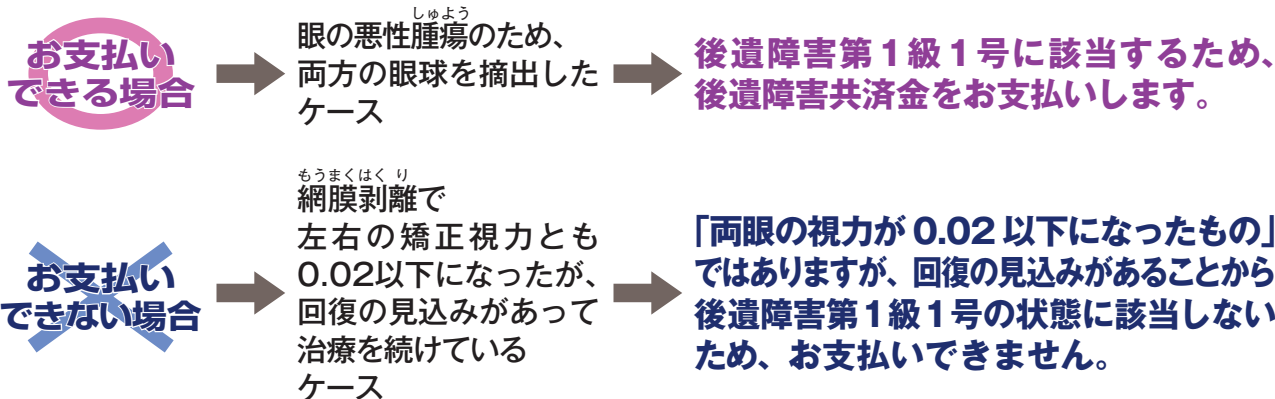
お支払いできる場合 → 階段から転落し、頭を強打して「急性硬膜下血腫」となり、亡くなられたケース → **災害死亡共済金をお支払いします。**

お支払いできない場合 → 「脳梗塞」の後遺症のため食物を飲み込むことが困難な状態となっている方が、食物を喉につまらせて窒息死されたケース → **疾病によるえん下障害がある方の窒息は、共済約款上の災害には該当しないため、お支払いできません。**

解説 災害死亡共済金は、共済約款で定める「災害」を原因として死亡された場合にお支払いするものです。

* 「災害」の定義についてはお手持ちの共済約款をご参照ください。

事例 後遺障害共済金のお支払い（後遺障害状態と「回復の見込み」）



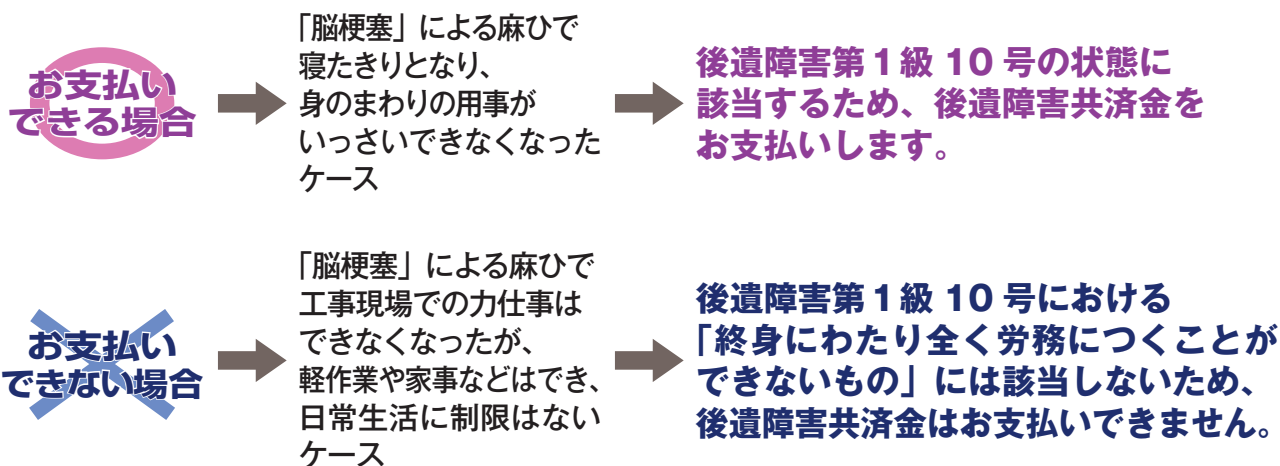
解説

後遺障害共済金は、共済期間内に発症していることおよび症状が固定していることがお支払いの要件となります。

参考

■後遺障害共済金の支払対象となるのは、約款別表【後遺障害等級表】の第1級後遺障害の状態（身体の部位を「失ったもの」、機能または用を「廃したもの」等）になったこと、または重度要介護状態になったことなど定めがあり、かつ後遺障害状態が継続し、将来回復見込みのないことがお支払いの要件です。後遺障害状態に回復の見込みがある場合は、お支払いできません。

事例 後遺障害共済金のお支払い（後遺障害における労務とは）



解説

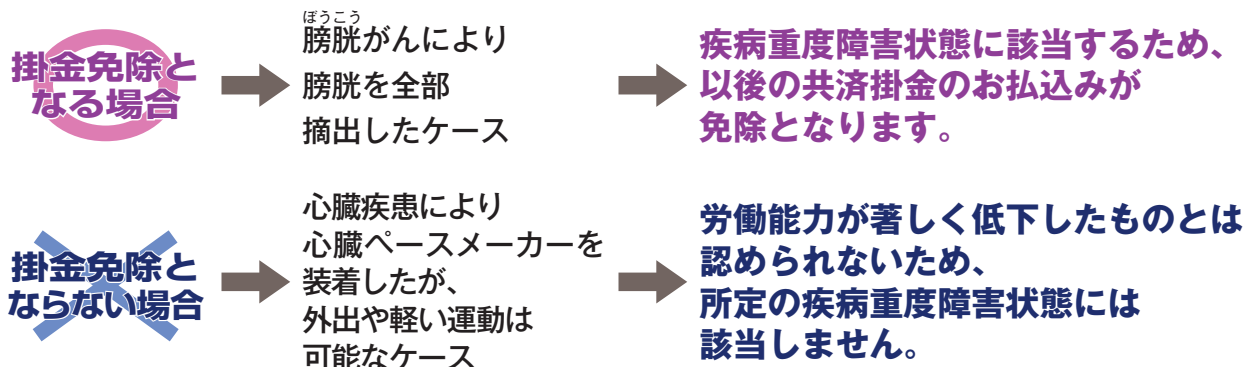
「労務」とは、個別の職業を指すものではなく、就学や家事その他日常生活に関する行為も含みます。労務にかかる制限の程度は、日常生活動作の制限や四肢の麻ひの程度、精神または身体状況などにより総合的に判断いたします。よって、もともと従事していた職業に復帰できなくなっても、歩行や食事の摂取、衣服の着脱等を自力で行うことができ、日常生活における制限が大きい場合は後遺障害第1級の認定はできません。

* 後遺障害共済金の支払対象となる共済約款所定の「第1級後遺障害の状態」は、身体障害者福祉法などに定める1級の後遺障害などとは異なります。

参考

■後遺障害第1級10号は「神経系統の機能に著しい障害を残し、労働能力が多少自分自身の用事进行处理することができる程度のもので、終身にわたり全く労務につくことができないもの」を指します。

事例 共済掛金の払込免除（疾病重度障害状態）

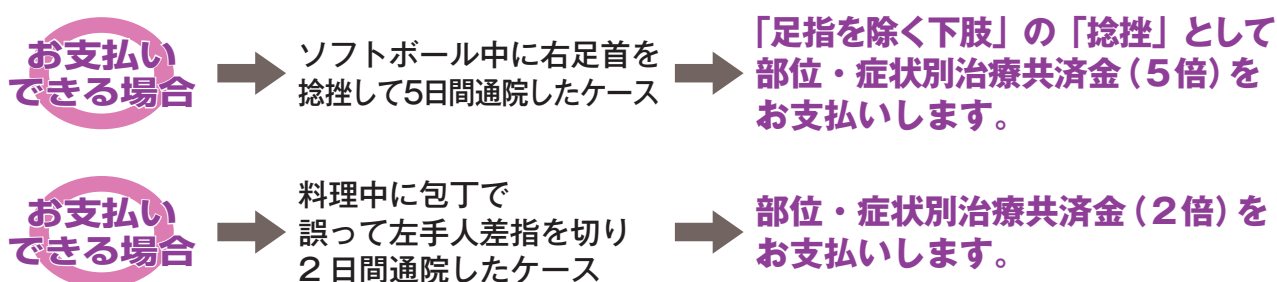


解説 病気やケガを原因として、共済約款に定める「疾病重度障害状態」に該当した場合、以後の共済掛金のお払込みが免除となります。

参考

- 疾病重度障害状態 15 号は、心臓疾患により心臓ペースメーカーまたは人工弁を装着したもので、かつ、労働能力が一般平均人以下に著しく低下しており、極めて単純で軽易な労務のほかにはつくことができない状態が 6 か月以上継続し、さらに症状が固定し、将来回復の見込みがない場合を指します。この要件全てに該当することが認定の条件となります。
- 上記の例のほかにも、「1 上肢を腕関節以上で失ったもの」「じん臓の機能を喪失したもの」「肝移植手術を受けたもの」「すい臓の全摘手術を受けたもの」などがあります。詳細についてはお手持ちの共済約款の別表「疾病重度障害状態」をご参照ください。

事例 部位・症状別治療共済金のお支払い（通院日数の要件）



解説 5 日以上の通院をしている場合は、共済約款に定める「部位・症状別支払倍率表」により、部位・症状別治療共済金額の 5 倍～120 倍の所定の支払倍率でのお支払いになります。5 日未満の通院のみで治療が完了している場合は、部位・症状にかかわらず、部位・症状別治療共済金額の 2 倍でのお支払いになります。

参考

- 部位・症状別支払倍率表に定める倍率によるお支払いとなる場合
災害を受けた日から起算して 200 日以内に、入院または 5 日以上の通院をした場合
- 2 倍の部位・症状別治療共済金のお支払いとなる場合
災害を受けた日から起算して 200 日以内に、5 日未満の通院をして治療が完了した場合

事例 部位・症状別治療共済金のお支払い（複数部位の受傷）

お支払い
できる場合

階段から落ちて
左大腿骨と左上腕骨を骨折し、
30日間入院したケース

「足指を除く下肢」の「骨折」として
部位・症状別治療共済金（65倍）
をお支払いします。

お支払い
できる場合

自転車運転中に転倒して
頭部、右腕、右膝を打撲し、
10日間通院したケース

「全身」の「打撲」として
部位・症状別治療共済金（15倍）を
お支払いします。



解説

同一の災害により、複数の部位を受傷した場合または複数の症状が生じている場合、それらのうち、もっとも高い支払倍率でのお支払いになります。
また、同一の症状が下記参考①～⑥までのうち3以上にわたって生じている場合、部位・症状別支払倍率表に定める倍率でお支払いするときの部位は「全身」となります。

参考

■部位・症状別支払倍率表上の部位「全身」を適用する場合

次の①～⑥のうち、3以上にわたり同一症状が生じている場合は、部位は「全身」となります。

- ① 頭部
- ② 顔部（眼球、歯牙を含みます。）
- ③ 頸部
- ④ 胸部、腹部、背部、腰部またはでん部
- ⑤ 上肢（手指を含みます。）
- ⑥ 下肢（足指を含みます。）

事例 部位・症状別治療共済金のお支払い（災害とは）

お支払い
できる場合

交通事故により
左大腿骨を骨折し、
50日間入院したケース

「足指を除く下肢」の「骨折」として
部位・症状別治療共済金（65倍）
をお支払いします。

お支払い
できない場合

押入れに布団を
しまったのをきっかけに
持病の腰痛が悪化したため、
10日間入院したケース

被共済者様のもともとあった
疾病の悪化による入院であり、
共済約款上の災害には該当しない
ため、お支払いできません。



解説

もともと疾病や体質的要因がある方が、軽微な外因によりその症状が増悪した場合は、災害の要件を満たさないことから、部位・症状別治療共済金はお支払いできません。

* 「災害」の定義についてはお手持ちの共済約款をご参照ください。

参考

入院を保障する主な特約、共済契約の支払要件などの一覧です。
詳しくはお手持ちのしおり・共済約款でご確認ください。

		入院共済金の 支払要件	1 回の入院で お支払いできる 限度日数	手 術 倍 率
全 入 院 特 約 ※2	昭和 62 年 4 月 1 日以降 平成 13 年 3 月 31 日までの ご契約 ※1	〈原因が疾病の場合〉 10 日以上入院が継続した こと 〈原因が災害の場合〉 5 日以上入院したこと	200 日 (共済期間内を通しての 通算はありません。)	10 倍・20 倍・40 倍
	平成 13 年 4 月 1 日以降 平成 19 年 3 月 31 日までの ご契約	〈原因が疾病の場合〉 5 日以上入院が継続した こと 〈原因が災害の場合〉 5 日以上入院したこと		
	平成 19 年 4 月 1 日以降 平成 22 年 3 月 31 日までの ご契約	原因が疾病・災害いずれ の場合も 1 日以上入院 (日帰り入院可※3)		5 倍・10 倍・20 倍・40 倍
医 療 共 済 ※2	平成 16 年 4 月 1 日以降 平成 22 年 3 月 31 日までの ご契約	原因が疾病・災害いずれ の場合も 1 日以上入院 (日帰り入院可※3)	〈365 日型の場合〉 365 日 〈200 日型の場合〉 200 日 〈120 日型の場合〉 120 日 (満 80 歳に達した日以 後はじめてむかえる契約 応当日以降の入院につい ては、通算して 700 日 を限度とします。)	5 倍・10 倍・20 倍・40 倍
	平成 22 年 4 月 1 日以降 平成 28 年 3 月 31 日までの ご契約		〈200 日型の場合〉 200 日 〈120 日型の場合〉 120 日 〈60 日型の場合〉 60 日 (満 80 歳に達した日以 後はじめてむかえる契約 応当日以降の入院につい ては、通算して 700 日 を限度とします。)	5 倍・20 倍 (放射線治療共済金は 10 倍)
	平成 28 年 4 月 1 日以降 令和 3 年 3 月 31 日までの ご契約			
	令和 3 年 4 月 1 日以降のご契約	次ページの「令和 3 年 4 月 1 日以降のご契約の医療共済にかかる支払要件一覧」を参照		
定期医療共済 ※2 (引受緩和型定期医療共済を含む)		原因が疾病・災害いずれ の場合も 1 日以上入院 (日帰り入院可※3)	60 日 (共 済 期 間 内 を 通 じ て 1,095 日を限度とします。)	10 倍・20 倍・40 倍 (引受緩和型定期医療共済は 10 倍のみ)
引受緩和型医療共済 ※2				5 倍
が ん 共 済	平成 14 年 4 月 1 日以降 平成 24 年 3 月 31 日までの ご契約	原因が悪性新生物または 脳腫瘍の場合に限り 1 日 以上の入院 (日帰り入院 可※3)	無 制 限	10 倍・20 倍・40 倍
	平成 24 年 4 月 1 日以降 令和 7 年 3 月 31 日までの ご契約			〈基本型〉 5 倍・20 倍 (放射線治療共済金は 10 倍) 〈充実型〉 10 倍・40 倍 (放射線治療共済金は 20 倍)
	令和 7 年 4 月 1 日以降のご契約		次ページの「令和 7 年 4 月 1 日以降のご契約のがん共済にかかる支払要件一覧」を参照	
満 期 専 用 入院保障付 終 身 共 済	平成 17 年 3 月 31 日 までのご契約	〈原因が疾病の場合〉 10 日以上入院が継続した こと 〈原因が災害の場合〉 5 日以上入院したこと	200 日 (共 済 期 間 内 を 通 じ て 700 日を限度とします。)	平成 22 年 3 月 31 日までの ご契約 10 倍・20 倍・40 倍
	平成 17 年 4 月 1 日 以降のご契約	原因が疾病・災害いずれ の場合も 1 日以上入院 (日帰り入院可※3)	60 日 (共 済 期 間 内 を 通 じ て 700 日を限度とします。)	平成 22 年 4 月 1 日以降の ご契約 5 倍・20 倍 (放射線治療共済金は 10 倍)

- ※1 昭和 62 年 4 月 1 日～平成 6 年 3 月 31 日のご契約に付加されている特約の名称は「入院保障特約(全入院)」です。
 ※2 全入院特約、令和 3 年 3 月 31 日までの医療共済、定期医療共済、引受緩和型医療共済については、①統合失調症 ②うつ病 ③アルコール中毒による精神障害にかかる入院については、共済期間内を通じて 700 日を支払限度とします。
 ※3 日帰り入院とはそれぞれの共済約款で定められた入院に該当する入院をし、その日数が暦のうえで数えて 1 日であることをいい、入院基本料の支払いの有無などを参考にして判断します。

参考

「令和3年4月1日以降のご契約の医療共済にかかる支払要件の一覧」です。詳しくはお手持ちのしおり・共済約款でご確認ください。

	治療共済金・入院時諸費用共済金の支払要件※1	1回の入院でお支払いできる限度回数・限度日数※1	手術・放射線治療保障※2
令和3年4月1日以降のご契約の医療共済	原因が疾病・災害いずれの場合も1日以上入院（日帰り入院可※3）	〈1回型の場合〉 治療共済金 1回 入院時諸費用共済金 30日 〈4回型の場合〉 治療共済金 4回 入院時諸費用共済金 120日 〈7回型の場合〉 治療共済金 7回 入院時諸費用共済金 200日	〈手術〉 共済金額×30% 〈放射線治療〉 共済金額×60%

※1 治療共済金は共済期間を通じて100回を支払限度とします。入院時諸費用共済金は入院時諸費用保障のあるご契約の場合のみお支払いの対象となります。

※2 手術・放射線治療共済金は手術・放射線治療保障のあるご契約の場合のみお支払いの対象となります。

※3 日帰り入院とはそれぞれの共済約款で定められた入院に該当する入院をし、その日数が暦のうで数えて1日であることをいい、入院基本料の支払いの有無などを参考にして判断します。

参考

「令和7年4月1日以降のご契約のがん共済にかかる支払要件の一覧」です。詳しくはお手持ちのしおり・共済約款でご確認ください。

	がん治療月額共済金の支払要件	がん治療月額共済金の支払回数	がん治療月額共済金の限度回数
令和7年4月1日以降のご契約のがん共済	原因が悪性新生物または脳腫瘍の場合に限り、次のア. からカ. のいずれかに該当したこと ア. 入院したこと イ. 手術を受けたこと ウ. 放射線治療を受けたこと エ. 抗がん剤治療を受けたこと※1 オ. ホルモン剤治療を受けたこと※1 カ. がん性疼痛等の緩和のための在宅医療を受けたこと	左の支払要件に該当した日の属する月ごとに1回※2	無制限

※1 被共済者様が抗がん剤治療またはホルモン剤治療を受けた場合は、次のいずれかの日をその治療を受けた日とみなします。

① 医師または歯科医師が注射による抗がん剤またはホルモン剤の投与を行った日

② 医師または歯科医師が抗がん剤またはホルモン剤の処方を行った日（注）

（注）医師または歯科医師が処方せんの交付を行った場合はその日とし、紛失等により処方せんが再発行される場合は、最初の処方せんが交付された日とします。なお、その処方せんに基づく抗がん剤またはホルモン剤の支給を受けていた場合に限りします。

※2 被共済者様ががん治療月額共済金が支払われることとなる入院等（注）を同一の月に複数回受けた場合には、その月のうち、最初に入院等を受けた日にがん治療月額共済金の支払事由に該当したものとします。

（注）入院、手術、放射線治療、抗がん剤治療、ホルモン剤治療またはがん性疼痛等の緩和のための在宅医療をいいます。

主な共済金の種類と共済金受取人

主な共済金の種類ごとの正当な受取人について示したものです。下記以外の共済金についてはJAにお問い合わせください。

生命共済（こども共済を除きます）

[illegible]

- 共済契約者様・死亡共済金受取人（満期共済金受取人、死亡時通知人）様が法人の契約の場合

昭和 62 年 4 月 1 日以降に締結され、共済契約者様および死亡共済金受取人（満期共済金受取人、死亡時通知人）様が法人の契約においては、すべての共済金の受取人が法人となります。ご提出いただく書類が変わりますので、JA 窓口にご相談ください。

こども共済（平成6年4月1日以降）

共 済 金 の 種 類	受 取 人	
被共済者様の 死 亡 共 済 金	共 済 契 約 者	
被共済者様の 後 遺 障 害 共 済 金	共 済 契 約 者	
災 害 給 付 特 約 共 済 金	共 済 契 約 者	
災 害 死 亡 割 増 特 約 共 済 金	共 済 契 約 者	
入 院 共 済 金 手 術 共 済 金 特 定 損 傷 共 済 金 顔 面 損 傷 共 済 金	共 済 契 約 者	
養 育 年 金	共済契約者様の 死 亡	承 継 共 済 契 約 者
	共済契約者様の 第 1 級後遺障害 または 重度要介護状態	共 済 契 約 者

傷 害 共 済

共 済 金 の 種 類	受 取 人
死 亡 共 済 金	被共済者の法定相続人※
後 遺 障 害 共 済 金	被共済者※
重度後遺障害費用共済金	被共済者※
部位・症状別治療共済金	被共済者※

※共済契約者様が、被共済者様の同意を得て共済金受取人様を指定している場合はその方となります。

その他特殊な事情がある場合の受取人様

■指定された受取人様がすでに死亡されている場合

被共済者様がお亡くなりになった時に、指定された受取人様がすでに死亡されているときは、受取人様の法定相続人の代表者の方からご請求いただくことになります。その際には、相続人の方全員が確認できる戸籍謄本が必要になります。

■被共済者様が共済金等をご請求できない特別な事情がある場合

被共済者様が受取人様となる共済金等について、被共済者様が共済金を請求できない特別な事情があるときに、被共済者様に代わって被共済者様の代理人様が共済金等を請求することができる制度があります。

詳しくは後掲の「指定代理請求特約のご案内」をご覧ください。

共済金等のお支払い時期および遅延利息について

共済金等のお支払い時期については、共済契約および共済金の種類ごとに異なります（確認する事項、調査の有無によっても異なります）ので、今回ご請求いただいた共済金等にかかるお支払い時期の詳細については共済約款もあわせてご確認ください。

●お支払い時期について

共済金の種別、事実確認・調査の有無によって、共済金等をお支払いする時期を次のとおり定めています。

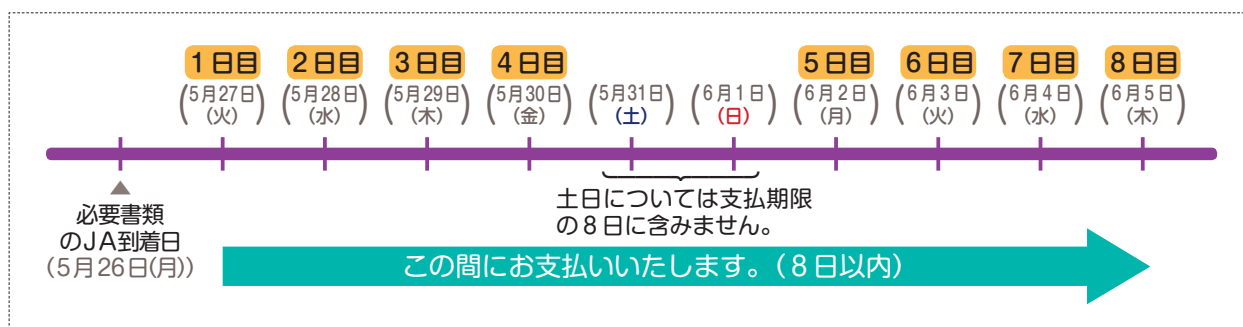
（１）共済金等のお支払いのために特段確認を必要としない場合

ご請求に必要な書類すべてがＪＡに到達した日の翌日以後、８日以内に共済金等をお支払いします。

共済金の種類	支払期限
死亡共済金（生命共済） 満期共済金 年金 など	８日以内※

※土日・祝日・12月29日～1月3日については8日に含みません。

■令和7年5月26日（月）にご請求に必要な書類すべてがＪＡに到達した場合の例（共済金等のお支払いのために事実確認を行わない場合）



（２）共済金等のお支払いのために事実確認を行う必要がある場合（30 日以内）

ご請求に必要な書類すべてがＪＡに到達した日の翌日以後 30 日以内に次の事項の確認を終え、共済金等をお支払いします。

- 支払事由に該当する事実の有無
- 共済金が支払われない事由に該当する事実の有無
- 無効、取消しまたは解除の事由に該当する事実の有無

共済金の種類	支払期限
死亡共済金（傷害共済） 治療共済金 入院共済金 手術共済金 部位・症状別治療共済金 通院共済金 後遺障害共済金 など	30 日以内

(3) 事実の確認を行うために、特別な照会または調査が不可欠な場合 (60日～180日以内)

事実の確認を行うために、特別な照会または調査が不可欠な場合は、ご請求に必要な書類すべてがJAに到達した日の翌日以後、次のいずれかの日数を経過するまでに共済金等をお支払いします。

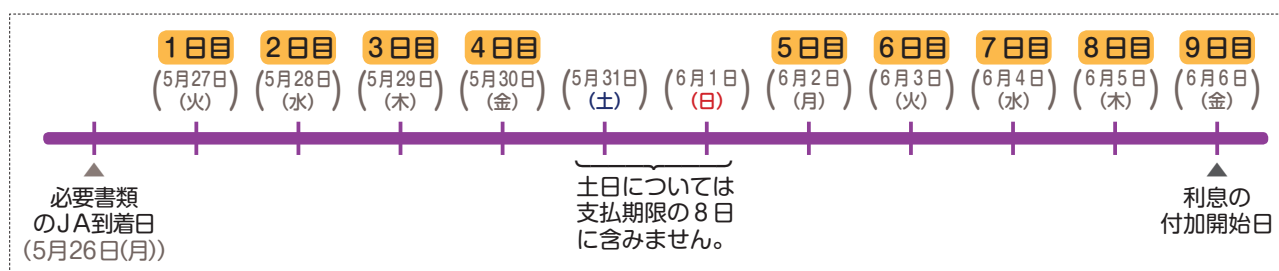
なお、この場合、JAは確認が必要な事項およびその確認を終えるべき時期をお受取人様に通知します。

特別な照会または調査の内容	支払期限
災害救助法が適用された被災地域における調査	60日以内
医療機関、検査機関その他の専門機関による診断、鑑定等の結果の照会	90日以内
後遺障害の内容およびその程度を確認するための、医療機関による診断、後遺障害の認定にかかる専門機関による審査等の結果の照会（傷害共済のみ）	120日以内
- 弁護士法その他の法令に基づく照会 - 警察、検察、消防その他の公の機関による調査・捜査の結果の照会 - 日本国内で行うための代替的な手段が無い場合の日本国外における調査	180日以内

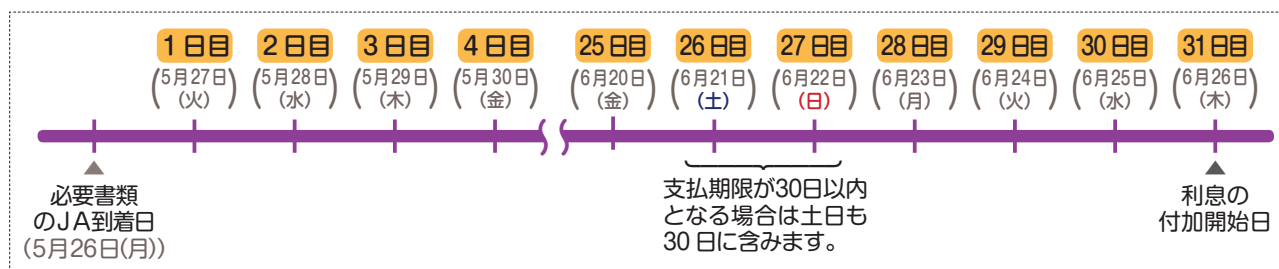
●遅延利息について

共済金等を支払期限経過後にお支払いする場合には、支払期限を超えた期間について、お支払いすべき金額に年3%の遅延利息（単利・日割り計算・円未満四捨五入）をお付けいたします。

■令和7年5月26日（月）にご請求に必要な書類すべてがJAに到達した場合の例 （共済金等のお支払いのために事実確認を行わない場合…支払期限8日以内の場合）



■令和7年5月26日（月）にご請求に必要な書類すべてがJAに到達した場合の例 （共済金等のお支払いのために事実確認を行う必要がある場合…支払期限30日以内の場合）



生命共済・傷害共済と税金

(令和7年1月現在)

共済金等をお受取りになられたときの課税について

共済金等にかかる税金は、共済契約者（共済掛金負担者）様・被共済者様・共済金受取人様の関係によって異なります。共済契約者様以外の方が実質的に共済掛金を負担されている場合には、共済契約者様ではなく、共済掛金負担者様により判定されることとなりますので、ご注意ください。

なお、令和19年12月31日までの間、所得税の課税対象となる共済金等は、復興特別所得税についても課税対象となります。

○死亡共済金をお受取りになられたときの課税について

契 約 形 態	契 約 例			税の種類
	共 済 契 約 者 (共済掛金 負 担 者)	被 共 済 者	死 亡 共 済 金 受 取 人	
共済契約者と被共済者が同一人の場合	夫 夫	夫 夫	妻 子	相 続 税
共済契約者と死亡共済金受取人が同一人の場合	夫 夫	妻 子	夫 夫	所 得 税 等 ・ 住 民 税 (一時所得)
共済契約者と被共済者と死亡共済金受取人がそれぞれ異なる場合	夫 夫	妻 子	子 妻	贈 与 税

●相続税の死亡共済金の非課税の適用について

共済契約者（共済掛金負担者）様と被共済者様が同一人で、死亡共済金受取人様がその相続人の場合には、死亡共済金（他の契約の死亡共済金等がある場合は合計します。）に対して次の範囲内で相続税が非課税となる取扱いを受けることができます。

《死亡共済金の非課税限度額》

500万円×法定相続人の数

○生活保障年金をお受取りになられたときの課税について

契 約 形 態	契 約 例			税 の 種 類		
	共済契約者 (共済掛金) 負担者	被共済者	生活保障年金 受取人	年金受取りの場合		一括受取 の場合
				死亡時	毎 年 の 年 金 受 取 時	
共済契約者と被共済者 が 同 一 人 の 場 合	夫 夫	夫 夫	妻 子	相 続 税		相 続 税
共 済 契 約 者 と 生 活 保 障 年 金 受 取 人 が 同 一 人 の 場 合	夫 夫	妻 子	夫 夫	課税され ません	所得税等 ・住民税 (雑所得)	所 得 税 等 ・ 住 民 税 (一時所得)
共済契約者と被共済者 と生活保障年金受取人 がそれぞれ異なる場合	夫 夫	妻 子	子 妻	贈 与 税		贈 与 税

- (注1) 第1級後遺障害の状態または重度要介護状態になられたことによりお受取りになられた場合は、非課税です。
- (注2) 年金受取りの場合の死亡時の課税対象は年金受給権であり、相続税法第24条により評価した金額となります。
- (注3) 被共済者様の死亡により、毎年お受取りになる年金は、所得税等・住民税(雑所得)の課税対象となります。ただし、年金受給権が相続税または贈与税の課税対象になった場合は、毎年お受取りになる年金のうち、相続税または贈与税の課税対象になった部分については、所得税等・住民税が非課税となります。
- (注4) 共済契約者様と年金受取人様が異なる等の一定の要件に該当する年金を除き、年金にかかる差益の額が25万円以上の場合は、源泉徴収の対象となります。
- (注5) 生活保障年金支払開始後に生活保障年金受取人様が亡くなられた場合は、課税の取扱いが変わることがあります。

○非課税となる共済金等について

生命共済における治療共済金、入院時諸費用共済金、(がん)入院共済金、がん治療月額共済金、(がん)手術共済金、通院共済金、がん退院後療養共済金、入院見舞金、(がん)放射線治療共済金、生活障害共済金、特定重度疾病共済金、後遺障害の状態または重度要介護状態のときに支払われる共済金、介護共済金、認知症共済金、軽度認知障害給付金、三大疾病共済金、重度障害年金、がん診断共済金、がん治療共済金、がん治療一時金、特定損傷共済金、顔面損傷共済金、生前給付金、(がん)先進医療共済金、(がん)先進医療一時金等は、全額非課税となります。

傷害共済における後遺障害共済金、重度後遺障害費用共済金、部位・症状別治療共済金は全額非課税となります。

○所得税の医療費控除を申告される方へ

所得税の医療費控除を申告される場合には、治療共済金、入院共済金など医療費の補填を目的とする共済金は、支払われた医療費から控除することが必要となります。

共済金等をもらえなくご請求いただくために…



ご確認ください



契約に付加されている特約の種類などによっては、共済金等のお支払いが可能であったり、以後の共済掛金のお払込みが免除される場合があります。共済証書をお手元にご用意のうえ、契約内容をご確認ください。

……入院共済金・手術共済金などをご請求される場合……

★所定の三大疾病になったときにお支払いする特約がついていませんか？

所定の三大疾病になったときに共済金をお支払いする特約がついている

例：三大疾病前払特約

ご病気が

が ん

急性心筋梗塞

脳卒中

のうちのいずれかのとき

YES

三大疾病共済金をお支払いできる場合があります。

※お支払いには60日以上労働の制限などいくつかの条件があります。詳細につきましては「ご契約のしおり・約款」をご確認ください。

★所定の骨折等の治療を受けたときにお支払いする特約がついていませんか？

所定の骨折等の治療を受けたときに共済金をお支払いする特約がついている

例：特定損傷特約

ご病気や事故によって

骨 折

あるいは事故によって

関節脱臼、腱の断裂、靱帯の断裂、半月板の断裂

熱 傷

の治療を受けたとき

YES

特定損傷共済金をお支払いできる場合があります。

※特定損傷特約が付加されている場合、事故によって所定の顔面損傷状態になった場合に、顔面損傷共済金をお支払いできる場合があります。
※お支払いには所定の手術を要するなどいくつかの条件があります。詳細につきましては「ご契約のしおり・約款」をご確認ください。

★所定の通院をしたときにお支払いする特約がついていませんか？

所定の通院をしたときに共済金をお支払いする特約がついている

例：通院特約、通院保障付きの医療共済

入院の前後に、
同じ病気や事故で

通 院

をしたとき

YES

通院共済金をお支払いできる場合があります。

※入院が入院共済金の支払対象の入院であることなどの条件があります。詳細につきましては「ご契約のしおり・約款」をご確認ください。

★所定の障害状態になったときにお支払いする特約がついていませんか？

所定の障害状態になったときに共済金をお支払いする特約がついている

例：災害給付特約
重度障害年金特約

ご病気や事故によって

足あるいは腕を切断した

腎不全となり人工透析を開始した

両耳がまったく聞こえなくなった

あるいは事故によって

人工股関節を入れた

などの障害状態となったとき

YES

特約共済金をお支払いし、
あるいは以後の
共済掛金のお払込みが
不要となる場合があります。

※お支払い・認定にはいくつかの条件があります。

※共済掛金のお払込みが不要となる場合については、所定の特約が付加されていなくても対象となる場合があります。詳細につきましては「ご契約のしおり・約款」をご確認ください。

..... 死亡共済金(死亡給付金)などをご請求される場合

★入院・手術・通院をしたときにお支払いする特約がついていませんか？

所定の入院・手術・通院をしたときに共済金をお支払いする特約がついている

例：全入院特約
通院特約

お亡くなりになる前に

通 院

入 院

所定の手術

をしたとき

YES

入院・手術・通院共済金をお支払いできる
場合があります。

※お支払いにはいくつかの条件があります。

※所定の診断書をご提出いただく場合があります。詳細につきましては「ご契約のしおり・約款」をご確認ください。

..... そ の 他

★被共済者様のご家族を保障する特約がついていませんか？

被共済者様の妻もしくは子を
保障する特約がついている

例：家族保障特約（妻型）
家族保障特約（子型）

被共済者様の奥様
またはお子様が

死亡・入院・手術

をしたとき

所定の後遺障害の状態となったとき

YES

共済金をお支払いできる
場合があります。

※妻型の場合は奥様、子型の場合はお子様が保障の対象となります。

※「子」とは被共済者様と同一の戸籍に記載されている20歳未満の方をいいます。

詳細につきましては「ご契約のしおり・約款」をご確認ください。



ご不明な点については、JAの窓口にご相談ください。
お支払いの可否は診断書の内容等にもとづき判断させていただきます。

忘れずにお手続きください！

ご請求の機会に、共済証書記載内容などについて
あらためてご確認ください。



共済証書に記載されている内容
(お名前、性別、生年月日)に
変更や誤りはありませんか？



正しい内容に
変更・訂正いたしますので、
JAにてお手続きください。

お引っ越しをされていませんか？



各種ご案内や通知が
お手元にきちんと届くように、
JAにてご住所変更のお手続きを
行ってください。

ご契約時に指定した
各種共済金のお受取人様
(死亡共済金受取人、年金受取人など)
について変更はありませんか？



共済金お支払いの際に
スムーズにお受取りいただけるよう、
必要に応じて各種受取人変更のお手続
きを行ってください。
「指定代理請求特約」の中途付加も
あわせてどうぞ。

共済掛金の払込みを
口座振替にされていますか？



お忙しい方や留守がちな方には
共済掛金の払込みは口座振替(口座か
らの引落とし)が便利です。まだ口座振
替にされていない場合にはご検討くだ
さい。
詳しいお手続きは
JAにお問い合わせください。

(注) 以上のお手続きは共済契約者様が行ってください。また、共済契約者様と被共済者様が異なる場合、お手続きの内容によっては被共済者様に確認を要する場合もございます。

指定代理請求特約のご案内（生命共済）

被共済者様が受取人様となる共済金等について、事前に指定代理請求人を指定しておけば、その方が被共済者様に代わって共済金等をご請求いただくことができる特約です。万が一の場合でも共済金がスムーズにお受取りいただけるよう、あらかじめ付加しておくことをお勧めいたします。（この特約の共済掛金は必要ありません。）

例えばこんなとき・・・

- 被共済者様が病気や事故で寝たきりとなるなど、ご請求の手続きができない場合
- 被共済者様が「がん」などの病名告知や余命告知を受けていない場合

対象となる共済金は？

被共済者様が受け取ることとなっている共済金・給付金・年金

(例)後遺障害共済金、災害給付金、重度障害年金、治療共済金、入院時諸費用共済金、入院共済金、手術共済金、通院共済金、特定損傷共済金、生前給付金、三大疾病共済金、がん共済にかかる共済金、特定重度疾病共済金、認知症共済金、軽度認知障害給付金、満期共済金、年金

※被共済者様が所定の身体状態になった場合の共済掛金の払込免除請求も代理してお手続きいただけます。（ただし、被共済者様とご契約者様が同一の場合に限ります。）

※満期共済金、年金についてはお受取人様と被共済者様が同一の場合に限ります。

「指定代理請求人」となれる方は？

- ①被共済者様の戸籍上の配偶者
- ②被共済者様の直系血族
- ③被共済者様の兄弟姉妹
- ④被共済者様の3親等内の親族
- ⑤被共済者様と同居し、または被共済者様と生計を一にしている方
- ⑥被共済者様の財産管理を行っている方

※ご請求時に①～⑥いずれかの要件を満たしている必要があります。

※⑤・⑥については、被共済者様のために共済金等を請求すべき適当な関係があると組合が認めた場合に限ります。

「指定代理請求人」が請求する場合の必要書類は？

指定代理請求人様によるご請求の場合は、前掲の請求書類のほかに以下の書類が必要です。

- ①指定代理請求人様の印鑑証明書※
- ②被共済者様および指定代理請求人様の戸籍謄本※
- ③指定代理請求人様の住民票の写しまたは住民票記載事項証明書※
- ④被共済者様または指定代理請求人様の健康保険被保険者証の写し※
- ⑤指定代理請求人様が被共済者様の財産管理を行っている方である場合は、契約書および財産管理状況の報告書の写し等その事実を証明する書類

(※①～④については省略可能な場合がございます。詳しくはJ Aにご相談ください。)

平成6年4月1日以後に締結された生命総合共済、平成6年3月31日以前に締結された終身共済、養老生命共済、年金共済に中途付加が可能です。手続きなど詳細についてはJ Aの窓口にご相談ください。

診断書取得費用相当額の負担について

共済金等のご請求の際、診断書をご提出いただいたにもかかわらず、お支払い対象とならなかった場合に、一定の取得費用相当額をお支払いいたします。

※診断書取得費用相当額のお支払いについては、 所定の要件を満たす必要があります。

＜所定の要件を満たさない主な事例＞

詐欺または不法取得目的による場合、犯罪行為等

1. お支払い対象

生命共済・傷害共済について共済金等のご請求の際、診断書をご提出いただいたにもかかわらず、お支払い要件に該当しなかったため、共済金等を全くお支払いできなかった場合

2. J A 共済が負担する費用

診断書一通につき、5,000 円＋消費税相当額

死亡証明書・後遺障害証明書の場合は、10,000 円＋消費税相当額

詳しくは J A にお問い合わせください。

個人情報取扱について

共済契約に関する【個人情報】は以下のとおりお取扱いいたします。

- ご契約内容、申込書記載事項やその他の知り得た個人情報については、組合および全国共済農業協同組合連合会が、共済契約のお引受けの判断、共済金等のお支払い、共済契約のご継続・維持管理、各種サービスのご提供・充実を行うために利用します。また、本契約に関する個人情報は、組合および全国共済農業協同組合連合会の他の商品・サービスのご案内・ご提供・開発・研究を行うために業務に必要な範囲で利用することがあります。
 - 保健医療等の情報（要配慮個人情報、機微（センシティブ）情報）については、共済事業の適切な業務運営の確保に必要な範囲でお取扱いいたします。
 - 個人番号を含む個人情報（特定個人情報）のお取扱いについては、法令により認められる範囲を超えた利用は行いません。
 - 適正かつ迅速な共済契約のお引受け・共済金等のお支払いを行うために必要な範囲内の情報を、医療機関、共済契約のお引受け・共済金等のご請求・お支払いに関する関係先等に提供し、またはこれらの者から提供を受けることがあります。
 - 法令により必要と判断される場合、共済契約者・被共済者・公共の利益のために必要と考えられる場合、個人情報の利用目的のために業務を委託する場合、再保険取引のために必要な場合に、必要な範囲で個人情報を第三者（注）に提供することがあります。
- （注）共済金支払査定に用いる診断書の電子化業務を委託する場合等における外国にある第三者を含みます。
- 全国共済農業協同組合連合会は、共済契約の適正なお引受けおよび共済金の適正なお支払いの実施ならびに不適切な共済金の請求等の防止により、共済制度の健全な運営をはかるため、本契約に関する個人情報を一般社団法人 日本損害保険協会、共済団体および損害保険会社等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。

上記以外の組合（JA）のその他個人情報のお取扱いについては、組合（JA）の個人情報保護方針・個人情報保護法に基づく公表事項等をあわせてご覧ください。また、全国共済農業協同組合連合会の個人情報のお取扱い等の詳細は、JA共済ホームページ（<https://www.ja-kyosai.or.jp>）をご覧ください。



「支払査定時照会制度」について

**共済金等のご請求に際し、
あなたのご契約内容等を照会させていただくことがあります。**

全国共済農業協同組合連合会（以下「当会」といいます。）は、一般社団法人生命保険協会、一般社団法人生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会（以下、当会を含み「各生命保険会社等」といいます。）とともに、お支払いの判断または共済契約もしくは保険契約等（以下「共済契約等」といいます。）の解除、取消しもしくは無効の判断（以下「お支払い等の判断」といいます。）の参考とすることを目的として、「支払査定時照会制度」にもとづき、各生命保険会社等の保有する共済契約等に関する下記の相互照会事項記載の情報を共同して利用しております。

共済金、年金または給付金（以下「共済金等」といいます。）のご請求があった場合や、これらにかかる共済事故が発生したと判断される場合に、「支払査定時照会制度」にもとづき、相互照会事項の全部または一部について、一般社団法人生命保険協会を通じて、他の各生命保険会社等に照会をなし、他の各生命保険会社等から情報の提供を受け、また他の各生命保険会社等からの照会に対し、情報を提供すること（以下「相互照会」といいます。）があります。相互照会される情報は下記のものに限られ、ご請求にかかる傷病名その他の情報が相互照会されることはありません。また、相互照会にもとづき各生命保険会社等に提供された情報は、相互照会を行った各生命保険会社等によるお支払い等の判断の参考とするため利用されることがありますが、その他の目的のために利用されることはありません。照会を受けた各生命保険会社等において、相互照会事項記載の情報が存在しなかったときは、照会を受けた事実は消去されます。各生命保険会社等は「支払査定時照会制度」により知り得た情報を他に公開いたしません。

当会が保有する相互照会事項記載の情報については、当会が管理責任を負います。共済契約者、被共済者または共済金等受取人は、当会の定める手続きにしたがい、相互照会事項記載の情報の開示を求め、その内容が事実と相違している場合には、訂正を申し出ることができます。また、次のア)～オ)に記載の事由を理由とする場合、当会の定める手続きにしたがい、当該情報の利用停止または消去を求めることができます。上記各手続きの詳細については、次のお問い合わせ窓口までお問い合わせください。

ア) 当会があらかじめ本人の同意を得ず利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱っている場合

イ) 当会が不適正な個人情報の利用・取得をしている場合

ウ) 本人が識別される保有個人データを当会が利用する必要がなくなった場合

エ) 当会が取り扱う個人データの漏えい・滅失・毀損その他の個人情報の安全の確保に係る事態であって個人の権利利益を害するおそれ大きい場合

オ) 本人が識別される保有個人データの取り扱いにより、本人の権利又は正当な利益が害されるおそれがある場合

※「支払査定時照会制度」の最新の内容については、当会ホームページ（https://www.ja-kyosai.or.jp/attention_security/）をご確認ください。

お問い合わせ窓口

全国共済農業協同組合連合会



〒102-8630 東京都千代田区平河町2丁目7番9号

電話番号：☎ 0120-536-093

☎ 0120-167-100（ご高齢者専用ダイヤル）

※ご高齢者専用ダイヤルとは、直接オペレーターにつながり、ご高齢の方にも、よりわかりやすく丁寧に應對させていただく番号サービスです。

※日曜日、祝日および12月29日～1月3日を除きます。

※メンテナンス等により予告なく変更となる場合があります。

※電話番号は、おかけ間違いのないようご注意ください。

【相互照会事項】

次の事項が相互照会されます。ただし、契約消滅後5年を経過した契約に係るものは除きます。

- 1 被共済者の氏名、生年月日、性別、住所（市・区・郡までとします。）
- 2 共済事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる共済事故（左記の事項は、照会を受けた日から5年以内のものとしします。）
- 3 共済種類、契約日、復活日、消滅日、共済契約者の氏名および被共済者との続柄、死亡共済金等受取人の氏名および被共済者との続柄、死亡共済金額、共済金額、各特約内容、共済掛金および払込方法

上記相互照会事項において、被共済者、共済事故、共済種類、共済契約者、死亡共済金、共済金額、共済掛金とあるのは、保険契約においてはそれぞれ、被保険者、保険事故、保険種類、保険契約者、死亡保険金、給付金日額、保険料と読み替えます。

※「支払査定時照会制度」に参加している各生命保険会社名につきましては、一般社団法人生命保険協会ホームページ（<https://www.seiho.or.jp/>）の「会員会社一覧」をご参照ください。

J A 共済のご相談・苦情窓口のご案内

J A 共済では、ご利用の皆さまにより一層ご満足いただけるサービスを提供できるよう、共済事業にかかる相談・苦情等を受け付けておりますので、お気軽にお申し出ください。

※「相談・苦情等」とは、共済事業にかかるご相談・苦情・紛争等に該当するものをいいます。

苦情受付と対応について（苦情処理措置の内容）

1. ご利用の皆さまからの相談・苦情等については、まずはご加入先の組合（J A）の本支所等で受け付けます。
2. 相談・苦情等の申し出があった場合、組合（J A）は、これを誠実に受け付け、ご利用の皆さまから申し出内容・事情等を充分聞き取る等により、当該相談・苦情等にかかる事情・事実関係等を調査します。
3. 組合（J A）は、相談・苦情等については、迅速かつ適切に対応するとともに、その対応について組合（J A）内で協議し、相談・苦情等の迅速な解決に努めます。
4. 組合（J A）は、ご利用の皆さまからの相談・苦情等への対応にあたっては、できるだけご利用の皆さまにご理解・ご納得いただけるよう努めます。
5. 受け付けた相談・苦情等については、定期的に組合（J A）の経営者層に報告するとともに、組合（J A）内において情報共有化を推進し、苦情処理の態勢の改善や苦情等の再発防止策・未然防止策として活用します。

まずは、ご加入先の組合（J A）の J A 共済相談・苦情等受付窓口へお申し出ください。

※組合（J A）の電話番号に関しましては、J A 共済ホームページ（<https://www.ja-kyosai.or.jp>）でもご確認いただけます。また、ご不明な場合には J A 共済相談受付センターまでお問い合わせください。

○ J A 共済相談受付センターでは、J A 共済全般に関するお問い合わせのほか、相談・苦情等をお電話で受け付けております。相談・苦情等のお申し出があった場合には、お申出者のご理解を得たうえで、ご加入先の組合（J A）に対して解決を依頼します。

J A 共済相談受付センター（J A 共済連 全国本部）

電話番号：0120-536-093 受付時間：9:00～18:00（月～金曜日）

0120-167-100（ご高齢者専用ダイヤル）9:00～17:00（土曜日）

※ご高齢者専用ダイヤルとは、直接オペレーターにつながり、ご高齢の方にも、よりわかりやすく丁寧に対応させていただく番号サービスです。

※日曜日、祝日および 12 月 29 日～1 月 3 日を除きます。

※メンテナンス等により予告なく変更となる場合があります。

※電話番号は、おかけ間違いのないようご注意ください。

紛争時の対応について（紛争解決措置の内容）

ご利用の皆さまからの相談・苦情等については、ご加入先の組合（J A）が対応しますが、ご納得のいく解決に至らない場合は、下記の中立的な外部機関である「一般社団法人 日本共済協会 共済相談所」に解決の申し立てを行うことができます。また、組合（J A）は下記外部機関を紹介し、その外部機関の標準的な手続きの概要等の情報をご提供します。詳細は組合（J A）にお問い合わせください。

一般社団法人 日本共済協会 共済相談所 <https://www.jcia.or.jp/advisory/index.html>

電話番号：03-5368-5757 受付時間：9:00～17:00

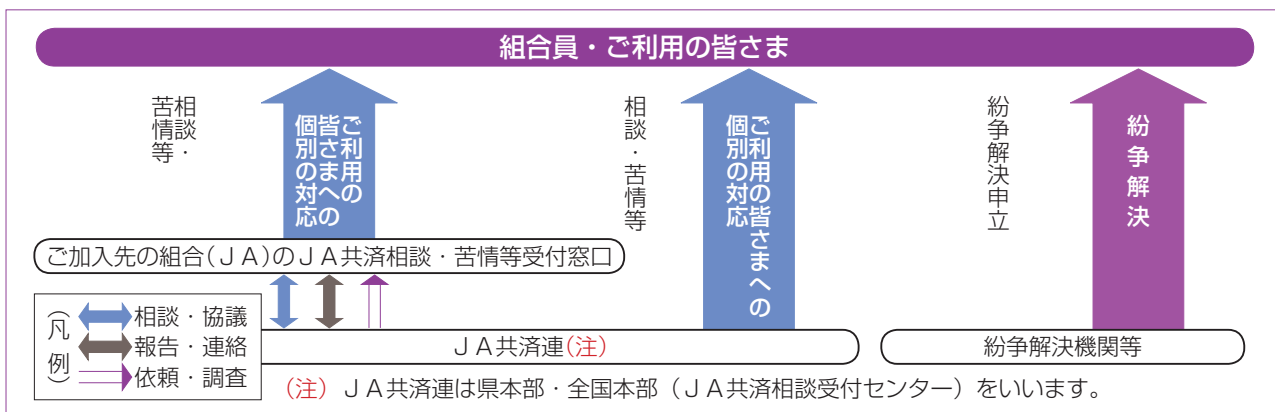
（土日・祝日および 12 月 29 日～1 月 3 日を除く）

※電話番号はおかけ間違いのないようご注意ください。

一般社団法人 日本共済協会 共済相談所では審査委員会を設置しており、裁定または仲裁により解決支援業務を行います。一般社団法人 日本共済協会 共済相談所は、「裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律」（ADR 促進法）にもとづく法務大臣の認証を取得しております。（認証取得日：平成 22 年 1 月 26 日 認証番号：第 57 号）

相談・苦情等受付・対応態勢

下図のような態勢で組合員・ご利用の皆さまからの声を真摯に受け止め、分析・業務改善活動を通じて共済仕組みや各種サービスの開発・改善に努めています。



MEMO

Handwriting practice lines consisting of 30 horizontal dotted lines.



令和7年4月

