

このたびの大規模地震により被害を受けられた皆様に、心からお見舞い申し上げます。

死亡援護金のご請求については、以下の手順に沿ってお手続き下さい。

ご請求に必要な書類(各証明書・診断書は写し可)

① 援護金請求書	※記入と捺印をして下さい。
② 同意書	※記入と捺印をして下さい。 同意書は、支払審査において、症状や治療内容、既往病歴等を病院に照会するために必要な書類です。
③ 死亡診断書(または死体検案書)	
④ 改製原戸籍または戸籍全部事項証明書または住民票	※いずれも加入者と世帯全員の続柄が確認できるものに限る

※ 加入者死亡で、受取人の同順位者が複数いる場合、①～④の他に「受取人代表届」が必要です。

※ 加入者の子供の死亡(満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの子が事故の日から180日以内に死亡したとき等)と 普通援護の配偶者が死亡(事故の日から180日以内に死亡したとき、効力発生後1年を経過し死亡したとき等)した場合も同様にお手続きが必要です。


*** ご注意 ***

請求に関わる、証明書等の取得手数料についてはお客様負担となっております。

【書類ご送付先】

〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-14-1
(財) 郵政福祉 ふくしサービス部

【お問合せ先】 ☎フリーダイヤル 0120-056-811

(財)郵政福祉 御中
 職員援護金請求書

(財)郵政福祉の職員援護規約に基づき、必要書類を添え、請求します。

※ 太枠内のみご記入ください。

<input type="checkbox"/> 死亡援護金	<input type="checkbox"/> 障害援護金
<input type="checkbox"/> 入院援護金 (<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 不慮の事故)	
<input type="checkbox"/> 付加給付	
普通援護	<input type="checkbox"/> 特別援護
<input type="checkbox"/> 合計	
加入者の方へ	
職員援護の障害等級は、労働者災害補償保険法の1級～5級が給付の対象です。身体障害者福祉法の等級とは異なりますのでご注意ください。	

請求日	平成 年 月 日
郵政福祉に関わる全ての債権との相殺に同意の上請求いたします。 (加入者死亡または障害1・2級のご請求の場合に限る)	
<input type="checkbox"/> 債権なし <input type="checkbox"/> 債権あり(下記金額) (: 円)	
フリガナ 請求者氏名	フリガナ 加入者との続柄
フリガナ 加入者氏名	フリガナ 現住所
フリガナ 所属会社 退職者記入不要	所属
死亡・障害・入院者氏名	年齢
事故発生日	死亡日 病状固定日
死亡・障害・入院(理由を含む)の状況	加入者との続柄
遺族継続について	受取口座名義

《個人情報取扱について》記載されたお客様に関する情報は、支払審査以外に利用いたしません。
 なお、提出書類については返還致しません。

【郵政福祉からのお願い】 *** 書類提出前に ***

- 下記の項目に記入・捺印漏れがないか送付前にチェックして下さい。
- ※書類に不備があった場合、送金処理が遅延または送金不可となる場合がございます。
- ☆太枠内の各項目に記入・捺印漏れがありませんか？
- ☆太枠内の各項目の にチェック漏れがありませんか？
- ☆添付書類は揃っていますか？(下記項目別参照)

本人死亡	<input type="checkbox"/> 死亡診断書(または死体検案書) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本または戸籍全部事項証明書 <input type="checkbox"/> 同意書	受付印
配偶者死亡	<input type="checkbox"/> 受取人代表届(受取人が同順位で複数いる場合) <input type="checkbox"/> 不慮の事故死亡は事実を証明する書類	
障害	(加入者本人が請求する場合) <input type="checkbox"/> 障害診断書 <input type="checkbox"/> 同意書 (親族が請求する場合) <input type="checkbox"/> 障害診断書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本または戸籍全部事項証明書 <input type="checkbox"/> 受取人代表届(受取人に同順位者が複数いた場合)	給付判定
交通事故の入院	<input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> (事故証明が発行されない場合) 事故申告書 <input type="checkbox"/> 入院証明書 <input type="checkbox"/> 同意書	処理印
不慮の事故入院	<input type="checkbox"/> 入院診断書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> (入院診断書に被災状況が記入されていない場合) 事故申告書	
加入者の子死亡	<input type="checkbox"/> 死亡診断書 (または死体検案書) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本または戸籍全部事項証明書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 不慮の事故による死亡の場合、それを証明する書類	

※請求者自署

同意書

主治医様

患者氏名	
患者住所	〒 -
生年月日	S・H 年 月 日

私は、郵政福祉が支払審査の必要上、上記の者の症状、治療内容、既往病歴等について、本書をもって、貴殿に対し照会を行うことに同意しますので、詳細に渡りご説明下さいますよう、よろしくご依頼申し上げます。

なお、診断書または証明書の作成をお願いした際は、お手数ですがご発行くださるよう併せてお願い申し上げます。

※請求者自署

同意年月日	平成 年 月 日
同意者氏名	(印)
同意者住所	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ (同じでない場合は下欄記入) 〒 -
患者との続柄	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()

- 注意
1. 太枠内は同意者が記入して下さい。
 2. この「同意書」は請求書類と一緒に郵政福祉に提出して下さい。(病院へ提出する必要はありません。)

受取人代表届

故 _____ の 職員援護金 災害見舞金 受け取りに関し、

受取順位及び同位者全ての上、私が代表者となりましたことをお届けします。

平成 年 月 日

【代表者】	氏名 (印)	(故人との続柄)	連絡先電話番号 ()
	住所 〒		

☆同意者は、代表者が受け取ることに同意し、不服申し立てないことを誓約いたします。

【同意者】 ※自署	氏名 (印)	(故人との続柄)	連絡先電話番号 ()
	住所 〒		

【同意者】 ※自署	氏名 (印)	(故人との続柄)	連絡先電話番号 ()
	住所 〒		

【同意者】 ※自署	氏名 (印)	(故人との続柄)	連絡先電話番号 ()
	住所 〒		

【同意者】 ※自署	氏名 (印)	(故人との続柄)	連絡先電話番号 ()
	住所 〒		

【同意者】 ※自署	氏名 (印)	(故人との続柄)	連絡先電話番号 ()
	住所 〒		

※ この受取人代表届は、規約に定める受取人の同順位者が2人以上いる場合に必要です。

受取人順位は下記のとおりです。

- ①配偶者
- ②子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹で加入者の死亡当時主として加入者の収入によって生計を維持していた人
- ③②に掲げる人のほか、加入者の死亡当時主として加入者の収入によって生計を維持していた親族
(ここでいう親族とは血族は6親等内、姻族は3親等内の親族をいいます)
- ④子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であって②に該当しない人

※※ 同意者の方に確認する場合がございます。ご了承願います。

《個人情報の取扱について》記載されたお客様に関する情報は、この支払い処理以外に利用いたしません。