

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

ご請求に必要な書類

- | | |
|----------|---|
| 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 障害診断書 | ※郵政福祉所定の書式が必要ですので、お手数ですが下記のフリーダイヤルにお電話下さい。別途お送りします。 |

※ 加入者以外の方が援護金請求をする場合、①～③の他に下記の提出が必要です。

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| ④ 改製原戸籍または戸籍全部事項証明書または住民票（全て写し可） | ※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 |
| ⑤ 受取人代表届（受取人が同順位で複数いる場合） | |


*** ご注意 ***

1. 当方の障害認定は、労働者災害補償保険法で定められている基準（別紙参照）に基づいて審査し認定しておりますので、身体障害者手帳等の基準及び等級とは、異なります。
2. 請求に関わる、証明書・診断書等の手数料経費についてはお客様負担となっております。診断書作成の際は、担当医師とよくご相談下さい。

【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	遺族継続について
フリガナ 受取口座 名義	ゆうちょ銀行通常貯金(右詰で記入して下さい。)

《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。)