

けんろう共済
休業補償共済金給付申請書

長野県建設労働組合連合会

組 合 員 本 人	記 号 号 番 号	建	使用した 医療保険	1. 建設国保 2. 市町村国保 3. 社保 4. 自賠 5. 労災 6. 自費 7. その他				
	氏 名		昭 平	年	月	日 生	共 済 型	A 型
	住 所	〒 TEL ()						B 型
傷病の原因（負傷の場合は必ず記入してください）								

※今回の申請で皆さんから届け出ていただいた個人情報は共済事業以外には使用しません。

組合名	単組受付日
	年 月 日

「けんろう共済」から労務不能となった時に、収入の一部を補うため以下の共済金が給付されます。

共済種目	給付日額	給付限度日数及び待機期間	共済種目	給付日額	給付限度日数及び待機期間
病気入院 A 型	4,000 円	200 日→(5 年後)150 日→(5 年後)100 日	病気入院 B 型	2,000 円	100 日→(5 年後)50 日
負傷入院 A 型	4,000 円	200 日→(3 年後)150 日→(3 年後)100 日	負傷入院 B 型	2,000 円	100 日→(3 年後)50 日
自宅療養 A 型	2,500 円	100 日→(3 年後) 75 日→(3 年後) 50 日	自宅療養 B 型	1,500 円	100 日→(3 年後)50 日

※この共済は組合員本人のみが対象となります。

※この共済は医師による労務不能の証明をもって有効となります。整骨院等の証明は対象となりません。

※給付金はあらかじめ登録された口座に振り込みます。口座登録をされていない場合は、「振込先口座届」も一緒に提出してください。組合員が死亡している場合は、組合員以外の口座へ登録口座の変更をしてください。

※原則として事由発生から 4 日間は給付を免責とします。

※組合加入から 3 ヶ月間は病気入院給付を免責とします。

※時効による給付制限がありますので、ご注意ください。

審査処理欄

共済種目	期 間	日 数	給付額	復活日
病気入院 型				
負傷入院 型				
自宅療養 型				
文 書 証 明 料				

				円
--	--	--	--	---

[医師記入欄]

治療証明書

長野県建設労働組合連合会

氏名				生年 月日	大正 昭和・平成	年	月	日生	
傷病名					発病（受傷）年月日				
入院または通院治療の対象 となった傷病名		(1)			年			月	日・不詳
		(2)			年			月	日・不詳
入 期 院 間	第1回 入 院	年			月	日～	年	月	日迄 (現在入院中・退院)
	第2回 入 院	年			月	日～	年	月	日迄 (現在入院中・退院)
※ 労 務 不 能 期 間 (自宅療養)	第1回労務 不 能 期 間	年			月	日～	年	月	日迄 日間
	第2回労務 不 能 期 間	年			月	日～	年	月	日迄 日間

※労務不能期間は、入院期間以外の、「通院・自宅療養で労務に服することができなかったと判断される期間」を記入して下さい。また、この治療証明書の証明日以降の見込み期間は記入しないようにして下さい。

現在の状況	年	月	日	治癒、治療継続中、治療中止、死亡、転院
症状経過および治療内容（検査結果、手術の種類・実施日含む）				

上記のとおり証明いたします。				年	月	日
所在地						
医療機関名				担当科（ ）		
電		話 （ ）		医師名		

* 今回の申請で皆さんから届け出ていただいた個人情報は共済事業以外には使用しません。