

# U A ゼンセン見舞金制度 簡易マニュアル

2025 年 7 月版

U A ゼンセン見舞金申請は2025年7月1日よりWEB申請となります

## U A ゼンセン見舞金制度の申請についての注意点

組合員本人死亡

組合員の配偶者死亡

組合員の家族死亡

休業

住宅被災

申請に必要な添付書類について

「U A ゼンセン見舞金制度」 給付申請書

「U A ゼンセン見舞金制度」 申請用添付書類

入会申込書

見舞金宛て書類送り状

この「U A ゼンセン見舞金制度簡易マニュアル」は、

U A ゼンセンホームページ → メンバーズ にあります。

見舞金についてのお問い合わせ・申請・給付は、所属労働組合を経由となります。

# UAゼンセン見舞金制度

## 死亡したとき

組合員死亡…すべての事由に給付されます。

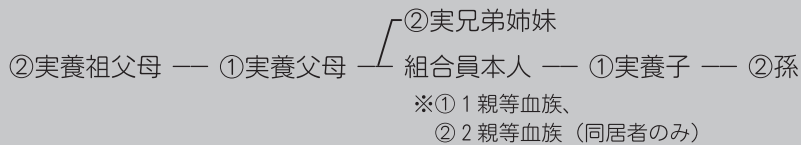
配偶者死亡…すべての事由に給付されます。(事実婚・同性婚)

家族死亡…事故死(死産・自殺も含む)のみ給付されます。(2親等は同居者のみ)

### <対象となる家族の範囲>

①組合員の1親等の血族…実養父母、実養子

②組合員と同居中の2親等の血族…実兄弟姉妹、実養祖父母、孫



「養」とは、育ててくれた、または育てたの意味で、戸籍上で判断します。

甥・姪・配偶者の兄弟、子の配偶者、孫の配偶者、義理父母は対象外

## 30日以上休業したとき

休業…組合員が病気やケガで連続30日以上仕事を休業したとき(休日、休暇の通算可)に給付されます。

## 住宅が被害を受けたとき

住宅被災…組合員の現住居が火災や風水害・地震などの被害を受けたときに給付されます(単身赴任の場合は現住居および自宅)。

※塀、物置、倉庫、車庫、ベランダなど居住場所以外の付属物には適用されません。

①全焼・流失・全損…新築しなければ居住できない程度の被災。

②半焼・半損……………居住床面積の20%以上の焼損、20%以上の損壊  
大規模半損

床上浸水……………風水害によって床上に浸水したとき。

○準半壊・一部損壊・床下浸水は対象外。

## 併 給

同一災害によって、二つ以上の給付事由を有する場合(例:住宅被災+休業)等は併給されます。申請書は別々に作成して下さい。

### 申請期間は90日(約3ヶ月)

見舞金申請は、事由発生した日(死亡日、病気・ケガによる休業の場合は治愈出勤日、住宅被災を受けた日)から90日以内に行ってください。

90日を過ぎるとオンライン申請はできません。

### 給付申請書・添付書類は 確実にお願いします

☆給付申請人は、すべて「組合員本人」となります。死亡の場合も「組合員本人」をご記入ください。

☆給付条件を確認する際、不明確な部分がありますと、給付が遅れることとなりますのでご注意下さい。

## 組合員 本人死亡

### 【給付申請書の欄】

(1) 101死亡

申請人欄（加盟組合・組合員本人）

死 亡 欄（亡くなったのが組合員本人であっても、組合員名を記載）

### 【必要書類】 複数のページがある際は、全ページのコピーを添付

#### 死亡届のコピー

死亡診断書のコピー

住民票の除票のコピー（続柄を省略していないもの）

戸籍の全部事項証明のコピー

戸籍の個人事項証明のコピー

#### 社内的な死亡連絡票（会社オリジナル含む）

その他会社の認めたもの

## 組合員の配偶者死亡

### 【給付申請書の欄】

(1) 113配偶者死亡

申請人欄（加盟組合・組合員本人）

死 亡 欄（配偶者の氏名等の記載）

### 【必要書類】 複数のページがある際は、全ページのコピーを添付

死亡届（届出人の欄に組合員の氏名の記載が有る）コピー＜組合員の配偶者であることが分かること＞

配偶者の住民票の除票のコピー（続柄を省略していないもの）＜組合員の配偶者であることが分かること＞

戸籍の全部事項証明のコピー

戸籍の個人事項証明のコピー

会社に申請に使用するもののコピー＜組合員の配偶者であることが分かること＞

事実婚・**同性婚**について（住民票の登録が同一となっていないものは認めない）

同居していた事実のわかる住民票と配偶者の除票（続柄の省略してないもの）

民生委員発行の事実婚・同性婚証明書

パートナーシップ宣言受領書

同居の事実を証明する住宅の賃貸契約書の写し等

## 組合員の家族死亡【病死は対象外】

### 【給付申請書の欄】

#### (1) 114家族死亡

申請人欄（加盟組合・組合員本人）

死亡欄（家族の氏名等の記載）

### 【必要書類】 複数のページがある際は、全ページのコピーを添付

- ・一親等（実養父母、子）の死亡

死因のわかる死亡診断書のコピーと、親子関係のわかる戸籍（戸籍の全部事項証明のコピー）

- ・二親等（同居の実養祖父母、兄弟姉妹、同居の孫）

死因のわかる死亡診断書のコピーと、親子関係のわかる戸籍（戸籍の全部事項証明のコピー）と、住民票の除票のコピー（続柄を省略していないもの）

- ・死産

死産証明書（組合員の名前の記載が有ること）のコピー

母子手帳の表紙（組合員の氏名があること）と出産の状態の記載が有るページのコピー

## 休業【1回申請すると3年間は申請できない】

但し自然災害、労災・通勤災害の際はこの限りとしなない。これらの申請は、その事由のわかるものを添付する。

### 【給付申請書の欄】

#### (2) 121休業

申請人欄（加盟組合・組合員本人）

休業欄（傷病名、休業期間・区分等）

### 【必要書類】 添付書類の見本をご参照ください。

- ・連続休業証明書（定型書式を作成）（原本）に氏名（フリガナ）、生年月日、30日以上の実業期間、病名が記入されていること。

**ポイント\*** 連続休業証明書（定型書式を作成）（原本）の添付のみで申請は可能とする。

定型の連続休業証明書が発行できない場合は、下記の①と②のどちらか1種類を添付する。

- ① 休業証明書（原本）又は勤怠簿の写しに上長の署名捺印のあるもの
- ② 診断書・傷病手当金請求書・退院証明書・施術証明書・入院計画書 等（病名の記載がある）のコピー

- ・妊娠関連休業については、母性健康管理指導事項連絡カードのコピーと、連続休業証明書（原本）  
定型書式の証明書が使用できない場合は、従来通りの添付書類を用意する。

- ・自然災害、労災・通勤災害として申請する際は

労働者災害補償保険休業補償給付請求書、（8号）

労働者私傷病報告書（23号）

通勤災害労働者災害補償保険休業給付請求書（16号）等のコピーを添付する。

## 住宅被災

本人が居住していること（単身赴任中で配偶者住居を含む）

### 【給付申請書の欄】

(3) 131住宅被災（全焼・流出・全壊）

132住宅被災（半焼・半壊・床上浸水）

申請人欄（加盟組合・組合員本人）

住宅被災欄（被災年月日・被災所在地・被災状況と）

【必要書類】罹災証明書に組合員名が無い場合は、運転免許証の両面又は住民票のコピーを添付すること。

被災程度の明確でない罹災証明書の場合は写真判定の審査する。

#### ・自然災害

被災程度の入った罹災証明（全焼全壊、半焼半壊・床上浸水）

#### ・住宅被災（罹災証明で明確でない場合は**写真を添付**）

被災程度の入った罹災証明書（全焼、半焼等の範囲を示す数値）

### 【WEB申請 添付書類の注意点】

・申請書類をPDFファイルにするときは、書類全てが確認できるようにしてください。

・ファイル名を付けて添付ください。 例 …… ○○ ○○ 休業証明

### 【給付金送金について】

・加盟組合申請後、申請処理済のものについては、火曜日に組合口座および都道府県支部口座に送金します。

WEB申請したものは、画面上にて確認ができます。

通帳には、「ユーエイゼンセン ミマイキン」と印字されます。

・送金案内は、WEB申請画面より印刷ください。

**ポイント** …… 医師の証明があること

## 退 院 証 明 書

保険医療機関名称

住所

電話番号

主治医指名

患者指名

患者住所

電話番号

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 ( 歳)

1. 当該保険医療機関における入院年月日および退院年月日

☐ 入院年月日 平成 年 月 日

☐ 退院年月日 平成 年 月 日

2. 当該保険医療機関における入院基本料等 (特定入院料を含む)

の種別および算定期間

(複数ある場合はそれぞれ記載のこと)

☐ 入院基本料等の種別:

☐ 算定期間: 日 (平成 年 月 日  
～平成 年 月 日)

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

☐ 日 (平成 年 月 日現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名

☐ 傷病名:

5. 転帰 (該当するものに○をつける)

☐ 治癒

☐ 治療に近い状態 (寛解状態を含む)

☐ その他

6. その他特記事項

**ポイント** …… 死亡者名 又は、届出人欄に組合員名があること。

# 死 亡 届

令和 年 月 日 届出

長 殿

|                      |               |         |       |     |       |     |
|----------------------|---------------|---------|-------|-----|-------|-----|
| 受 理 令 和 年 月 日<br>第 号 | 発 送 令 和 年 月 日 |         |       |     |       |     |
| 送 付 令 和 年 月 日<br>第 号 | 長 印           |         |       |     |       |     |
| 書 類 調 査              | 戸 籍 記 載       | 記 載 調 査 | 調 査 票 | 附 票 | 住 民 票 | 通 知 |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| (1) (よみかた)                                | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     | □男 □女              |
| (2) 氏 名                                   | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     | □男 □女              |
| (3) 生 年 月 日                               | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                 | (生れてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も記入してください) | □午前 時 分<br>□午後 時 分 |
| (4) 死亡したとき                                | 令 和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                             | □午前 時 分<br>□午後 時 分                  |                    |
| (5) 死亡したところ                               | 番 地 番 号                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                    |
| (6) 住 所<br>(住民登録をして<br>いるところ)             | 世帯主<br>の氏名                                                                                                                                                                                                                                                            |                                     |                    |
| (7) 本 籍<br>(外国人のときは<br>国籍だけを記入<br>してください) | 番 地 番 号<br>筆頭者<br>の氏名                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                    |
| (8) 死亡した人の<br>夫 または 妻                     | □いる (満 歳) □いない (□未婚 □死別 □離別)                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                    |
| (10) 死亡したときの<br>世帯のおもな<br>仕事と             | □ 1. 農業だけまたは農業とその他の仕事を持っている世帯<br>□ 2. 自由業・商工業・サービス業等を個人で経営している世帯<br>□ 3. 企業・個人商店等 (官公庁は除く) の常用勤労者世帯で勤め先の従業員数が1人から99人までの世帯 (日々または1年未満の契約の雇用者は5)<br>□ 4. 3にあてはまらない常用勤労者世帯及び会社団体の役員の世帯 (日々または1年未満の契約の雇用者は5)<br>□ 5. 1から4にあてはまらないその他の仕事をしている者のいる世帯<br>□ 6. 仕事をしている者のいない世帯 |                                     |                    |
| (11) 死亡した人の<br>職 業 ・ 産 業                  | (国勢調査の年… 年…の4月1日から翌年3月31日までに死亡したときだけ記入してください)<br>職業 産業                                                                                                                                                                                                                |                                     |                    |
| そ<br>の<br>他                               |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                    |
| 届<br>出<br>人                               | □ 1. 同居の親族 □ 2. 同居していない親族 □ 3. 同居者 □ 4. 家主 □ 5. 地主<br>□ 6. 家屋管理人 □ 7. 土地管理人 □ 8. 公設所の長 □ 9. 後見人<br>□ 10. 保佐人 □ 11. 補助人 □ 12. 任意後見人 □ 13. 任意後見受任者<br>住 所<br>本 籍 番 地 番 号 筆頭者の氏名<br>署名 (※押印は任意) 印 年 月 日生                                                                 |                                     |                    |
| 事 件 簿 番 号                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                    |

## 記入の注意

鉛筆や消えやすいインキで書かないでください。

死亡したことを知った日からかぞえて7日以内に  
出してください。

届書は、1通でさしつか  
えありません。

→ 「筆頭者の氏名」には、  
戸籍のはじめに記載さ  
れている人の氏名を書  
いてください。

→ 内縁のものはふくまれ  
ません。

□には、あてはまるも  
のに○のようにするし  
をつけてください。

→ 死亡者について書いて  
ください。

届け出られた事項は、人  
口動態調査 (統計法に基  
づく基幹統計調査、厚生  
労働省所管)、がん登録  
等の推進に関する法律に  
基づく全国がん登録 (厚  
生労働省所管)、高齢者  
の医療の確保に関する法  
律に基づくレセプト情報  
・特定健診等情報デー  
タベース (厚生労働省所管)、  
感染症の予防及び感染症  
の患者に対する医療に関  
する法律に基づく所要の  
感染症対策 (厚生労働省  
所管) にも用いられます。



# 死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書（死体検案書）は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。

## 記入の注意

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

傷病名等は、日本語で書いてください。  
I欄では、各傷病について発病の型（例：急性）、病因（例：病原体名）、部位（例：胃噴門部がん）、性状（例：病理組織型）等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。

産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

I欄及びII欄に記した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。  
「5煙、火災及び火烙による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういった状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。  
母子健康手帳等を参考に書いてください。

|                                      |                                                                                                                               |                              |                                                                  |                                                              |           |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| 氏名                                   | 1男<br>2女                                                                                                                      |                              | 生年月日                                                             | 明治 昭和 年 月 日<br>大正 平成<br>(生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください。) | 午前・午後 時 分 |
| 死亡したとき                               | 令和 年 月 日                                                                                                                      | 午前・午後 時 分                    |                                                                  |                                                              |           |
| 死亡したところ及びその種別                        | 死亡したところの種別<br>1病院 2診療所 3介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他                                                                         | 死亡したところ<br>番 地 番 号           |                                                                  |                                                              |           |
| 死亡の原因                                | (ア) 直接死因                                                                                                                      |                              | 発病 (発症)                                                          |                                                              |           |
|                                      | (イ) (ア)の原因                                                                                                                    |                              | 又は受傷から死亡までの期間                                                    |                                                              |           |
|                                      | (ウ) (イ)の原因                                                                                                                    |                              | ◆年、月、日等の単位で書いてください。ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください。(例：1年3ヵ月、5時間20分) |                                                              |           |
|                                      | (エ) (ウ)の原因                                                                                                                    |                              |                                                                  |                                                              |           |
|                                      | 直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等                                                                                              |                              |                                                                  |                                                              |           |
| 手術                                   | 1無 2有                                                                                                                         | 部位及び主要所見                     |                                                                  |                                                              |           |
|                                      | 1無 2有                                                                                                                         | 手術年月日 平成 昭和 年 月 日            |                                                                  |                                                              |           |
| 解剖                                   | 1無 2有                                                                                                                         | 主要所見                         |                                                                  |                                                              |           |
|                                      | 1無 2有                                                                                                                         |                              |                                                                  |                                                              |           |
| 死因の種類                                | 1病死及び自然死<br>外因死 不慮の外因死 { 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火烙による傷害 }<br>6窒息 7中毒 8その他<br>その他及び不詳の外因死 { 9自殺 10他殺 11その他及び不詳の外因 }<br>12不詳の死 |                              |                                                                  |                                                              |           |
| 外因死の追加事項                             | 傷害が発生したとき                                                                                                                     | 平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分        | 傷害が発生したところ                                                       | 都道府県 市区町村                                                    |           |
|                                      | 傷害が発生したところの種別                                                                                                                 | 1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他 ( )   | 手段及び状況                                                           |                                                              |           |
| ◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください                |                                                                                                                               |                              |                                                                  |                                                              |           |
| 生後1年未満で                              | 出生時体重<br>グラム                                                                                                                  | 単胎・多胎の別<br>1単胎 2多胎 ( 子中第 子 ) | 妊娠週数<br>清 週                                                      |                                                              |           |
| 病死した場合の追加事項                          | 妊娠・分娩時における母体の病歴又は異状<br>1無 2有 [ ] 3不詳                                                                                          |                              | 母の生年月日<br>昭和 平成 年 月 日                                            | 前回までの妊娠の結果<br>出生児 人<br>死産児 胎<br>(妊娠満22週以後に限る)                |           |
| その他特に付言すべきことがら                       |                                                                                                                               |                              |                                                                  |                                                              |           |
| 上記のとおり診断 (検案) する                     |                                                                                                                               |                              | 診断 (検案) 年月日 令和 年 月 日                                             |                                                              |           |
| (病院、診療所若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所) |                                                                                                                               |                              | 本診断書 (検案書) 発行年月日 令和 年 月 日                                        |                                                              |           |
| (氏名) 医師                              |                                                                                                                               |                              | 番 地 番 号                                                          |                                                              |           |
|                                      |                                                                                                                               |                              | 印                                                                |                                                              |           |

ポイント：病死か病死以外を確認します。



## 死産証書（死胎検案書）

この死産証書（死胎検案書）は、我が国の死産統計作成の資料としても用いられます。かいきで、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

|                                                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                           |         |               |                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|---------------|----------------|-----|
| 死産児の男女別                                                                                                                                                                                                      | 1 男                                                                       | 母の氏名                                      |         |               |                |     |
|                                                                                                                                                                                                              | 2 女                                                                       | 妊娠週数                                      | 満       | 週             | 日              |     |
|                                                                                                                                                                                                              | 3 不詳                                                                      |                                           |         |               |                |     |
| 死産があったとき                                                                                                                                                                                                     | 令和 年 月 日 午前・午後 時 分                                                        |                                           |         |               |                |     |
| 死産児の体重及び身長                                                                                                                                                                                                   | 体 重                                                                       |                                           | 身長      |               |                |     |
|                                                                                                                                                                                                              | グラム                                                                       |                                           | センチメートル |               |                |     |
| 胎児死亡の時期<br>(妊娠満22週以後の)<br>自然死産に限る                                                                                                                                                                            | 1 分娩前      2 分娩中      3 不明                                                |                                           |         |               |                |     |
| 死産があったところ及びその種別                                                                                                                                                                                              | 死産があったところの種別                                                              | 1 病 院    2 診療所    3 助産所    4 自 宅    5 その他 |         |               |                |     |
|                                                                                                                                                                                                              | 死産があったところ                                                                 | 番 地<br>番 号                                |         |               |                |     |
|                                                                                                                                                                                                              | (死産があったところの種別1～5)<br>施設の名称                                                |                                           |         |               |                |     |
| 単胎・多胎の別                                                                                                                                                                                                      | 1 単 胎      2 多 胎 (      子中第      子)      3 不 詳                            |                                           |         |               |                |     |
| 死 産 の<br>自 然 人 工 別<br>◆胎児を出生させることを目的として人工的処置を加えたにもかかわらず死産した場合「自然死産」とします                                                                                                                                      | 1 自然死産<br>2 母体保護法による人工死産<br>3 母体保護法によらない人工死産<br>4 不 明                     |                                           |         |               |                |     |
| 自然死産の原因<br>若しくは理由又は人工死産の理由<br><br>◆Ⅰの(ア)欄には直接原因又は理由を胎児の側か母の側のいずれかに分けて書き、さらにそれと因果関係のある原因又は理由があれば(イ)欄に続けて、それぞれ胎児又は母の側に分けて書いてください。<br>ただし、胎児又は母の側いずれか決めかねる場合は、母の側に書いてください。<br>◆自然死産か人工死産か不明の場合は、自然死産の欄に書いてください。 | 自 然 死 産 の 場 合                                                             |                                           |         | 人 工 死 産 の 場 合 |                |     |
|                                                                                                                                                                                                              | 胎 児 の 側                                                                   |                                           |         | 母 の 側         |                |     |
|                                                                                                                                                                                                              | Ⅰ<br>(ア)の理由<br>(イ)の理由<br>(ウ)の理由<br>(エ)の理由                                 | ア<br>直接原因<br>又は理由                         |         | 母体保護法による場合    | 1<br>母体側の疾患による | 疾患名 |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                           | イ<br>(ア)の理由                               |         |               | 2              | 理 由 |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                           | ウ<br>(イ)の理由                               |         |               | その他            |     |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                           | エ<br>(ウ)の理由                               |         |               | 1<br>母体側の疾患による | 疾患名 |
|                                                                                                                                                                                                              | Ⅱ<br>直接には死産に関係しないが、Ⅰ欄の経過に影響を及ぼした傷病名等                                      |                                           |         | 母体保護法によらない場合  | 2<br>理 由       |     |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                           |                                           |         |               | その他            |     |
|                                                                                                                                                                                                              | 胎児手術の有無                                                                   | 1 無    2 有 { 部位及び主要所見 }                   |         |               |                |     |
|                                                                                                                                                                                                              | 死胎解剖の有無                                                                   | 1 無    2 有 { 主要所見 }                       |         |               |                |     |
| 1 医 師                                                                                                                                                                                                        | 上記のとおり証明（検案）する      証明（検案）年月日 令和 年 月 日<br>本証明書（検案書）発行年月日 令和 年 月 日         |                                           |         |               |                |     |
| 2 助 産 師                                                                                                                                                                                                      | ( 病院、診療所若しくは助産所の名称及び<br>所在地又は医師若しくは助産師の住所 )      番地 番 号<br>( 氏 名 )      印 |                                           |         |               |                |     |

← 妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により測定し、できるだけ正確に書いてください。  
← 夜の12時は、「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

ポイント：  
「3」に○が付いている場合は給付対象外

← Ⅰ欄及びⅡ欄に関係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を中心に書いてください。

市町村（特別区）名

# 母子健康手帳

令和 年 月 日交付

保護者の氏名：

：

子の氏名（第 子）

No.

このページは産後なるべく早く記入してもらいましょう。

## 出産の状況

|                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| 妊娠期間             | 妊娠週                                 |
| 分娩日時             | 年 月 日 午前 午後 時 分                     |
| 分娩の経過<br>(母児の状況) | 頭位 骨盤位 その他 ( )<br>特記事項              |
| 分娩所要時間           | 出血量 少量・中量・多量 ( ml )                 |
| 性別・数             | 男・女・不明：単・多 ( 胎 )                    |
| 計測値              | 体重 g 身長 cm<br>胸囲 cm 頭囲 cm           |
| 特別な所見・処置         | 新生児仮死→( 死 亡・蘇 生 )・死 産               |
| 証 明              | 出生証明書・死産証明書・出生証明書及び死亡診断書<br>(死胎検案書) |
| 出産の場所<br>名称      |                                     |
| 分娩取扱者<br>氏 名     | 医 師 助産師 その他                         |

※医師が記入します

母性健康管理指導事項連絡カード

事業主 殿 令和 年 月 日

医療機関等名 医師等氏名 印

下記の1の者は、健康診査及び保健指導の結果、下記2～4の措置を講ずることが必要であると認めます。

記

1. 氏名等

|    |     |   |       |   |   |   |
|----|-----|---|-------|---|---|---|
| 氏名 | 妊婦数 | 週 | 分娩予定日 | 年 | 月 | 日 |
|----|-----|---|-------|---|---|---|

2. 指導事項（該当する指導項目に○を付けてください。）

| 症 状 等                               | 指 導 項 目                        | 標 準 措 置                                               |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|
| つわり                                 | 症状が著しい場合                       | 勤務時間の短縮<br>休業（入院加算）                                   |
| 妊娠悪阻                                |                                |                                                       |
| 妊婦貧血                                | Hb9g/dl以上11g/dl未満<br>Hb9g/dl未満 | 負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮<br>休業（自宅療養）                      |
| 子宮内胎児死疑有連延                          | 軽 症<br>重 症                     | 負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮<br>休業（自宅療養又は入院加算）                |
| 切迫流産（妊娠22週未満）                       |                                | 休業（自宅療養又は入院加算）                                        |
| 切迫早産（妊娠22週以後）                       |                                | 休業（自宅療養又は入院加算）                                        |
| 妊 婦 浮 腫                             | 軽 症<br>重 症                     | 負担の大きい作業、長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業の制限又は勤務時間の短縮<br>休業（入院加算） |
| 妊 婦 蛋白尿                             | 軽 症<br>重 症                     | 負担の大きい作業、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限又は勤務時間の短縮<br>休業（入院加算）      |
| 妊婦高血圧<br>症候群<br>（妊娠中毒症）             | 高血圧が見られる場合<br>高血圧に<br>蛋白尿を伴う場合 | 負担の大きい作業、ストレス・緊張を多く感じる作業の制限又は勤務時間の短縮<br>休業（入院加算）      |
| 妊婦前から持っている病気<br>（妊娠により症状の悪化が見られる場合） | 軽 症<br>重 症                     | 負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮<br>休業（自宅療養又は入院加算）                |

診断書例（母性健康管理指導事項連絡カード）

| 症 状 等                                        | 指 導 項 目                          | 標 準 措 置                                                                                                               |
|----------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 妊娠中に<br>か<br>ら<br>り<br>や<br>す<br>い<br>病<br>気 | 症状が著しい場合<br>症状が著しい場合<br>症状が著しい場合 | 長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業の制限又は換りになるの休憩<br>長時間の立作業、同一姿勢を強制される作業の制限<br>負担の大きい作業、長時間作業場所を離れることのできない作業、寒い場所での作業の制限<br>休業（入院加算） |
| 多胎妊娠（胎）                                      | 軽 症<br>重 症                       | 必要に応じ、負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮<br>多胎で特殊な例又は三胎以上の場合、特に慎重な管理が必要<br>負担の大きい作業の制限又は勤務時間の短縮<br>休業（自宅療養）                         |
| 産後の回復不全                                      | 軽 症<br>重 症                       |                                                                                                                       |

標準措置と異なる措置が必要である等の特記事項があれば記入してください。

3. 上記2の措置が必要な期間（当面の予定期間に○を付けてください。）

4. その他の指導事項（措置が必要である場合は○を付けてください。）

|              |              |
|--------------|--------------|
| 1週間（月 日～月 日） | 妊娠中の運動緩和の措置  |
| 2週間（月 日～月 日） | 妊娠中の休憩に関する措置 |
| 4週間（月 日～月 日） |              |
| その他（月 日～月 日） |              |

【記入上の注意】  
(1) 「4. その他の指導事項」の「妊娠中の運動緩和の措置」欄には、交通機関の混雑状況及び妊娠経過の状況にかんがみ、措置が必要となる場合、○印をご記入下さい。  
(2) 「4. その他の指導事項」の「妊娠中の休憩に関する措置」欄には、作業の状況及び妊娠経過の状況にかんがみ、休憩に関する措置が必要な場合、○印をご記入下さい。

指導事項を守るための措置申請書

上記のとおり、医師等の指導事項に基づき措置を申請します。

令和 年 月 日

事業主 殿 所 属 氏 名 印

この様式の「母性健康管理指導事項連絡カード」の欄には医師等が、また、「指導事項を守るための措置申請書」の欄には女性労働者が記入してください。



# 戸籍謄本全部事項証明書

ポイント（2枚あります。全ページ提出）

(2の1)

全部事項証明書

|                        |                                                                                                             |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本<br>氏<br>名            | 東京都千代田区九段南〇ー〇ー〇<br>山田 太郎                                                                                    |
| 戸籍事項<br>戸 籍 改 製        | 【改製日】 平成24年2月11日<br>【改製事由】平成〇年法務省令第〇〇号〇〇による改製                                                               |
| 戸籍に記録されている者<br><br>除 籍 | 【名】 太 郎<br>【生年月日】 昭和31年11月24日<br>【父】 山田 大吉<br>【母】 山田 花子<br>【続柄】 長男                                          |
| 身分事項<br>出 生            | 【出生日】 昭和31年11月24日<br>【出生地】 長崎県〇〇郡〇町〇ー〇<br>【届出日】 昭和31年11月26日<br>【届出人】 父                                      |
| 婚 姻                    | 【婚姻日】 昭和58年4月15日<br>【配偶者氏名】 鈴木 良子                                                                           |
| 死 亡                    | 【死亡日】 令和4年12月25日<br>【死亡時分】 午後1時13分<br>【死亡地】 東京都千代田区<br>【届出日】 平成29年10月8日<br>【届出人】 親族 山田 良子<br>【受理者】 東京都千代田区長 |
| 戸籍に記録されている者            | 【名】 良 子<br>【生年月日】 昭和33年5月10日<br>【父】 鈴木 順平<br>【母】 鈴木 真由美<br>【続柄】 次女                                          |
| 身分事項<br>出 生            | 【出生日】 昭和33年5月10日<br>【出生地】 山口県〇〇郡〇町〇ー〇<br>【届出日】 昭和33年5月13日<br>【届出人】 父                                        |
| 婚 姻                    | 【婚姻日】 昭和58年4月15日<br>【配偶者氏名】 山田 太郎                                                                           |
| 配偶者の死亡                 | 【配偶者の死亡日】 令和4年12月25日                                                                                        |

発行番号 00123456-111-222 東京都千代田区

以下次頁



# 戸籍謄本全部事項証明書

ポイント（2枚あります。全ページ提出）

（2の2）

全部事項証明書

|             |                                                                                          |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 戸籍に記録されている者 | <p>【名】 舞 子</p> <p>【生年月日】 昭和62年6月10日</p> <p>【父】 山田 太郎</p> <p>【母】 山田 良子</p> <p>【続柄】 長女</p> |
| 身分事項<br>出 生 | <p>【出生日】 昭和62年6月10日</p> <p>【出生地】 東京都千代田区</p> <p>【届出日】 昭和62年6月11日</p> <p>【届出人】 父</p>      |
| 以下余白        |                                                                                          |

発行番号 00123456-111-222 東京都千代田区

これは、戸籍に記録されている事項の全部を証明した書面である。

令和6年1月5日 東京都千代田区長

〇〇 〇〇 印

ポイント





**注 意** この書類は労働災害があったことを事業所が労基署に提出するものです。  
会社に提出を求めてください。

**ポイント**

## 診断書例（労働者死傷病報告）

### 労働者死傷病報告

様式第23号（第97条関係）（表面）

|                                                                                         |  |                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| 労働保険番号（建設業の工事に従事する下請人の労働者が被災した場合、元請人の労働保険番号を記入すること。）                                    |  | 事業の種類                             |  |
| 81001                                                                                   |  |                                   |  |
| 都道府県   市町村   管轄   基礎番号   枝番号   統一括事業場番号                                                 |  |                                   |  |
| 事業場の名称（建設業にあつては工事名を併記のこと。）                                                              |  |                                   |  |
| カナ                                                                                      |  |                                   |  |
| 漢字                                                                                      |  |                                   |  |
| 工事名                                                                                     |  |                                   |  |
| 職員記入欄<br>派遣先の事業の労働保険番号                                                                  |  | 派遣労働者が被災した場合は、派遣先の事業場の郵便番号        |  |
| 都道府県   市町村   管轄   基礎番号   枝番号   統一括事業場番号                                                 |  | 郵便番号                              |  |
| 事業場の所在地                                                                                 |  | 構内下請事業の場合は親事業場の名称、建設業の場合は元方事業場の名称 |  |
| 郵便番号                                                                                    |  | 電話（ ）                             |  |
| 労働者数                                                                                    |  | 被災労働者の氏名（姓と名の間は1文字空けること。）         |  |
| 7：平成<br>9：令和                                                                            |  | 生年月日                              |  |
| 被災労働者の氏名（姓と名の間は1文字空けること。）                                                               |  | 性別                                |  |
| カナ                                                                                      |  | 年齢                                |  |
| 漢字                                                                                      |  | 職種                                |  |
| 休業見込期間又は死亡日時（死亡の場合は死亡欄に○）                                                               |  | 経験期間                              |  |
| 休業見込                                                                                    |  | 年月                                |  |
| 災害発生状況及び原因                                                                              |  | 略図（発生時の状況を図示すること。）                |  |
| ①どのような場所で ②どのような作業をしているときに ③どのような物又は環境に ④どのような不安安全又は有害な状態があつて ⑤どのような災害が発生したかを詳細に記入すること。 |  |                                   |  |
| 国籍・地域コード                                                                                |  | 在留資格コード                           |  |
| 労働者が外国人である場合のみ記入すること。                                                                   |  |                                   |  |
| 職 員 記 入 欄                                                                               |  | 起 因 物                             |  |
| 事故の型                                                                                    |  | 店社コード                             |  |
| 発注者種類                                                                                   |  | 業種分類                              |  |
| 事業場等区分                                                                                  |  | 業務上疾病                             |  |
| 1：該当<br>2：非該当                                                                           |  | (1) (2) (3)                       |  |
| 報告書作成者<br>職 氏 名                                                                         |  |                                   |  |

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受 付 印





# 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

療養担当者記入用

|                                                |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
|------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|-------------|-------|-------------|-------------|---|-------------|-------------|---|-------------|-------------|---|--|----|-------------|-------------|---|-------------|-------------|---|-------------|-------------|---|--|--|
| 患者氏名<br>(カタカナ)                                 | <div></div>              |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 労務不能と認めた期間<br>(勤務先での従前の労務に服することができない期間をいいます。)  | 令和                       | <div></div> | <div></div> | 年           | <div></div> | <div></div> | 月           | <div></div> | <div></div> | 日           | から                   |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
|                                                | 令和                       | <div></div> | <div></div> | 年           | <div></div> | <div></div> | 月           | <div></div> | <div></div> | 日           | まで                   |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 傷病名<br>(労務不能と認めた傷病をご記入ください)                    |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             | 初診日<br>(療養の給付の開始年月日) | <div></div> | 1. 平成 | <div></div> | <div></div> | 年 | <div></div> | <div></div> | 月 | <div></div> | <div></div> | 日 |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 発病または負傷の原因                                     |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 療養担当者が意見を記入するところ                               | 発病または負傷の年月日              | <div></div> | 1. 平成       | <div></div> | <div></div> | 年           | <div></div> | <div></div> | 月           | <div></div> | <div></div>          | 日           |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
|                                                |                          | <div></div> | 2. 令和       | <div></div> | <div></div> | 年           | <div></div> | <div></div> | 月           | <div></div> | <div></div>          | 日           |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 療養担当者が意見を記入するところ                               | 労務不能と認めた期間に診療した日がありましたか。 | <div></div> | 1. はい       |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
|                                                |                          | <div></div> | 2. いいえ      |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等          |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。                            |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
|                                                |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  | 令和 | <div></div> | <div></div> | 年 | <div></div> | <div></div> | 月 | <div></div> | <div></div> | 日 |  |  |
| 医療機関の所在地                                       |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 医療機関の名称                                        |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 医師の氏名                                          |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |
| 電話番号                                           |                          |             |             |             |             |             |             |             |             |             |                      |             |       |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |    |             |             |   |             |             |   |             |             |   |  |  |

6 0 1 4 1 1 0 1

# 「UA ゼンセン見舞金制度」 給付申請書

## 【組合員給付適用区分】

### (1) 死亡

(単位:円)

| 申請内容                                   | 給付区分    | 給付額     |
|----------------------------------------|---------|---------|
| 会員死亡                                   | 101 ( ) | 200,000 |
| 配偶者死亡                                  | 113 ( ) | 50,000  |
| 家族死亡(病死対象外)I親等(実養父母、子)血族               | 114 ( ) | 20,000  |
| 家族死亡(病死対象外)<br>同居中の2親等(兄弟姉妹、実養祖父母、孫)血族 | 114 ( ) | 20,000  |

### (2) 休業

|               |         |        |
|---------------|---------|--------|
| 休業(連続休業30日以上) | 121 ( ) | 15,000 |
|---------------|---------|--------|

### (3) 住宅被災

|                                      |         |         |
|--------------------------------------|---------|---------|
| 組合員本人居住(単身赴任中で配偶者住居含む)<br>全焼・流失・全損   | 131 ( ) | 150,000 |
| 組合員本人居住(単身赴任中で配偶者住居含む)<br>半焼・半損・床上浸水 | 132 ( ) | 80,000  |

## 【旧友の会会員・福祉共済会会員給付適用区分】

※旧友の会 会員 No. を記入してください

|        |  |
|--------|--|
| 会員 No. |  |
|--------|--|

### (1) 死亡

| 申請内容  | 給付区分    | 給付額    |
|-------|---------|--------|
| 会員死亡  | 201 ( ) | 20,000 |
| 配偶者死亡 | 213 ( ) | 10,000 |

### (2) 住宅被災

|                         |            |         |        |
|-------------------------|------------|---------|--------|
| 旧友の会会員・福祉共済会会員<br>本人が住居 | 全焼・流失・全損   | 204 ( ) | 50,000 |
|                         | 半焼・半損・床上浸水 | 205 ( ) | 25,000 |

〈個人情報の取り扱い〉

1. 申請人である加盟組合は、UAゼンセン見舞金制度(以下、本見舞金という)の申請にあたり取得した個人情報は本見舞金の申請手続きのみに利用します。
2. 給付者であるUAゼンセンは、本見舞金請求依頼により取得した情報は本見舞金給付に関する業務およびそれに付随する業務のみに利用します。

(申請記入年月日 20 年 月 日)

組合担当氏名:(必須)

日中連絡先(TEL)

|     |                 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |         |    |
|-----|-----------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|----|----|--|--|--|--|--|--|--|---------|----|
| 申請人 | 加盟組合            | 組合コードNo.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 組合・支部名                    |    |    |  |  |  |  |  |  |  | 組織代表者氏名 |    |
|     |                 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  |         |    |
|     |                 | 組合所在地 〒   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |    |    |  |  |  |  |  |  |  | 組合・委員長印 | 公印 |
|     |                 | 組合連絡先 TEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FAX                       |    |    |  |  |  |  |  |  |  |         |    |
|     | 組合員本人           | フリガナ 氏名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年齢                        | 性別 | 住所 |  |  |  |  |  |  |  |         |    |
|     | 生年月日 (西暦) 年 月 日 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 男性( )<br>女性( )<br>選択なし( ) | 〒  |    |  |  |  |  |  |  |  |         |    |

|      |                           |          |         |          |                    |                                          |  |  |  |  |  |                           |                             |         |                        |  |
|------|---------------------------|----------|---------|----------|--------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------|-----------------------------|---------|------------------------|--|
| 死亡   | フリガナ                      |          |         |          |                    |                                          |  |  |  |  |  | 性別                        | 年齢                          | 組合員との関係 | 死亡年月日                  |  |
|      | 氏名(死亡者)                   |          |         |          |                    |                                          |  |  |  |  |  | 男性( )<br>女性( )<br>選択なし( ) | 歳                           |         | 20 年 月 日               |  |
|      | 生前住所 〒                    |          |         |          |                    |                                          |  |  |  |  |  |                           | 死亡区分 下記2の申請には「労働者死傷病報告書」の添付 |         |                        |  |
| 休業   | 傷病名(診断書記載の病名をすべて記載してください) |          |         |          |                    |                                          |  |  |  |  |  |                           |                             |         | 負傷病気区分                 |  |
|      |                           |          |         |          |                    |                                          |  |  |  |  |  |                           |                             |         | 下記2の申請には「労働者死傷病報告書」の添付 |  |
|      | 休業期間                      | 20 年 月 日 | ~       | 20 年 月 日 | 休業終了( )<br>現在休業( ) | 1.私傷病( ) 2.業務上( ) 3.通勤途上( )<br>4.自然災害( ) |  |  |  |  |  |                           |                             |         |                        |  |
| 住宅被災 | 被災年月日                     | 20 年 月 日 | 被災住宅所在地 |          |                    |                                          |  |  |  |  |  |                           |                             |         |                        |  |
|      | 被災原因と状況                   |          |         |          |                    |                                          |  |  |  |  |  |                           |                             |         |                        |  |
| 通信欄  |                           |          |         |          |                    |                                          |  |  |  |  |  |                           |                             |         |                        |  |

※登録中の送金先変更がありますか? ある( )・ない( ) 変更の際は赤字で記入してください

|           |      |     |     |    |                |  |  |  |  |  |    |       |    |      |  |  |
|-----------|------|-----|-----|----|----------------|--|--|--|--|--|----|-------|----|------|--|--|
| フリガナ      |      |     |     |    |                |  |  |  |  |  | 種類 | 口座No. | 名義 | フリガナ |  |  |
| 送金先(組合口座) | 労金銀行 | ( ) | ( ) | 支店 | 普通( )<br>当座( ) |  |  |  |  |  |    |       |    |      |  |  |

|        |       |       |      |    |    |    |    |
|--------|-------|-------|------|----|----|----|----|
| 給付決定処置 | 受付年月日 | 受付No. | 会員確認 | 備考 | 局長 | 部長 | 担当 |
|        |       |       |      |    |    |    |    |

## 連続休業証明書(UAゼンセン見舞金制度申請用)

|                       |                                                                |                                        |                                            |                                      |               |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
|                       |                                                                | 証明年月日                                  |                                            | 年          月          日              |               |
| 組<br>合<br>員           | フリガナ                                                           |                                        |                                            | 生年月日                                 | 西暦          年 |
|                       | 氏 名                                                            |                                        |                                            |                                      | 月          日  |
| 会<br>社<br>証<br>明<br>欄 | 休業区分                                                           | 私傷病・負傷<br><br><input type="checkbox"/> | 業務上・通勤途上災害<br><br><input type="checkbox"/> | 自然災害<br><br><input type="checkbox"/> |               |
|                       | 傷病名                                                            |                                        |                                            |                                      |               |
|                       | 年          月          日から          年          月          日まで休業 |                                        |                                            |                                      |               |
|                       | 会社名・店舗名<br>役職・氏名 <div style="text-align: right;">⑩</div>       |                                        |                                            |                                      |               |

この書式に会社証明がある場合は、診断書等の添付は不要です

注1：休業期間は、連続30日以上（休日、有給含む）あることを確認してください

注2：労働災害・通勤災害・自然災害で申請の際は「同一人物に対して3年間に給付は1度限り」の規則が外れるため、別途添付が必要です（診断書・休業証明書）



## 遅延理由書(UAゼンセン見舞金制度申請用)

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 申請者名 |                           |
| 申請区分 |                           |
| 遅延理由 | 90日を超えた「やむを得ない理由」を記載ください。 |

記入年月日 年 月 日

**組合名：**

**代表者名：**



注：やむを得ない理由とは、天災や事故、障害、海外滞在、親族の介護・看護など、特別の事情によって例外的な取扱いを認めることも仕方がない理由のことです。  
単に「見舞金制度を知らなかった」だけでは対象とはなりません。

# UA ゼンセン見舞金制度

## 入会申込書

UA ゼンセン会長 殿

見舞金制度規則を確認し、相互扶助の精神に基づく「UA ゼンセン見舞金制度」に加入申込します。  
※会費納入月より前の月の申込のみ受付可能です。ご了承ください。

\*会費納入月の1日より給付申請可

|       |               |       |   |   |
|-------|---------------|-------|---|---|
| 申 込 日 | (西暦)<br>年 月 日 | 会費納入月 | 年 | 月 |
|-------|---------------|-------|---|---|

|                |                      |  |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|----------------|----------------------|--|--------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|
| 組 合 名          |                      |  | 組 合 NO |      |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 代 表 者 名        |                      |  |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  | 組合公印 |  |
| 組合所在地          | 〒                    |  |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 連 絡 先          | TEL FAX              |  |        |      |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| ふりがな           |                      |  |        | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 送 金 先<br>金融機関名 | ( ) 労金<br>( ) 銀行     |  | 支店     | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|                | 種 類<br>( ) 普通 ( ) 当座 |  | 口座名義   | フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |

|      |   |      |   |
|------|---|------|---|
| 納入人数 | 名 | 納入金額 | 円 |
|------|---|------|---|

注：1. 上記の金額を UA ゼンセン基本会費に上乗せして送金ください。  
2. 見舞金の給付は本制度掛金の納入確認後に行います。

UA ゼンセン 生活応援事務局

〒102-8273 東京都千代田区九段南 4-8-16

TEL 03-3288-3562 FAX 03-3288-7174

担当：秋山

<事務局欄>

|  |     |     |
|--|-----|-----|
|  | 確 認 | 受 付 |
|  |     |     |
|  |     |     |
|  |     |     |
|  |     |     |

(送付日 202 年 月 日)

## 見舞金宛て書類送り状

組 合 名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

☎ (昼間連絡可能先) \_\_\_\_\_

### ☆お願い☆

※ 郵送時の宛名は、生活応援事業局 見舞金担当 行 と必ず明記ください。

※ 書類の紛失等を避けるため、お手数ですが、「見舞金制度給付申請書」書類送付の際は、必ず本状に記入・添付いただきますようお願いいたします。

※ 日中連絡（電話連絡不可能時）等にメール対応させていただきますので、ご担当者様のメールアドレスもご記入ください

FAX 番号が記入されている場合、「書類受取済」の返信 FAX をいたします。

FAX : \_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_

|                           | 内 容                                | 送付<br>部数 |
|---------------------------|------------------------------------|----------|
| UAゼンセン<br>見舞金制度<br>給付申請書  | 見舞金制度給付申請書（申請ごとホチキス止めし、件数を記載ください。） |          |
|                           | （内訳）組合員申請書                         | 件        |
|                           | OB 会員申請                            | 件        |
|                           | その他（再送書類等があるときは詳細を記入ください）          |          |
| 備考                        |                                    |          |
|                           |                                    |          |
|                           |                                    |          |
|                           |                                    |          |
| ※ 封入前にもう一度書類の確認をお願いいたします。 |                                    |          |





