

保険金請求書(医療保険・がん保険用)

東京海上日動火災保険株式会社 宛

- * 請求者ご自身がボールペンでご記入・ご捺印ください。
- * 記入誤りの場合は、二重線と訂正印で訂正・ご記入ください。

同意事項

1. 本書の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求しますので、下記口座にお振込みください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
 2. 私は、貴社またはその指名する者が保険金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を利用することに同意します。
 3. 私は、この保険契約が勤務先、所属団体等の団体を保険契約者とする団体契約である場合には、当該団体が行う各種サービスや事務管理のために、貴社が当該団体に情報を提供することについて同意します。
 【個人情報の利用目的】
 お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(*)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
 (*)詳しくは、弊社ホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

1

記入日(請求日)	年 月 日		
保険金請求者			
* 原則としておけが・ご病気をされた方ご本人(被保険者)が保険金請求権者となります。 <例外> ①受取人指定がある場合(⇒指定された受取人が保険金請求権者となります。) ②おけが・ご病気をされた方が未成年の場合(⇒親権者の方がご記名・ご捺印してください。) ③その他事情がありご本人から請求いただくことができない場合(⇒弊社担当者までご相談ください。)			
フリガナ	〒 -		TEL(自宅): - -
住所			日中の連絡先: - -
フリガナ	印	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他()	
請求者		▲おけが・ご病気をされた方が未成年の場合は親権者の方がご記名・ご捺印してください。	
おけが・ご病気をされた方(被保険者)			
フリガナ			
氏名	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生()歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
保険金振込先 * 保険金のお支払い先となりますので、通帳などをご確認のうえ、正確にご記入ください。			
金融機関(ゆうちょ銀行以外)		ゆうちょ銀行	
銀行 信用組合 支店 信用金 農 協 支所	<ゆうちょ銀行> ※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。		通帳記号 1 0 通帳番号
普通・総合 店番 口座番号 当座 貯蓄	※通帳記載の通帳記号5桁を記入		※通帳記載の通帳番号8桁を記入
口座名義(カタカナ) ※保険金請求者以外の名義の口座もご指定いただけます。			
その他ご契約内容 * ご報告いただいた保険契約以外で弊社に保険金のご請求をされる場合、ご記入ください。			
証券番号 ①	②	③	

診断書ご提出を省略される場合は、裏面もご記入ください。

- 手術保険金、放射線治療保険金以外のご請求金額が10万円以下の場合、診断書のご提出を省略いただけます。
- ただし、以下の(1)から(4)のいずれか1つにでも該当するときは、上記に当てはまる場合でも、診断書のご提出をお願いします。
 - (1)補償対象外となる病気・症状を設定のうえ、お引受しているご契約の場合
 - (2)がん保険をご請求いただく場合
 - (3)成人病追加特約、女性医療特約等の付帯があり、これらの特約の保険金(成人病入院保険金、女性入院保険金等)をご請求をいただく場合
 - (4)重大手術の倍率変更特約の「がんに対する開頭・開胸・開腹手術および四肢切断」に該当する手術保険金をご請求いただく場合
- 診断書を省略される場合は、裏面の治療状況欄にご記入の上、併せて以下の書類も添付してください。

手術保険金、放射線治療保険金をご請求される場合	診療明細書(原本またはコピー)
手術保険金、放射線治療保険金以外をご請求される場合	入通院期間が記載された領収書(原本またはコピー) ※領収書がない場合、診察券(コピー)の添付あるいは裏面の医療機関欄へのご記入も可。

代理店受領日	弊社受領日

診療明細書・領収書でご請求される場合は、以下 2 ～ 5 をご記入ください。

※診断書を省略されるには一定の条件がございます。条件については表面にて再度ご確認ください。
 ご記入いただいた治療状況について、弊社より医療機関などへ確認させていただく場合もございますので、ご了承ください。

*** 記入誤りの場合は、二重線と訂正印で訂正・ご記入ください。**

2 治療状況 * 記入欄が不足する場合には、5 「* その他」欄にご記入ください。

* 入通院期間が記載された医療機関の領収書(原本またはコピー)を添付してください。無い場合は診察券(コピー可)を添付してください。診療明細書に入院期間が記載されている場合は、診療明細書(原本またはコピー)でも可能です。

傷病名		初診日	年	月	日
治療期間	【入院①】 年 月 日 ~ 年 月 日	【入院②】 年 月 日 ~ 年 月 日			

以下のご請求の際は、診療明細書(原本またはコピー)をご提出ください。
 ご提出していただいても、弊社より医療機関などへ確認させていただく場合もございますのでご了承願います。診療明細書内では表示されない手術もございますのでご記入ください。

手術	<input type="checkbox"/> 有	【手術①】	【手術日】 年 月 日	【手術名または手術内容】※おわりの範囲でご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 無	【手術②】	【手術日】 年 月 日	【手術名または手術内容】※おわりの範囲でご記入ください。
放射線 温熱療法	<input checked="" type="checkbox"/> 有	照射中・照射終了	※「有」の場合は下記通院のカレンダーにて放射線治療を受けた日に△印をお付けください。	
	<input type="checkbox"/> 無			

通院	・通院保険金が対象となるご契約のみ、「通院治療を受けた日」に○印をお付けください。 ・2力以上の医療機関に通院された場合は、○・×等で区別してください。																														合計	
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	日
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	日
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	日
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	日
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	日
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	日

医療機関	【名称】(例: ●●病院等)
-------------	----------------

今回のおけが・ご病気で上記医療機関以外で受けた治療	<input checked="" type="checkbox"/> 有	【医療機関名】	【初診日】 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 無	【治療期間】 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃	

3 既往症・持病(今回のおけが・ご病気以外)

<input checked="" type="checkbox"/> 有	【傷病名】	【初診日】 年 月 日
	【医療機関名】	年 月 日頃 ~ 年 月 日頃
<input type="checkbox"/> 無		

4 事故の内容 * この欄はおけがの場合のみご記入ください。

事故状況	日時	年 月 日	午前・午後	時頃	運転中の事故の場合のみ ご記入ください。
	状況	記入例: 通勤中急いでいたために、階段でつまずき、足首を骨折した。			

5 * その他(上記以外の入院期間など、記入欄が不足する場合には、下欄にご記入ください。)

--