

# 生活サポート総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書 の記入例

## 【ご病気の場合】

加入者番号をご記入ください。

保険金を請求される方がご記入ください。  
 ●保険金を請求される方が後見人・保佐人の場合は、「登記事項証明書のコピー」または「審判書のコピー」が必要な場合があります。  
 ●ご自宅あるいは日中のご連絡先（携帯電話など）をお忘れなくご記入ください。

ご病気の内容についてご記入ください。  
 ●病院で診断された診断名をご記入ください。  
 ●ご病気の様態・経過・初診日・入院期間\*をご記入ください。  
 \*入院治療中に別の病院へ移り、継続して入院する場合（転院）は、ひと続きの入院としてご記入ください。  
 ●治療を受けた病院名、電話番号をご記入ください。また、担当医などわかる範囲でご記入ください。

疾病葬祭費用を請求する際にご記入ください。  
 ●費用をご負担されていることが確認できる領収書（写し）をご用意ください。

保険金請求権を有する方が、その権限を委任する場合のみご記入ください。  
 その場合以外はご記入不要です。

### 生活サポート 総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書

AIG 損害保険株式会社 宛 ご記入日 20XX年 7月 1日

●貴社との保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認の上利用し、保険金を請求します。  
 ●貴社が本保険請求に関する私（保険契約者、被保険者または補償対象者）の個人情報を、保険契約の履行（保険金支払の可否、支払金額の算定など）および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報保護法（個人情報の取扱いについて）のとおり取得、利用、提供することに同意します。

2. 保険金請求者（おケガまたはご病気をされた本人・保護者・費用負担者・その他法定代理人）

加入者番号をご記入ください ① 0987654321 複数のご契約がありましたらご記入ください ② 12345XXXX

保険金請求者 (ご住所) 〒11203-XXXX (氏名) 永合 太郎 (印)

おケガをされた方またはご病気をされた方 (お電話番号) 03-1111-XXXX (性別) 未定 (職業) 無職 (所属) 田中 (印)

永合 一郎 (生年月日) 20XX年 10月 10日 15才 (学歴) 〇〇学園 (TEL) 03-1234-XXXX

3. 請求区分 ●おケガの場合は次の1〜5、ご病気の場合は2〜6のなかから、ご請求の項目に○をつけてください。

1. 療養保険金 2. 入院一時金 3. 入院雑費用 4. 資料差額費用 5. 在宅介護保険金 6. 疾病葬祭費用

4. おケガまたはご病気の状態、内容

傷 病 名 肺炎

現在の治療について 治療中 治療中止 治癒

医療機関名: 〇〇内科医院 担当医: ( ) 医師

TEL: 03-5678-XXXX

※病状に病名の場合は、病状や経過など  
**高熱が続き入院となり、肺炎と診断された。**

初診日 20XX年 3月 1日

入院期間 20XX年 3月 1日から 20XX年 3月 6日まで 6 日

発生日時 年 月 日 午前 午後

おケガの部位 顔面・頭部・頸部・手足・胸・足・その他 ( )

状態 打撲・切り傷・すり傷・骨折・脱臼・ヤケド・その他 ( )

手術をされたか はい ( ) いいえ ( ) 手術日 年 月 日

手術名 ( )

手術コード ( ) ( ) ( ) ※おケガの場合のみご記入ください

6. 疾病葬祭費用

亡くなった日 年 月 日

葬祭の日時 お通夜: 年 月 日 時から 葬儀: 年 月 日 時から

費用を負担された方 氏名 ( ) 性別 ( )

9. 委任状 ●内容の正確な請求書提出を有する方が、上記の保険金請求者との関係を委任する場合は、本欄に記入してください。

AIG損害保険株式会社 宛 年 月 日

私は、上記の保険金請求者を代理人として定め、上記事業に関する保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限を委任します。

(委任者) (印) 署名(捺印) 氏名: ( )

10. 保険金支払先 (保険料納付口座に同じ) 下記口座にお振込みください。振込みを希望していただけない場合は、振込先を指定してください。

7. 他社のご契約 ●ご請求可能な他社の保険契約の名称を記入してください。

保険会社などの名称	証券番号	連絡先
東西損保	ABC12345	03-XXXX-5678

8. 固定具の装着について ●固定具とは、骨折・脱臼・指伸縮などの傷を癒した部位を固定するために、医師の指示により装着するキースなどを指します。装着期間は、医師の指示により装着した期間をご記入ください。

1. 固定具を装着した身体の部位 顔・手足・胸・足首・足指 ●固定した部位全てをご記入ください。その他 ( )

2. 装着した固定具の種類(名称) キース・キーステープ・ジョイント・キーステープ ●名称は医療機関で確認してください。その他 ( )

3. 医師の指示により装着した期間 年 月 日から 年 月 日まで

9. 保険金支払先 (保険料納付口座に同じ) 下記口座にお振込みください。振込みを希望していただけない場合は、振込先を指定してください。

金融機関 東西 信用金庫 南北 支店

口座種別 普通口座 通帳番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

支店 11111234XXXX

ゆうちょ銀行 通帳記号 通帳番号

1 〇 ー

口座名義 エイアイ タロウ (カタカナ)

この書類を記入された日付をご記入ください。

忘れずにご押印ください。  
 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

請求項目に○をつけてください。  
 ●ご病気の場合は2〜6のなかから、ご請求の項目の全てに○をつけてください。

付添とは、入院中に親族や施設などの職員の方、ホームヘルパーなどが付き添う場合を言います。  
 ※お見舞い・様子を見に来た・着替えを持って来た場合は、付添に該当しません。

保険金の振込先をご指定ください。  
 ●通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。  
 ●口座番号は、右づめでご記入ください。



生活サポート総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書 の記入例

【おケガの場合】

- 加入者番号をご記入ください。
- 保険金を請求される方がご記入ください。  
●保険金を請求される方が後見人・保佐人の場合は、「登記事項証明書のコピー」または「審判書のコピー」が必要な場合があります。  
●ご自宅あるいは日中のご連絡先（携帯電話など）をお忘れなくご記入ください。
- おケガの内容についてご記入ください。  
●病院で診断された診断名をご記入ください。  
●おケガの原因となった出来事（事故）について日時・場所（住所）・状況を詳細にご記入ください。病院で診断された診断名もご記入ください。  
（※転倒の場合は転倒理由を必ずご記入ください）  
●おケガの部位・状態・手術についてご記入ください。  
●治療を受けた病院名、電話番号をご記入ください。また、担当医などわかる範囲でご記入ください。
- 保険金請求権を有する方が、その権限を委任する場合のみご記入ください。  
その場合以外はお記入不要です。

### 生活サポート 総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書

**AIG** AIG損害保険株式会社 宛 ①ご記入日 20XX年 7月 日

●貴社との保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認の上同意し、保険金を請求します。  
●貴社が本保険金請求に際する私（保険契約者、被保険者または補償対象者）の個人情報を、保険契約の履行（保険金支払の可否、支払金額の算定など）および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を裏面（個人情報の取扱について）のとおり取得、利用、提供することに同意します。

②保険金請求者（おケガまたはご病気をされた本人・保護者・費用負担者・その他法定代理人）

加入者番号をご記入ください ③ 0987654321 ④ 12345XXXX ⑤ (お名前) 永合 太郎

保険金請求者 (ご住所) 〒11231-XXXX 東京都〇〇区XX町1-1-1 (お電話番号) 03-1111-XXXX (性別) 本人 (保険種別) 費用負担者、その他法定代理人

おケガをされた方 (フリガナ) エイアイ イチロウ (お電話番号) 〇〇学園 (TEL) 03-1234-XXXX

またはご病気をされた方 永合 一郎 (生年月日) 20XX年10月10日(15才)

③請求区分 ●おケガの場合は次の1~5、ご病気の場合は2~6のなかから、ご請求の項目に○をつけてください。

①傷害保険金 ②入院一時金 ③入院諸費用 ④材料薬剤費用 ⑤付添介護保険金 ⑥疾病療養費用

④おケガまたはご病気の状態、内容

傷病名 右肋骨骨折

現在の治療について 治療中・治療中止 (治療)

医療機関名: 〇〇整形外科病院 担当医: 〇〇医師  
TEL: 03-5678-XXXX

事故状況(ご病気の場合は、病状や経過など)  
階段を踏み外して転倒し右肋骨骨折した。

おケガの経過の欄

初診日 年 月 日  
入院期間 年 月 日から 年 月 日まで  
発生日 20XX年3月1日 午後 10時30分頃  
場所 東京都〇〇区XX町9-8-7 内  
部位 顔部・胸部・腰部・手(指)・その他( )  
状態 打撲・切り傷・すり傷(骨折・脱臼・捻挫・脱臼・アケド・その他( ))  
手術をされましたか(はい/いいえ) 手術日(20XX年 月 日)  
手術名: 観血的整復固定術  
手術コード(〇: )、(1-04) ※お分かりになる場合は、ご記入ください

⑥疾病療養費用

亡くなられた日 年 月 日  
葬祭の日時 年 月 日 時から 年 月 日 時から  
費用を負担された方(氏名) 職別( )

⑦委任状  
本保険金請求書・同意書を有する方が、上記の保険金請求者にその権限を委任する場合は、下欄にご記入・ご印印ください。

AIG損害保険株式会社 宛 年 月 日

私は、上記の保険金請求者を代理人として定め、上記事項に関する保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限を委任します。

(委任者) 住所: 氏名: (印)

⑧他社のご契約 ●ご請求可能な他社の保険契約内容が知りたい場合は、こちらにご記入ください。

保険会社などの名称	証券番号	連絡先
東西損保	ABC12345	03-XXXX-5678

⑨保険金支払先 保険料納付口座指定

下欄の口座に振り込まないでください。振込みをもって支払がなされたものと認めます。

金融機関	口座種別	口座番号	支店
東西	普通預金	1111234XXXX	南
ゆうちょ銀行	通帳記号	10-	
口座名義(カタカナ)	エイアイ タロウ		

住所: 年 月 日 保険会社 宛

- この書類を記入された日付をご記入ください。
- 忘れずにご押印ください。  
弊社からの指定がない場合、認印で結構です。
- 請求項目に○をつけてください。  
●おケガの場合は、1~5のなかから、ご請求の項目全てに○をつけてください。
- 付添とは、入院中に親族や施設などの職員の方、ホームヘルパーなどが付き添う場合を言います。  
※お見舞い・様子を見に来た・着替えを持って来た場合は、付添に該当しません。
- ギプスなど固定具を装着した場合にご記入ください。  
●固定具とは、骨折などの傷害を被った部位を固定するために、医師の指示により装着するギプスなどを言います。  
●その他( )の欄に、ギプス・シーネ以外の固定具を使用した場合は、その固定具の名称をご記入ください。  
●固定具の名称は、病院でご確認いただけます。
- 保険金の振込先をご指定ください。  
●通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。  
●口座番号は、右づめでご記入ください。

