

傷害保険金請求書

(兼 個人情報取扱い同意書・医療照会同意書)

保険 株式会社 宛

請求日 令和 年 月 日

- 下記ケガについて、貴社約款および特約条項にしたがい、貴社ご指示の必要書類添付のうえ保険金を請求いたします。
- 「お客さま情報の取り扱いに関するご案内」に記載の個人情報に関する貴社の取り扱いについて、同意します。
- なお、貴社または貴社の依頼先の者が被保険者の傷病内容や治療内容等に関し、病院等の関係先に照会または記録等を取り付けることに同意します。また、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

| | |
|------|--|
| 証券番号 | |
|------|--|

| | | | | |
|------|--|-------|-------|------|
| 他社契約 | <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 | 保険会社名 | 保険の種類 | 証券番号 |
|------|--|-------|-------|------|

↓保険金ご請求者は、ケガをされたご本人(未成年者の場合は「親権者」)が自署、ご捺印願います。

| | | |
|--------|---|-------|
| 保険金請求者 | 住所 | 〒 TEL |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | (印) |
| | ケガをされた方とのご関係 (○印をつけてください。) 本人・親権者・相続人・その他() | |

| | | | | | |
|--------|-------------|--------|-----|-------|---|
| 保険金振込先 | 銀行・信金 信組・農協 | | | 支店 本店 | |
| | 預金種目 | 普通・当座 | 店番号 | | |
| | 口座番号 | | | | |
| | ゆうちょ銀行 | 通帳記号 1 | 0 | 通帳番号 | 1 |
| | 口座名義 | (フリガナ) | | | |

| | | | | | | |
|------|---|------------------|------|-----------|----|--|
| 受傷内容 | 〈被保険者〉 | フリガナ | 男・女 | 生年月日 | 年齢 | |
| | ケガをされた方 | 氏名 | S H | 年 月 日生 | 才 | |
| | 受傷日時 | 年 月 日 午前 午後 時 分頃 | 受傷場所 | 事故報告書のとおり | | |
| | <受傷状況> 交通事故の場合…運転中・同乗中(該当に○) 事故報告書のとおり | | | | | |

※通院日数等を速やかに確認するために、病院等の「領収証のコピー」を添付してください(公的補助等で領収証が無い場合は不要です)。

※保険金のお支払額が10万円を超える場合は、「当社所定の診断書」が必要となります。

※自動車または原動付自転車を運転中のケガの場合は、「運転免許証のコピー」を添付してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| 治療内容 | 病院名・接骨院(整骨院)名 | 通院治療(実通院日に○印をつけてください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TEL | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 計 |
| | 傷病名(ケガの部位・症状) 例「右手首骨折」のように記入ください | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | 日 |
| | 入院治療 日間 (うち外泊日数 日) | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 計 |
| | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | 日 |
| | 手術 有の場合、病院に手術名を確認のうえ、ご記入ください。 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 計 |
| | (無) (有) 診療報酬 No. 点数コード | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | 日 |
| | 固定具使用の場合 (例)ギプス、ギブスシーネ、副子、副木 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 計 |
| 固定した部位(骨・関節) から まで | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | 日 | |
| 固定具名 自身による着脱 使用期間 | 月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 計 | |
| () (可) (不可) 月 日 ~ 月 日 | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | 日 | |
| () (可) (不可) 月 日 ~ 月 日 | 月 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | 日 | |
| 後遺障害残存の見込み (無) (有) (内容) | 治療状況(該当に☑) □治療した(最終診療日 年 月 日) □中止した(最終診療日 年 月 日) □治療継続中 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |