

！ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

契約者(保険金請求者)をご記入ください。

- 法人の場合は法人名をご記名ください。

忘れずに押印してください。

- 法人の方は「代表者印」を押印してください。
- 個人事業主の方は、弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

保険証券をご確認のうえ、今回請求される保険の証券番号をご記入ください。
ほかに今回の事故(保険請求)が対象となる弊社の保険契約があれば、証券番号をすべてご記入ください。

*対象となる保険契約の例

おケガの場合:医療保険、傷害保険、自動車保険、海外旅行保険など

他の保険会社にご請求可能な保険契約がある場合は、内容をご記入ください。

おケガなどをされた方がご記入ください。

- おケガされた方が未成年の場合は、親権者の方がご記入ください。
- 事情によりご本人が請求できない場合は、法定代理人または法定相続人の方がご記入ください。

自動車、バイクを運転中またはクレーン等を操作中にケガをされた場合は、運転や操作の資格につきご記入ください。



傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損保へ返送する書類

一般・事業者 兼用

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 XX 年 9 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うえ同意し、保険金を請求します。
● 貴社が本保険金請求に関する私(保険契約者、被保険者または補償対象者)の個人情報、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(個人情報の取扱いについて)の取り扱い取得、利用、提供することに同意します。
また、貴社の担当者(貴社が委託、依頼した者を含む)が保険金の支払いに必要な範囲で、被保険者が診察または治療したすべての病院、医師および関係者からすべての疾病や傷害の記録を取得することに同意します。なお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。

1 契約者

〒 130-XXXX ご住所 東京都〇〇区XX町 1-2-3	日中のご連絡先 090-XXXX-5678
フリガナ エイアイ タロウ	法人の場合は担当者のお名前をご記入ください
お名前 永合 太郎	担当者名

2 請求される保険

証券番号を
ご記入ください ① 123456XXXX 複数のご契約がありましたらご記入ください ② 98765XXXX ③

3 他社のご契約

保険会社などの名称	保険の種類	証券番号	保険金請求の有無	連絡先
東海上保険	傷害保険		あり なし	03-XXXX-XXXX
			あり なし	- -

4 おケガなどをされた方

● おケガなどをされた方(未成年の場合は親権者)をご記入、ご署名、ご捺印ください。

〒 - ご住所 契約者と同じ	日中のご連絡先 090-XXXX-9876
フリガナ エイアイ ハナコ	職業 会社員
お名前 永合 花子 男 (印)	生年月日 19XX 年 6 月 30 日 (30 歳)
親権者、法定代理人またはご遺族等(上が本人ご署名でない場合のみ)	保険契約者との関係 ① 本人 ② 配偶者 ③ 子 ④ 役員 ⑤ 従業員 ⑥ 下請人 ⑦ その他
☒ 私(おケガなどをされた方またはその遺族)は、保険契約内容について理解するとともに、保険金支払額ならびに支払先について了解しています。 ☐ 自動車、原動機付自転車運転中の事故の場合 ☐ 建設重機、工作用自動車、クレーン等の操作中の事故ですか? 事故時点での有効な運転免許証の有無 ☒ あり ☐ なし ☐ いいえ ☐ はい 有効な資格証写しをご提出ください	

5 保険金支払先

● 貯蓄口座へのお振込みはできません。
ご希望の支払先を○で囲んでください (以下の口座) 保険料振替口座 ▶ 保険料振替口座の場合は、口座欄のご記入は不要です。

東西	銀行	J A	南北	支店	ゆうちょ銀行
	信用金庫	信用組合			
店番号	口座番号	記号	番号		
(普通・総合) 当座 0 0 1 1 2 3 4 X X X	1	0			
口座名義(カタカナ) 左つめでご記入ください	エイアイ	タロウ			

裏面も忘れずにご記入ください。

次項へ続く

代理店 受付日 年 月 日 保険会社 受付日

45P-311 M05Y23

この書類を作成された日付をご記入ください。

日中に連絡可能なご連絡先をご記入ください。また、法人の場合は弊社からご連絡させていただくご担当者のお名前をご記入ください。

職業・生年月日・年齢および契約されている方とのご関係をご記入ください。

- ご関係が「その他」に該当する例:
生徒・会員・施設入場者・行事参加者など

保険金の支払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、右つめでご記入ください。
- ゆうちょ銀行の場合は、下図を参考にご記入ください。(ゆうちょ銀行の例)

記号 11960 番号 1234561
おなまえ

株式会社 ゆうちょ銀行

ゆうちょ銀行 口座番号 11960 1234561

ゆうちょ銀行

記号 1 1 9 6 0 番号 1 2 3 4 5 6 1

！ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

事故が発生した日時、場所、状況についてできるだけ詳しくご記入ください。

おケガなどの内容についてご記入ください。

- おケガの名前は、受傷部位および病院で診断された診断名をご記入ください。
- 治療を受けた医療機関名、電話番号をご記入ください。
- 通院日に○印を付けてください。
通院された期間が4か月を超える場合、以降の通院日は入院申告書（別紙）にご記入ください。

傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

6 おケガなどをされたときの状況

いつ起こりましたか	20 XX 年 4 月 6 日 午前 午後 10 時 30 分頃
どこで起こりましたか	業務中 就業中 出勤途中 出張中 その他 () 業務外 日常生活 旅行中 行事参加中 その他 () (1) 「1. 契約者」の住所と同じ (2) 以下の場所 (3) 海外 (国名: 都市名:) 東京 都 道 府 県 XX 市 郡 区 ○○ 町 3-2-1 ● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。 (1) 契約者が業務のために所有もしくは使用する施設内 施設または (2) 契約者が直接業務を行う現場内 (3) その他 () 現場名 どのようにして起こりましたか 自転車搭乗中に、運転を誤り転倒し、右手首を骨折した。

7 おケガなどの内容

● 弊社所定の診断書をご提出いただいた場合はご記入不要です。ただし、他の医療機関での受診がある場合はその内容をご記入ください。

おケガの名前(部位や症状)	右とう骨遠位端骨折	現在の治療について	入院中 通院中 治療終了
治療期間	20XX年 4 月 6 日から 20XX年 7 月 29 日まで	固定具の装着について	※ 固定具とは、骨折・脱臼・韧带損傷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)常時装着するギプスなどを言います。 装着した部位(固定した部位すべてをご記入ください。) 肘 手前 膝 足首 手指 足指 その他 () 固定具の種類(名称) ギプス シーン ギプスシャーレ ギプスシーン その他 ()
入院期間	20XX年 4 月 6 日から 20XX年 4 月 15 日まで	医師の指示により常時装着した期間	20XX年 4 月 6 日から 20XX年 5 月 6 日まで
通院日に○印を付けてください。 通院された期間が4か月を超える場合、以降の通院日は入院申告書(別紙)にご記入ください。	各月の○印の数を記入してください。 (4)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 計 4 日 (5)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 計 6 日 (6)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 計 5 日 (7)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 計 2 日 通院された日数合計 計 17 日	手術について	手術はなさいましたか (いいえ) はい
医療機関名	1. △△病院 Tel (03-XXXX-0123)	手術名	観血的整復固定術
		手術日	20XX年 4 月 8 日
		手術コード	(K) 0462 -

8 治療費などのご負担

● 傷害医療費用を対象とする特約を付帯している場合はご記入ください。
● 治療費・交通費の合計金額が3万円を超える場合は、すべての領収書の写し(コピー)をご提出ください。領収書の原本が不要な方は、原本をご提出いただいても結構です。(3万円以下の場合はご提出不要です。)

治療費のご負担	なし あり (1) 労災 (2) 健康保険 (3) 自費 (4) その他 ()	負担された金額 (診断料を除く)	70,800 円
入退院時・転院時(通院時を除く)の交通費	電車・バス・タクシー代などの合計金額	延べ走行距離	2,450 円 km 有料道路利用代 円

9 おケガをされた方の就業状況など

● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。

契約者との関係	① 本人 ② 役員 ③ 社員 ④ パート・アルバイト ⑤ 通あたり平均労働日数が3日以上かつ平均労働時間が15時間以上ですか? はい いいえ
今回のおケガにより就業できなかった期間はありますか。	はい いいえ
就業不能期間	20 年 月 日 から 20 年 月 日 までのうち 1 全ての期間 2 () 日

10 出勤の途上及び移動中におケガをした場合

出発時刻	出発した時刻 () 1 自宅 2 会社 3 現場 4 取引先 5 その他 ()
出発地点	2 ~ 5 の場合、所在地をご記入ください。 都 道 府 県 市 郡 区
到着時刻	到着予定時刻 () 1 自宅 2 会社 3 現場 4 取引先 5 その他 ()
到着地点	2 ~ 5 の場合、所在地をご記入ください。 都 道 府 県 市 郡 区

ギプスなど固定具を装着した場合にご記入ください。

- 固定具の名称は、病院へご確認ください。

手術を受けられた場合にご記入ください。

- 手術を受けられた場合(注)は、「はい」を○で囲み、手術名、手術日、手術コードをご記入ください。手術コードが不明な場合は、ご記入不要です。
(注)医療機関から発行された領収書の手術欄に点数が記載されている場合は、お支払いの対象となる可能性がありますので、必ず手術名をご記入ください。

治療費を対象とする特約を付帯している場合のみ、治療費のご負担についてご記入ください。

- 健康保険や労災などの利用についても、あわせてご記入ください。
- 「負担された金額」には、治療のために医療機関へ直接支払われた費用のほか、医師の処方によるお薬代などをご記入ください。