

傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

ご記入日 20 年 月 日

AIG損害保険株式会社 宛

- 貴社との保険契約に基づき、関係書類を添付のうえ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、個人情報を別紙「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。
- 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、被保険者の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 親権者

● 親権者をご記入、押印してください。

〒	-				
ご住所					
フリガナ					
お名前		印	ご連絡先	Tel (- -)	
				日中のご連絡先 (- -)	

2 おケガなどをされた方（被保険者）

〒	-				
ご住所					
		①親権者と同じ ▶ 住所のご記入は不要です。			
フリガナ		生年月日		年 月 日 (歳)	
お名前		学校名		年 組	
		男 女			

3 請求される保険

● 弊社のご契約についてご記入ください。

加入者番号（証券番号）をご記入ください	①	複数のご契約がありましたらご記入ください	②	③
---------------------	---	----------------------	---	---

4 保険金支払先

- 貯蓄口座へのお振込みはできません。
- 保険金支払先が記入されていない場合、保険料振替口座にお支払いいたします。

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。

銀行	J A	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)		1 0	
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください			

5 他社のご契約

● ご請求可能な他の保険契約などがありましたらご記入ください。

保険会社などの名称	保険の種類	証券番号	治療費の補償有無	連絡先
			あり なし	- -
			あり なし	- -

次項へ続く

6以降も漏れなくご記入ください。



代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
------------	-------	-------------	--

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 年 月 日	午前	午後	時	分頃
どこで起こりましたか	<input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 学校 <input type="radio"/> その他 ()				
事故原因	<input type="radio"/> 運動中 <input type="radio"/> 自動車事故 <input type="radio"/> 自転車事故 <input type="radio"/> その他 ()				
どのようにして起こりましたか	<input type="radio"/> 転倒 <input type="radio"/> 転落 <input type="radio"/> 衝突 <input type="radio"/> 落下物・飛来物による事故 <input type="radio"/> 熱中症 <input type="radio"/> その他 ▶ 「その他」の場合は、具体的な状況をご記入ください。				

7 おケガなどの内容

- 弊社所定の診断書をご手配いただく場合は、別途ご案内いたします。
- 通院日などが不明な場合は医療機関へ確認のうえ、ご記入ください。

おケガの名前					現在の治療について	<input type="radio"/> 入・通院中 <input type="radio"/> 入・通院中止 <input type="radio"/> 治ゆ			
おケガをされた部位	<input type="radio"/> 頭部 <input type="radio"/> 顔面 <input type="radio"/> 首部 <input type="radio"/> 腰・背・胸 <input type="radio"/> 腕・手 <input type="radio"/> 脚・足 <input type="radio"/> 指 <input type="radio"/> その他 ()				おケガの状態	<input type="radio"/> 骨折・脱臼 <input type="radio"/> 打撲・捻挫 <input type="radio"/> 切断 <input type="radio"/> 不全切断 <input type="radio"/> 切り傷 <input type="radio"/> 断裂 <input type="radio"/> その他 ()			
治療期間	20 年 月 日から	20 年 月 日まで	固定具の装着について		<small>※ 固定具とは、骨折・脱臼・靭帯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</small>				
入院期間	20 年 月 日から	20 年 月 日まで	通院日に○印を付けてください。各月の「○」印の数をご記入ください。		装着した部位 (固定した部位すべて) <input type="radio"/> 肘 <input type="radio"/> 手首 <input type="radio"/> 膝 <input type="radio"/> 足首 <input type="radio"/> 手指 <input type="radio"/> 足指 <input type="radio"/> その他 ()				
()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	日	① 固定具の種類 (名称)	<input type="radio"/> ギプス <input type="radio"/> ギプスシャーレ <input type="radio"/> シーネ <input type="radio"/> ギプスシーネ <input type="radio"/> その他 ()			
()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	日		医師の指示により常時装着した期間 20 年 月 日から 20 年 月 日まで			
()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	日	② 固定具の種類 (名称)	<input type="radio"/> ギプス <input type="radio"/> ギプスシャーレ <input type="radio"/> シーネ <input type="radio"/> ギプスシーネ <input type="radio"/> その他 ()			
()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	日		医師の指示により常時装着した期間 20 年 月 日から 20 年 月 日まで			
通院された日数合計	計		日						
手術について	手術はなさいましたか		<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい		手術日	年 月 日			
	手術名				手術コード	<input type="radio"/> K <input type="radio"/> J -			
医療機関名 (薬局は記入不要です。)	1.				Tel (- -)			
	2.				Tel (- -)			

8 治療費などのご負担

- 傷害医療費用補償特約を付保されている場合のみ、ご記入ください。
- ご負担された治療費の金額が不明な場合は医療機関へ確認のうえ、ご記入ください。

治療費のご負担	<input type="radio"/> なし ▶ ① 労災 ② 交通事故などで相手方が負担 <input type="radio"/> あり ▶ ① 健康保険 ② 自費 ③ その他 ()		負担された金額 (診断書料を除く)	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		円	
	延べ走行距離	自家用車利用の場合 有料道路利用代	km	円

9 運転免許などの内容

- 運転中におケガをされた場合のみご記入ください。

交付日	年 月 日	免許の種類	<input type="radio"/> 中型 <input type="radio"/> 準中型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 普自二 <input type="radio"/> 原付				
有効期限	年 月 日まで有効		<input type="radio"/> 大型 <input type="radio"/> その他 ()				
免許証番号	第 号						

