

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

親権者をご記入ください。

- ご請求される方が成年者の場合は、ご本人をご記入ください。
- 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。

忘れずに押印してください。

- 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

親権者がおケガなどをされた方(被保険者)についてご記入ください。

- おケガなどをされた方が成年の場合は、ご本人をご記入ください。
- 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。

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。

傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損保へ返送する書類
お客さまご記入用

AIG損保へ返送する書類
お客さまご記入用

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、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(個人情報取扱の取扱いについて)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、本書の写真復写も本書と同じ効力があるものと認めます。

ご記入日 20XX年 6月 20日

1 親権者 ● 親権者をご記入、押印してください。

ご住所	〒 1XX-XXXX 東京都〇〇区XX町 1-2-3		
フリガナ	エイアイ	ハナコ	
お名前	永合 花子		
ご連絡先	Tel (03 -XXXX-XXXX) 日中のご連絡先 (090 -XXXX-XXXX)		

2 おケガなどをされた方(被保険者)

ご住所	〒 - (親権者と同じ) ▶ 住所のご記入は不要です。		
フリガナ	エイアイ	イチロウ	生年月日 20XX年 9月 1日(11歳)
お名前	永合 一郎	性別 (男) (女)	学校名 〇〇小学校 〇年 △組

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 987654XXXX	複数のご契約がありましたらご記入ください	② 12345XXXX	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。

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 ハナコ			

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
東西損保	傷害保険	ABC123XXXX	(あり) (なし)	03 - △△△△ - XXXX
			(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 年月日 保険会社 年月日
受付日

45P-341 M04Y19

この書類を作成された日付をご記入ください。

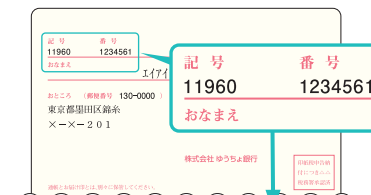
日中に連絡可能なご連絡先もお忘れなくご記入ください。

生年月日・年齢・学校名をご記入ください。

- おケガなどをされた方(被保険者)が幼児の場合：
校名 △△幼稚園
年長 チューリップ組 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)



ゆうちょ銀行															
記号	番号														
1	1	9	6	0	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。
- 医師の診断により、治療が終わった場合は「治ゆ」を○で囲んでください。
- 治療を受けた医療機関名、電話番号をご記入ください。

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、医師の指示により負担された費用（医師の処方によるお薬代、治療材料費など）をご記入ください。
- 治療費・交通費の合計金額が3万円を超える場合は、すべての治療費領収書をご提出ください。領収書は写し（コピー）をご提出ください。領収書原本が不要な方は、原本をご提出いただいても結構です。
- お支払保険金額の合計が10万円以下の場合、弊社所定診断書料をお支払いいたしますので、診断書料の領収書を合わせて同封してください。

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 X 年 4 月 5 日 午前 午後 10 時 30 分頃

どこで起こりましたか 自宅 学校 その他 ()

事故原因 運動中 自動車事故 自転車事故 その他 ()

どのようにして起こりましたか 転倒 転落 衝突 落下物・飛来物による事故 熱中症
 その他 ▶ 「その他」の場合は、具体的な状況をご記入ください。
サッカーの試合中にボールの奪い合いで相手と衝突して転倒し、右橈骨を骨折した。

7 おケガなどの内容

おケガの名前 **右とう骨骨折** 現在の治療について 入院中 入院中止 治ゆ

おケガをされた部位 頭部 顔面 首筋 腰・背・胸 腕・手 脚・足 指 その他 ()

おケガの状態 骨折・脱臼 打撲・捻挫 切断 不全切断 切り傷 断裂 その他 ()

治療期間 20 X X 年 4 月 6 日から 20 X X 年 6 月 15 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

入院期間 20 X X 年 4 月 6 日から 20 X X 年 4 月 25 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。

(4)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院
																	計 2 日
(5)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院
																	計 10 日
(6)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院
																	計 4 日
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院
																	計 日
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院
																	計 日
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院
																	計 日
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院
																	計 日

装着した部位 肘 手首 膝 足首 手指 足指 その他 ()

固定具の種類 (名称) ギプス ギプスシャーレ シーネ ギプスシーネ その他 ()

医師の指示により常時装着した期間 20 X X 年 4 月 6 日から 20 X X 年 5 月 9 日まで

装着した部位 肘 手首 膝 足首 手指 足指 その他 ()

固定具の種類 (名称) ギプス ギプスシャーレ シーネ ギプスシーネ その他 ()

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

手術について 手術はなさいましたか いいえ はい

手術日 X X 年 4 月 5 日

手術名 **右橈骨親血的整復固定術** 手術コード 0462 -

医療機関名 1. 〇〇病院 Tel (03 - 1234 - XXXX)
 2. XX接骨院 Tel (03 - XXXX - 9876)

8 治療費などのご負担

治療費のご負担 なし あり ▶ ① 労災 ② 交通事故などで相手方が負担 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) **142,330 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 自家用車利用の場合
 2,450 円 延べ走行距離 km 有料道路利用代 円

9 運転免許などの内容

交付日 年 月 日 免許の種類 中型 準中型 普通 普自二 原付

有効期限 年 月 日まで有効 大型 その他 ()

免許証番号 第 号

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。
 (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。

自動車、バイクを運転中におケガをされた場合は、運転免許の内容をご記入ください。