

傷害総合保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 年 月 日

- 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。

1 保険金を請求される方（保険金請求者） ● 保険金を請求される方ご本人がご記名、押印してください。

〒	-	日中のご連絡先	-	-
ご住所		年齢	歳	性別 (男) (女)
フリガナ		生年月日	年	月 日
お名前	印			

2 請求される保険 ● 弊社のご契約についてご記入ください。

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
--------------	---	----------------------	---	---

3 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	保険金請求の有無	連絡先
			あり なし	- -
			あり なし	- -

4 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。
銀行 JA	信用金庫 信用組合	支店	ゆうちょ銀行
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			

次項へ続く



45P-331

代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付日

--

5 事故の状況

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	都道府県 () 市郡区 ()
どのようにして起こりましたか	----- -----

6 おケガなどの内容

● すべてのおケガの名前を病院に確認の上ご記入ください。

おケガの名前			
おケガをされた体の部位 (すべてに○)	頭 顔 眼 歯 首 肩 胸 腹 臓器 左記以外 背部 腰 でん部 腕・手※ 脚・足※ 手指 足指 ()	※「手」とは、手の甲、手のひらをいい、手指を除きます。「足」とは、足の甲、足の裏をいい、足指を除きます。	
おケガの状態 (すべてに○)	打撲 挫傷・擦過傷 挫創・挫滅創・切創 ねんざ 神経の損傷・断裂 筋等の完全断裂 筋等の不完全断裂 骨折 脱きゅう じん帯損傷 欠損・切断 その他 ()		
現在の治療について	治療中 治療中止 治ゆ		
手術について	手術はなさいましたか (いいえ) (はい)	手術日	年 月 日
	手術名	手術コード (K) (J)	-
医療機関名	1.	Tel (- -)	
	2.	Tel (- -)	

7 おケガなどによるご通院・ご入院

● 保険金請求額の合計が10万円以下の場合、こちらにご記入のうえ診察券または領収書のコピーをご提出ください。

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、以降の通院日は入通院申告書(別紙)にご記入ください。 各月の「○」印の数をご記入ください。↓		治療期間	20 年 月 日から 20 年 月 日まで
		入院期間	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	固定具の装着について	※固定具とは、骨折・脱きゅう・じん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
()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	装着した部位	肘 手首 手指 膝 足首 足指 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	固定具の種類(名称)	ギプス シーネ ギプスシャーレ ギプスシーネ 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	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			

● 傷害医療費用を対象とする特約を付保され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。(3万円以下の場合のご提出不要です。)

8 治療費などのご負担

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

