

❗ 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)がご記入ください。

- 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。

AIG損保へ返送する書類  
一般・事業者 兼用

## AIG 傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損保

AIG損害保険株式会社 宛 ご記入日 20XX年 6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** ● 貴社のご契約についてご記入ください。

〒130-XXXX ご住所 東京都〇〇区XX町 1-2-3	Tel ( 03 - XXXX - 1234 ) ご連絡先 日中のご連絡先 ( 090 - XXXX - 5678 )
フリガナ カブシキガイシャ エイアイ	法人の場合は担当者のお名前をご記入ください
お名前 株式会社 エイアイ	担当者名 永 合子

**2 請求される保険** ● 貴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 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** ● 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
東 西 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。

〒130-XXXX ご住所 東京都XX区〇〇町 4-5-6	Tel ( 03 - XXXX - 4321 ) ご連絡先 日中のご連絡先 ( 090 - XXXX - 9876 )
フリガナ エイアイ タロウ	職業 塗装工
お名前 永合 太郎(男)女	生年月日 19XX年 9月 1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 とのご関係 ①本人 ②配偶者 ③子 ④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。

運転中におケガをされた場合のみ、以下に運転免許証の内容をご記入ください。

交付日 年 月 日	免許証番号 第 号
有効期限 年 月 日まで有効	免許の種類 中型 準中型 普通 (普自二) 原付
免許証の色 (ゴールド) (ブルー) (グリーン)	大型 その他( )

**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 JA	南北	支店	ゆうちょ銀行
	信用金庫 信用組合			
普通・総合 当座	店番号 0011234	口座番号 XXXX	記号 1	番号 0
口座名義(カタカナ) 左つづめでご記入ください	カ) エイアイ			

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

45P-311 M05Y19

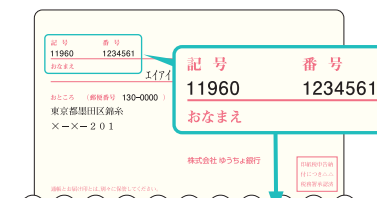
この書類を作成された日付をご記入ください。

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きご担当者のお名前をご記入ください。

- 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。

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、右つづ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)



! 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。

出発時に予定されていた到着時刻および目的地をご記入ください。

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

業務中  就業中  出退勤途中  出張中  その他 ( )

業務外  日常生活中  旅行中  行事参加中  その他 ( )

どこで起こりましたか (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 (2) 契約者が直接業務を行う現場内 (3) その他 ( )

施設または現場名 ○○マンション建築現場

どのようにして起こりましたか 現場で作業中に、足場(高さ3m)から転落し、右腓骨骨折した。

### 7 おケガなどの内容

● 保険金請求額の合計が10万円以下の場合は、この申告欄にご記入ください。

おケガの名前 右腓骨骨折

現在の治療について  入院中  入院中止  治ゆ

治療期間 20XX年 4 月 6 日から 20XX年 6 月 29 日まで

入院期間 20XX年 4 月 6 日から 20XX年 4 月 15 日まで

通院日に○印を付けてください。

(4)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	週休	計	4	医師の指示により 補綴装着した期間	20 XX 年 4 月 6 日から 20 XX 年 5 月 6 日まで
(5)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		計	6	手術はなさいましたか	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ
(6)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		計	6	手術名	観血的整復固定術
( )月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		計		手術日	20XX年 4 月 8 日

通院された日数合計 計 16 日 手術コード ( ) ( ) 0462 -

医療機関名 1. △△病院 Tel ( 03-XXXX-0123 ) 2. Tel ( - - - )

### 8 治療費などの負担

● 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。(3万円以下の場合はご提出不要です。)

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 ( ) 負担された金額 70,800 円

健康保険 (2) 自費 (3) その他 ( ) (診断料を除く)

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 2,450 円 延べ走行距離 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) 事業主 (2) 役員 (3) 社員 (4) パート/アルバイト (5) その他 ( )

所属会社 契約者と同じ

職種 塗装工

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 就業できなかった期間 就業できなかった日数

20 XX 年 4 月 6 日から 20 XX 年 5 月 30 日までのうち (1) 全ての期間 (2) ( ) 日

### 10 出退勤の途上及び移動中におケガをされた場合

● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。

出発地点 出発した時刻 ( : ) (1) 自宅 (2) 会社 (3) 現場 (4) 取引先 (5) その他 ( )

2) ~ (5) の場合、所在地をご記入ください。 都 道/府/県 市/郡/区

到着地点 到着予定時刻 ( : ) (1) 自宅 (2) 会社 (3) 現場 (4) 取引先 (5) その他 ( )

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。
- (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。

休業が補償されるご契約で、かつ休業ないし欠勤でお仕事を休まれた場合に、土日を含めてその期間と日数をご記入ください。

- 休業補償一時金の請求が可能であり、選択される場合は、事故の発生からその日を含めて60日以内に書面にて申し出てください。詳細につきましては弊社担当者へお問い合わせください。