

**!** ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

おケガされた方ご本人がご記入ください。

- 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。

**忘れずに押印してください。**

- 特に指定がない場合、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。

この書類を作成された日付をご記入ください。

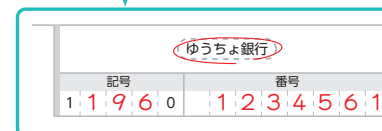
日中に連絡可能なご連絡先をご記入ください。

生年月日・性別・年齢をご記入ください。

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)



## 傷害総合保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損保へ返送する書類  
 部位・症状別支払特約用

AIG損害保険株式会社 宛 ご記入日 20XX年 8月 1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」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。

〒 130-XXXX	日中のご連絡先 090-XXXX-5678
ご住所 東京都〇〇区XX町 1-2-3	フリガナ エイアイ タロウ
お名前 永合 太郎	年齢 77歳 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	生年月日 19XX年 6月 30日

**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 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	ABC1234	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	03-XXXX-XXXX
			<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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。

東西 <input checked="" type="radio"/> 銀行 J A 信用金庫 信用組合 南北 支店	ゆうちょ銀行
店番号 口座番号	記号 番号
<input checked="" type="radio"/> 普通・総合 当座 0011234XXXX 1	0
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください	
エイアイ タロウ	

次項へ続く

4SP-331

代理店 受付日 年 月 日 保険会社 受付日



❗ 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。
- おケガをされた体の部位、おケガの状態をご記入ください。
- 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。

支払保険金の合計が10万円以下の場合

- 弊社から別途ご連絡がない限り、診断書の取得は不要です。
- 弊社から所定の診断書のご手配をお願いした場合は、診断書の費用をお支払いいたしますので、診断書費用の領収書(原本)を同封してください。

傷害総合保険 保険金請求書 兼 同意書

**5 事故の状況**

いつ起こりましたか 20XX年 4月 6日 (午前) (午後) 5時 15分頃

どこで起こりましたか 東京 (都道府県) XX市 (市区) ○○町 3-2-1

どのように起こりましたか 夕方、友人とウォーキング中に小石につまずき転倒して、右腕を骨折した。

**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 右とう骨骨折

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・挫減創・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 脱ぎゅう ( ) 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 20XX年 4月 8日

手術名 観血的整復固定術 手術コード (R) (J) 0462-

医療機関名 1. △△病院 Tel ( 03 - XXXX - 0123 )  
 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、以降の通院日は入院通院申告書(別紙)にご記入ください。各月の「○」印の数をご記入ください。

(4)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院	計	4日
(5)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	6日	
(6)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	5日	
(7)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	2日	
通院された日数合計																	計	17日	

治療期間 20XX年 4月 6日から 20XX年 7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

固定具の装着について  
\*固定具とは、骨折・脱ぎゅう・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

装着した部位 ( ) 肘 ( ) 手首 ( ) 手指 ( ) 膝 ( )  
 定骨 ( ) 定指 ( ) 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 XX年 4月 6日から 20 XX年 5月 6日まで

**8 治療費などのご負担**

治療費のご負担 ( ) なし ( ) あり ( )  
 ありの場合: 1. 労災 2. 交通事故などで相手方が負担 ( ) 負担された金額 (診断料を除く) 70,800 円  
 3. 健康保険 2. 自費 3. その他 ( )

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  
 自家用車利用の場合

AIG 4SP-331 AIG損保

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。

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。

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。