

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

契約者をご記入ください。

- 法人の場合は法人名をご記入ください。

保険証券をご確認のうえ、今回請求される保険契約の証券番号をご記入ください。

ほかに今回の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

医療保険、海外旅行保険など

契約者をご記入ください。

- 治療を受けられた方が代表取締役の場合、契約者とのご関係欄は、「役員」に○印をお付けください。

治療を受けられたご本人をご記入ください。
忘れずに捺印してください。

- 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の方が、ご記入ください。

- 弊社から指定がない場合、認印でも結構です。

- 入院が3回以上ある場合は、別紙(メモ等)にてご申告ください。

入退院時・転院時に交通費をご負担された場合に、ご記入ください。

- 複数回入院された場合は、負担されたすべての交通費の合計金額(または距離)をご記入ください。

- 交通費のご請求額が合計3万円以下の場合でも、領収書のご提出をお願いすることがあります。

医療保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損害保険株式会社 宛

AIG損保へ返送する書類

事業者用

ご記入日 20XX年 9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、個人情報裏面「個人情報の取扱いについて」とお取り得、利用、提供することに同意します。

1 契約者 ● 法人の場合は法人名にてご記名、押印してください。

〒 130-XXXX 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 カブシキカイシャ 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

証券番号をご記入ください。 複数のご契約がありましたら証券番号をご記入ください。

① 123456XXXX	② 98765XXXXX	③
--------------	--------------	---

2 治療を受けられた方について

※治療を受けられた方の在籍を確認できる書類のご提出をお願いする場合があります。

契約者とのご関係 本人 役員 社員 パート/アルバイト

通常労働状況 週あたりの平均労働日数は3日以上、かつ平均労働時間は15時間以上ですか?
 はい いいえ

入社年月日 20XX年 4月 1日

3 治療を受けられた方(保険金請求者)、病名・入院期間 ● 治療を受けられた方がご署名、ご捺印ください。

〒 130-XXXX 東京都XX区〇〇町3-2-1-101	Tel (03-XXXX-4321) ご連絡先 日中のご連絡先 (090-XXXX-8765)
フリガナ エイアイ タロウ	生年月日 19XX年 6月 1日 (30歳)
お名前(自署) 永合 太郎	

※弊社診断書をご提出いただく場合は、ご記入不要です。

病名 急性虫垂炎 入院期間 ① 20XX年 8月 6日～20XX年 8月 18日
② 年 月 日～ 年 月 日

4 入退院時の交通費・室料差額のご負担 ● 疾病入院医療費用・疾病治療費用特約が付帯されている場合はご記入ください。

入退院時・転院時(転院時を除く)の交通費 電車・バス・タクシー代などの合計金額

● 交通費の合計が5万円を超える場合は、領収書をご提出ください
● 先進医療を受けられた場合は通院交通費を含めてご記入ください

2,450 円

延べ 走行距離 km 有料道路 利用代 円

室料差額(差額ベッド代・個室代・特別療養環境室料)

● 室料差額が発生する病室をご本人希望により利用された場合は○で囲んでください 本人希望により利用した

他社のご契約

会社名 東海上保険	証券番号 ABC123XXX
連絡先 03-XXXX-XXXX	担当者 ○○

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	南北	ゆうちょ銀行
<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合		
支店	支店	
店番号	口座番号	記号
0 0 1 1 2 3 4 X X X		1 0
普通・総合(当座)		
口座名義(カタカナ) 左側でご記入ください	エイアイ タロウ	

代理店 年月日 保険会社 年月日

受付日 受付日

45M-331 M06Y22

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。

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、弊社から指定がない場合、認印で結構です。

室料差額が発生する病室の利用を希望された場合にご記入ください。

- 室料差額が発生していない場合はご記入不要です。
- 治療上の指示や満床など、病院の都合により利用した時は「本人希望により利用した」に含まれませんので、ご記入不要です。

保険金の支払先をご指定ください。

- 保険金を請求される方が指定される口座となります。
- 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)

記号 番号

11960 1234561

おなまえ

おなまえ

ゆうちょ銀行

記号	番号
1 1 9 6 0	1 2 3 4 5 6 1

