

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

保険金を請求される方(親権者)がご記入ください。

- 治療を受けられた方が成人の場合は、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。

加入者証(または保険証券)をご確認のうえ、今回請求される保険契約の加入者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

弊社所定の診断書のご手配をお願いしている(診断書が同封されている)場合は、ご記入不要です。

疾病入院療養一時金を付帯されているご契約の場合のみご記入ください。

手術または放射線治療をされた場合は必ずご記入ください。

- 疾病手術医療保険金については、別紙『こども総合保険病気補償の概要』をご確認ください。



医療保険 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損害保険株式会社 宛 ご記入日 20XX年 9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、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。

1 治療を受けられた方(保険金請求者) ● 治療を受けられたご本人がご記入、押印してください。
● 治療を受けられた方が未成年の場合は、親権者が保険金請求者となり、ご記入ください。

〒 130-XXXX 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 親権者 永合 花子	Tel (03-XXXX-1234) ご連絡先 日中のご連絡先 (090-XXXX-5678) 生年月日 20XX年 6月 1日 (14歳) 学校名 〇〇中学校
--	---

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。

加入者番号(または証券番号)をご記入ください ① 0123456XXX 複数のご契約がありましたらご記入ください ② 654321XXXX ③

3 ご病気・ご治療の内容 ● 保険金請求額の合計が10万円以下の場合はこちらにご記入のうえ、入院または手術をされたことが確認できる書類の写し(入院領収書、診療明細書、退院証明書など)をご提出ください。
● 改めて弊社所定の診断書のご手配をお願いする場合があります。

入院・手術の原因となった疾病名	急性虫垂炎	初診日(初めて医療機関を受診された日)	20XX年 8月 10日
入院期間	① 20XX年 8月 10日 ~ 20XX年 8月 20日 ② 年 月 日 ~ 年 月 日	入院/退院	入院中 / 入院中
60日以上の継続入院が必要と診断されましたか。 今までに同一の病気で入院し、弊社に保険金を請求したことがありますか。			
いいえ / はい		いいえ / はい	
手術をされた場合は、手術名と手術コードを医療機関でご確認のうえ、ご記入ください。			
①手術名	腹腔鏡下虫垂切除術	②手術名	
手術日	20XX年 8月 10日 手術コード (K) (J) 718-2	手術日	年 月 日 手術コード (K) (J) -
放射線治療をされた場合は、部位と期間を医療機関でご確認のうえ、ご記入ください。			
照射された部位	期間	年 月 日 ~	年 月 日
入院または手術をされた医療機関	医療機関名 〇〇大学病院 主治医名 〇〇医師	診療科 外科 患者(診療券)番号 123XXX	

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 (JA) 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
0 0 1 1 2 3 4 X X X	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 ハナコ	

代理店 年月日 保険会社 年月日
受付日 受付日

45M-341

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。
● 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。
● 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

今回ご請求のご入院(または手術)の原因となるご病気が、以前に保険金請求をされたことのあるご病気と同一の場合には「はい」に、はじめてご請求されるご病気の場合には「いいえ」に○印をつけてください。

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。

