

東京海上日動火災保険株式会社 宛

同意事項

- 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
 - 私は、貴社またはその指名する者が保険金の支払いをするために必要な範囲で、治療の内容・症状の程度を確認するための医療情報を取得・利用することに同意します。
 - 他の保険契約等(*)がある場合
本保険金請求に関する私の個人情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報)を、貴社の負担部分を超える額を求償するために、以下のとおり提供、利用することについて同意します。
・貴社が他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・共済等へ提供すること、および提供を受け、利用すること
・他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、および提供を受け、利用すること
(*)保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。
- 【個人情報の利用目的】
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます。)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
(※)詳しくは、弊社ホームページ(<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>)をご参照ください。

1

保険金請求者

▶被保険者である事業者(法人、個人事業主等)が保険金請求者となります。

記入日	年	月	日
住所	〒 - -		
フリガナ	必ずご捺印ください。		
請求者氏名 (被保険者)	印	ご連絡先	TEL - - 日中 連絡先 - -

2

ご契約内容

▶「他の保険契約等」は、有無にチェックをしてください。有の場合は、保険会社等名称、証券番号、保険請求の有無等をご記入ください。

証券番号		
他の保険契約等	保険会社等名称	証券番号
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	保険の種類	担当部署・担当者
		保険金請求の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

3

保険金振込先

金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	<input type="checkbox"/> 銀行	フリガナ	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 座種類	<input type="checkbox"/> 普通・総合	<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 貯蓄
	<input type="checkbox"/> 信金		<input type="checkbox"/> 支所	支店コード(3ケタ)	口座番号(右詰でご記入ください)		
<input type="checkbox"/> 信組							
<input type="checkbox"/> 農協							
口座名義(カタカナ)							
ゆうちょ銀行	通帳記号(5ケタ)	1	0	通帳番号(8ケタ) (右詰でご記入ください)	1		
口座名義(カタカナ)							

▲通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○があることをご確認ください。

4

事故の内容

フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	性別	<input type="checkbox"/> 男
被災者氏名 (補償対象者)	年 月 日生()歳		<input type="checkbox"/> 女	
ご連絡先	TEL	-		
発生日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃	
発生場所	都 道 府 県	運転免許証内容		
発生状況	＜自動車、原動機付自転車運転中の事故の場合＞ 事故日時時点で有効な免許証の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
				＜有効期限＞ 平成 年 月 日まで有効

診断書のご提出を省略される場合は、裏面 2 もご記入ください。

入院補償保険金・通院補償保険金のご請求金額が10万円以下で、休業補償保険金のご請求がない場合は、診断書のご提出を省略することができます。ただし、弊社より別途ご提出をお願いする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

代理店受領日	弊社受領日

診断書をご提出いただく医療機関については、5のご記入は不要です。
ご記入いただいた治療状況について、医療機関等へ確認させていただく場合がございます。

5

<p>おけがをされた体の部位 ※もれなくご記入ください。</p> <p>頭 顔 眼 歯 首 肩 胸 腹 脊柱 腰 臀部 (右 左)腕<手指以外>・(右 左)手指 (左記以外)</p> <p>(右 左)足<足指以外>・(右 左)足指</p>											
<p>おけがの状態 ※もれなくご記入ください。</p> <p>打撲 切り傷 すり傷 捻挫 じん帯傷 骨折 脱臼 火傷 その他 (傷病名)</p>											
<p>入院治療された期間</p> <p>年 月 日 ~ 年 月 日</p>						<p>通院治療された期間</p> <p>年 月 日 ~ 年 月 日</p> <p>(うち実際に通院した日数 日)</p> <p>通院して実際に治療を受けた日に○印を付けてください。2ヶ所以上の医療機関で治療された場合は、○・△印等で区別してください。</p>					
<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計</p> <p>月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日</p>						<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計</p> <p>月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日</p>					
<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計</p> <p>月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日</p>						<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計</p> <p>月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日</p>					
<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計</p> <p>月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日</p>						<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計</p> <p>月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日</p>					
<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計</p> <p>月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日</p>						<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計</p> <p>月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日</p>					
<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計</p> <p>月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日</p>						<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計</p> <p>月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日</p>					
<p>医療機関</p> <p>入院および通院の○・△印等を区別して領収書の原本またはコピーを添付してください。(無い場合は、診察券のコピーを添付いただくか、下欄に医療機関情報をご記入ください。)</p>											
<p>① <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 (○印)</p> <p>名称 (科)</p> <p>所在地 TEL - -</p>											
<p>② <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 (△印)</p> <p>名称 (科)</p> <p>所在地 TEL - -</p> <p>3ヶ所目以降は、別紙に記入、添付してください。</p>											
<p>手術の有無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>											
<p>手術の同意書等、手術の内容が確認できる書類の原本またはコピーを添付してください。</p>											
<p>手術名 (もしくは手術番号) 手術日 年 月 日</p> <p>先進医療 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない</p>											
<p>手術名 (もしくは手術番号) 手術日 年 月 日</p> <p>先進医療 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない</p>											
<p>ギプス等の固定具使用の有無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>											
<p>医師等の指示により固定具を常時装着した期間※1 固定具の種類※2 腕(肩から手首まで)または脚(足の付け根から足首まで)※3の全部または一部の固定有無 胸部または腹部の固定有無</p>											
<p>年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>											
<p>年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> ギプス・ギプスシーネ・ギプスシャーレ・シーネ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p>											
<p>※1 「入浴中のみ取り外す」等の状態は常時装着に含まれます。</p> <p>※2 ●ギプス:受傷部の周囲360度を覆い固定する硬質(もしくは石膏)の器具。 ●ギプスシーネ:ギプス固定の後、ギプスの一部をカットして副子として使用するもの。</p> <p>●ギプスシャーレ:ギプス固定の後、ギプスを半分にカットして副子として使用するもの。 ●シーネ(副子・副木):受傷部の一側に当て、包帯などで巻いて固定する器具。</p> <p>※3 長管骨と3大関節部分を指します。長管骨とは、上腕骨、橈骨、尺骨、大腿骨、脛骨および腓骨をいいます。3大関節部分とは、肩甲骨、鎖骨、手根骨、腸骨、恥骨、坐骨、膝蓋骨、距骨、踵骨および足根骨をいいます。</p>											