

！ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

契約者がご記入ください。

- 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

治療を受けられた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の方が、ご記入ください。

入院時・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。

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。
- 個人の場合は、特に指定がない限り、認印で結構です。

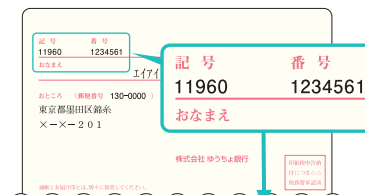
室料差額が発生する病室の利用を希望された場合にご記入ください。

- 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「希望された場合」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)



ゆうちょ銀行	
記号	番号
1 1 9 6 0	1 2 3 4 5 6 1

AIG
AIG損保

AIG損保へ返送する書類
事業者用

医療保険 保険金請求書 兼 同意書

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、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、個人情報を裏面(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 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 フリガナ カブシキカイシャ エイアイ お名前 株式会社 エイアイ	Tel (03-XXXX-1234) ご連絡先 日中のご連絡先 (090-XXXX-5678) 法人の場合は担当者のお名前をご記入ください
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

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。

契約者との関係 専業主 役員 社員 パート/アルバイト その他 ()

入社年月日 20XX年 4月 1日 通常の勤務状況 通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

3 治療を受けられた方(保険金請求者) ● 治療を受けられた方が本人がご記名、押印してください。

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

4 入院時の交通費、室料差額などが補償されるご契約*の場合のみご記入ください

入院時・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

● 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

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の利用を希望された場合は○で囲んでください 希望した

他社のご契約	会社名 東西海上保険	証券番号 ABC123XXX
● 治療費が支払われる他社のご契約がある場合は、ご記入ください	連絡先 03-XXXX-XXXX	担当者 〇〇

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

代理店 年月日 保険会社 年月日

受付日 受付日

45M-331

45M-441