

## 傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

一般・事業者 兼用

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 年 月 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、個人情報を別紙「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。
- また、貴社の担当者（貴社が委託、依頼した者を含む）が保険金の支払いに必要な範囲で、被保険者が診察または治療したすべての病院、医師および関係者からすべての疾病や傷害の記録を取得することに同意します。なお本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

契約者がご記入ください

## 1 契約者

〒 -	ご住所	Tel ( - - )	ご連絡先	日中のご連絡先 ( - - )
フリガナ		法人の場合は担当者のお名前をご記入ください		
お名前	印	担当者名		

● 弊社のご契約についてご記入ください。

## 2 請求される保険

証券番号をご記入ください ①	複数のご契約がありましたらご記入ください ②	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
			あり なし	- -
			あり なし	- -

治療を受けられた方がご記入ください

## 4 おケガなどをされた方

● おケガなどをされた方がご記名、押印してください。

〒 -	ご住所	Tel ( - - )	ご連絡先	日中のご連絡先 ( - - )
(契約者と同じ)	フリガナ		職業	
(契約者と同じ)	お名前	男 女	生年月日	年 月 日 ( 歳 )
おケガなどをされた方が未成年の場合親権者の方のご署名が必要です。		印	保険契約者との関係	① 本人 ② 配偶者 ③ 子 ④ その他 ( )
<input checked="" type="checkbox"/> 私（おケガなどをされた方またはその遺族）は、保険契約内容について理解するとともに、保険金支払額ならびに支払先について了知しています。				
運転中におケガをされた場合のみ、以下に運転免許証の内容をご記入ください。				
交付日	平成 年 月 日	免許証番号	第 号	
有効期限	平成 年 月 日まで有効	免許の種類	中型 普通 普自二 原付 大型 その他 ( )	

## 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。

銀行 JA 支店	信用金庫 信用組合	ゆうちょ銀行
店番号	口座番号	記号 番号
(普通・総合) (当座)		1 0
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください		

次項へ続く

代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
---------	-------	----------	--



4SP-311

## 6 おケガなどをされたときの状況

	20	年	月	日	(午前)	(午後)	時	分頃	
いつ起こりましたか	業務中	就業中		出退勤途上		出張中		その他 ( )	
	業務外	日常生活中		旅行中		行事参加中		その他 ( )	
どこで起こりましたか	① 「1.契約者」の住所と同じ		② 以下の場所		③ 海外 (国名: )		都市名: ( )		
			都 道 府 県		市 郡 区				
どのようにして起こりましたか	●契約者が事業者の場合のみご記入ください。								
	① 契約者が業務のために所有もしくは使用する施設内				施設または現場名				
② 契約者が直接業務を行う現場内		③ その他 ( )							

## 7 おケガなどの内容

● 保険金請求額の合計が10万円以下の場合、この申告欄にご記入ください。

おケガの名前	現在の治療について		(入通院中) (入通院中止) (治ゆ)	
治療期間 20 年 月 日から 20 年 月 日まで	固定具の装着について ※ 固定具とは、骨折・脱臼・靭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			
入院期間 20 年 月 日から 20 年 月 日まで	装着した部位 (固定した部位すべて) をご記入ください。 (時) (手首) (膝) (足首) (手指) (足指) (その他) ( )			
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。	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) ( )			
( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日	医師の指示により常時装着した期間		20 年 月 日から 20 年 月 日まで	
( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日	手術はなさいましたか (いいえ) (はい)			
( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日	手術について 手術名			
( )月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日	手術日 年 月 日			
通院された日数合計 計 日	手術コード (K) (J) -			
医療機関名 1. Tel ( - - ) 2. Tel ( - - )				

## 8 治療費などのご負担

● 傷害医療費用を対象とする特約を付保されている場合はご記入ください。  
● 治療費・交通費の合計金額が3万円を超える場合は、すべての領収書の写し(コピー)をご提出ください。  
領収書の原本が不要な方は、原本をご提出いただいても結構です。(3万円以下の場合ご提出不要です。)

治療費のご負担	なし	① 労災	② 交通事故などで相手方が負担	負担された金額 (診断書料を除く)	円
	あり	① 健康保険	② 自費 ③ その他 ( )		
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 円		延べ走行距離 km 有料道路利用代 円		

## 9 おケガをされた方の就業状況など

● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。

所属会社	(契約者と同じ)	職種	
契約者との関係	① (事業主) (役員) (社員) (パート・アルバイト)	通常の勤務状況	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)
	② (建設業および貨物自動車運送業における下請負人またはその使用人(従業員など))		
	③ (派遣社員) (その他) ( )		
就業不能期間	*①②以外の契約(業務委託契約等)に基づき契約者の業務に従事するもの ・今回のおケガにより就業できなかった日がある場合は、以下にその期間と日数をご記入ください。 ・おケガをされた方の所定の休日(土日など)は就業不能期間に含まれますが、その期間内に就業日がある場合はその日を除いてください。		
	就業できなかった期間		就業できなかった日数
	20 年 月 日から 20 年 月 日までのうち		① 全ての期間 ② ( )日

## 10 出退勤の途上及び移動中におケガをされた場合

● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。

出発地点	出発した時刻 ( : )	① 自宅 ② 会社 ③ 現場 ④ 取引先 ⑤ その他 ( )				
	② ~ ⑤ の場合、所在地をご記入ください。		都 道 府 県		市 郡 区	
到着地点	到着予定時刻 ( : )	① 自宅 ② 会社 ③ 現場 ④ 取引先 ⑤ その他 ( )				
	② ~ ⑤ の場合、所在地をご記入ください。		都 道 府 県		市 郡 区	



治療を受けられた方がご記入ください

契約者がご記入ください

# 診断書(傷害保険用) ※医療機関へ作成をご依頼ください。

AIG損害保険株式会社 宛

傷病者	住所	カルテNO.					
	氏名	1 健 保 3 労 災 5 自 賠 責 2 国 保 4 自 費 6 その他( )					
初診日	年 月 日	職業	年 月 日生(才)				
傷病名および受傷部位・態様		男・女	受傷日 年 月 日				
受傷の原因(傷病者の申告内容を詳細にご記入ください。)							

治療期間	総期間	年 月 日 ~ 年 月 日	転帰	治療・通院中・入院中・中止・転医
入院期間	第1回目 入院	年 月 日 ~ 年 月 日	退院	入院中
	第2回目 入院	年 月 日 ~ 年 月 日	退院	入院中
通院期間	※通院日○印を記入してください	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計 日

医学的に就業・家事・通勤通学が全く不可能とされる期間		平常の生活または就業に支障があったと思われる期間		
年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		
固定具使用の場合	固定部位	(手指のみ) (手指から手首を含む) (足指のみ) (足指から足首を含む) (その他) ( )		
	名称と期間	ギプス・ギプスシャーレ	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		ギプスシーネ・シーネ	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日
		コルセット(軟・硬)	常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日
その他( )		常時装着を指示した期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

筋・腱・靭帯の場合 →	<input type="checkbox"/> 完全断裂 <input type="checkbox"/> 部分断裂	残存する後遺障害が有る場合にご記入ください(無し・不明の場合は記入不要です。)
		後遺障害の内容

・初診時の所見および治療中の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過など)	他覚的所見:頸部痛・腰部痛の場合(レントゲン・脳波・筋電図など器質的变化)の有無:検査結果 ※必ずご記入ください
・頭部外傷の場合の意識障害: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	X線: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
有りの場合 → 経時的变化をご記入ください	CT: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	MRI: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	その他(検査名及びその結果)

当該傷病の治療歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病院名: )	治療期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)
------------------------------------------------------------------------	-----------------------

「今回の傷病に影響を及ぼした」既往症・持病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(有りの場合、傷病名、医療機関名、治療期間などおわかりになれば記入してください。)
傷病名	医療機関名
	治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃

今回の傷病に関して実施した手術 (無しの場合は記入不要です有りの場合のみご記入ください)	手術名 (経皮的手術・TAE・ドレナージ・シャント術を含む)	手術の種類	筋骨手術の場合	手挙部・手背部または足底部・足背部に及び	筋・腱・靭帯の処置を伴う	植皮面積	手術日
	K・J( - )	1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術を含む) 4.開腹術 5.胸腔鏡・腹腔鏡手術 6.ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 7.その他 右記に該当する場合に○印をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 観血	<input type="checkbox"/> 及ぶ	<input type="checkbox"/> 伴う	25cm <sup>2</sup> (以上)	年 月 日
K・J( - )	1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術を含む) 4.開腹術 5.胸腔鏡・腹腔鏡手術 6.ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 7.その他 右記に該当する場合に○印をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 観血	<input type="checkbox"/> 及ぶ	<input type="checkbox"/> 伴う	25cm <sup>2</sup> (以上)	年 月 日	
その他	先進医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有りの場合、技術名を記入してください。( )				

上記の通り診断いたします。

診断書料金(税込)

円

年 月 日 所在地

病院名

電話番号

医師氏名



代理店  
受付日

年 月 日

保険会社  
受付日



GIAJ16-1B1-201801

4S1-1B1

# 保険金支払に必要な医療情報の提供に関する同意書

対象の医療機関名をご記入ください
------------------

御中

記入日	年	月	日	
同意者	住所			
	氏名			
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他( )		
対象者(患者)	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日		
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です		
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です		

年 月 日 に発生した事故または疾病について、AIG損害保険株式会社の担当者(AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む)が、以下を行う(保険金支払の前・後のいずれの場合も含まれます)ことに同意します。なお、本状の複写も本状と同じ効力があるものと認めます。

- 上記対象者(患者)の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。
- 上記対象者(患者)の以下①②の交付・貸出(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
  - ① 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料
  - ② レントゲンフィルムなどの検査資料

## 記入例

⚠医療機関には提出せず、ご自身でご記入ください。

### ① 対象者(患者)ご本人(※1)が同意者となる場合

対象の医療機関名をご記入ください	〇〇総合病院	御中
記入日	20XX年 9月 10日	
同意者	住所	東京都墨田区錦糸X-X-201
	氏名	永合 太郎
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他( )
対象者(患者)	生年月日	大正・昭和・平成 XX年 7月 1日
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です

忘れずに押印してください。

※1)対象者(患者)が成年の場合は、原則として対象者(患者)ご本人が「同意」してください。

20XX年 9月 1日 に発生した事故または疾病について、

### ② 対象者(患者)以外の方(※2)が同意者となる場合 (母:永合 花子、子:永合 一郎の場合)

対象の医療機関名をご記入ください	〇〇総合病院	御中
記入日	20XX年 9月 10日	
同意者	住所	東京都墨田区錦糸X-X-201
	氏名	永合 花子
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他( )
対象者(患者)	生年月日	大正・昭和・平成 XX年 7月 1日
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です 永合 一郎

忘れずに押印してください。

※2)対象者(患者)が未成年の場合は、親権者の方が同意者となります。また、その他事情により対象者(患者)ご本人が同意者になれない場合は、法定代理人または法定相続人の方が同意者となります。

20XX年 9月 1日 に発生した事故または疾病について、

代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
------------	-------	-------------	--

