

保険金請求に必要な書類

●ご提出いただく保険金請求書類は下表のとおりです。（◎は必須書類、○は場合によってご提出いただく書類です。）

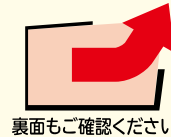
なお、ご契約内容やご請求される保険金等により、下表以外の書類のご提出をお願いする場合があります。

●下線のついた書類は、当社所定の用紙をご利用ください。

	必要書類		ご記入または ご用意いただく方	ご説明
◎	保険金請求書 (兼 就業中事故証明 兼 役職員 証明 兼 就業不能欠勤・休業状 況証明)		事業主さま	●保険金請求権者は原則として、事業主さまとなります。 ●保険金請求書の「⑥事故内容」の休業期間欄は休業補償保険金支払特約が セットされている場合のみご記入ください。
◎	個人情報の取扱いに関する 同意書（おケガをされた方）		補償対象者さま (おケガをされた方)	●補償対象者さまが未成年の場合は、親権者の方がご記入・ご捺印ください。
	医療照会に関する同意書			●治療内容等について医療機関に照会する場合があります。 ●補償対象者さまが未成年の場合は、親権者の方がご記入・ご捺印ください。
◎	右記いずれかの 書類をご提出お 願いします	入院・通院申 告書(傷害用)	補償対象者さま (おケガをされた方)	●保険金のご請求額が10万円以下の場合は、本書のご提出により診断書の取 り付けを省略することができます。 (保険金のご請求額が10万円以下の場合でも、診断書のご提出をお願いす ることがあります。) ●補償対象者さまが未成年の場合は、親権者の方がご記入ください。
		診断書	医療機関 (※補償対象者さま (おケガをされた方) がご用意ください)	●保険金のご請求額が10万円を超える場合にご提出ください。 ●診断書のお取り付けに際して発生する文書料はお客様負担となります。 ●医療機関に発行を依頼してください。
○	【自動車等運転中の事故の場合】 運転免許証・資格証等のコピー		補償対象者さま (おケガをされた方)	●工事現場におけるクレーン車の使用等、法令に定められた所定の運転資格 を必要とする自動車等を運転している間のおケガの場合には、当該資格証の コピーをご提出ください。
○	【下請負人のケガの場合】 補償対象者さま（おケガをされ た方）が下請負人であることが 確認できる資料		事業主さま	●補償対象者さまが下請負人の場合には、請負契約書等のコピーをご提出く ださい。
○	【死亡補償保険金を遺族に支払う 場合】 補償対象者さま（お亡くなりにな られた方）の遺族であること が確認できる書類		補償対象者さま (お亡くなりになられた 方) のご遺族の方	●補償対象者さまがお亡くなりになり、死亡補償保険金をそのご遺族に支払う 場合は、ご遺族であることが確認できる書類（除籍謄本等）をご提出くだ さい。
○	【死亡補償保険 金または業務外 補償費用保険金 を事業主さまへ 支払う場合】	補償金受領書	補償対象者さま (おケガをされた方) または補償対象者さま (お亡くなりになられた 方) のご遺族の方	●事業主さまは、保険金受領後、保険金の全額を補償対象者さま、またはそ のご遺族へ支払い、必ず30日以内に本書をご提出ください。 ●支払保険金が500万円を超える場合には、実印でご捺印のうえ、印鑑証明 書をあわせてご提出ください。 ●事業主さまが補償金をお支払いになられた後に保険金をご請求される場合 は、補償対象者さま、またはそのご遺族にお支払いになられた証明書類（補 償金受領書または振込票控え等）を保険金請求時にご提出ください。 ●補償対象者さまが未成年の場合は、親権者の方がご記入・ご捺印ください。
○		補償金受領書 未提出に関す る確認書	事業主さま	●補償対象者さま、またはそのご遺族へ補償金をお支払いになる前に、保険 金をご請求される場合は本書をご提出ください。
○	【休業補償保険金を支払う場合】 就業不能欠勤・休業状況報告書		事業主さま	※休業補償保険金は、休業補償保険金支払特約がセットされている場合にお 支払い対象となります。 ●休業補償保険金をご請求される場合に、補償対象者さまが業務に全く従事 できなかった期間を事業主さまに証明していただくための書類です。 ●保険金請求書の「⑥事故内容」をご記入ください。別途、当社所定の用紙 へのご記入をお願いする場合がございます。

保険金請求書 (ビジネスマスター・プラス (事業活動総合保険) 傷害ユニット用)

兼 就業中事故証明 兼 役職員証明 兼 就業不能欠勤・休業状況証明



ご記入前にご確認ください。

● ご記入ガイドをご確認いただき、太枠内をご記入ください。

- 以下のとおり、損害保険ジャパン株式会社 (以下、「損保ジャパン」といいます。) との保険契約に基づき、保険金を請求します。
- 本書裏面「他の保険契約等の保険金請求に関する事項」に同意します。
- 本書裏面「個人情報の取扱いに関する事項」のとおり、損保ジャパンの本保険金請求に関する個人情報の取扱いに同意します。
- 下記「⑦保険金振込口座」への振込をもって保険金を受領したものと認めます。
- 補償対象者へ補償金を支払う前に以下の保険契約にもとづき保険金を受領した場合、保険金の全額を速やかに補償対象者に支払うことを約します。
- 「④補償対象者 (おケガをされた方)」 「⑥事故内容」欄への記入をもって、役職員証明、就業中事故証明、就業不能欠勤・休業状況証明とします。

① ご 請 求 日

20 年 月 日

② 証 券 番 号

③ 保険金請求者 (事業主さま)

原則として、被保険者 (事業主さま) です。

住 所	〒 フリガナ (都 道 府 県)	電話番号 ()
氏 名	フリガナ	ご捺印 ください

④ 補償対象者 (おケガをされた方)

氏 名	フリガナ	役 職	職員区分 (役員 職員 下請負 パート・アルバイト その他 ())	性 別	男 女	生年月日	西暦 年 月 日生
-----	------	-----	---------------------------------------	-----	-----	------	-----------

⑤ 他 の ご 契 約

今回の件について、同一の補償をする他のご契約がありましたら、ご記入ください。

他のご契約	保険会社等の名称	保険の種類	証券番号	契約者名	保険金請求の手続き
☐ 無 ☒ 有					☐ 未 ☐ 済
※有の場合は右欄にご記入ください。					

⑥ 事 故 内 容

事故日時	20 年 月 日	(午前 午後)	時 分頃
事故場所	(都 道 府 県)		
事故状況	いずれかに○印をつけ、以下に事故状況をご記入ください。 ☐ 業務に従事中 (出退勤途上を含む) の事故 ☐ 業務外の事故		
休業期間	連続した休業期間をご記入ください。(休業補償保険金支払特約がセットされている場合) 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		

⑦ 保険金振込口座

通帳をご確認のうえ、正確にご記入ください。

口座名義 預金口座 欄とも ご記入 ください。	保険金振込先 (誤りを訂正する際は必ず訂正箇所請求印と同じ印鑑をご捺印ください。)									
	口座名義 (カタカナ)					住 所	〒 TEL ()			
	預金口座	(銀行・信用金庫・信託・協同・労働・農協)				口座種類	① 普通・総合 ② 当座 ③ 貯蓄	店番	口座番号	
	ゆうちょ銀行				通帳記号		一	通帳番号		
口座名義人が保険金請求者と異なる場合のみご記入ください。										
受取人氏名 (漢字)										
代理店記入欄 受領日 20 年 月 日 受領者 管理使用欄										



個人情報の取扱いに関する同意書 (おケガをされた方)

※おケガをされた日

私は、20 年 月 日 の事故による保険金請求に関する個人情報を損害保険ジャパン株式会社 (以下、損保ジャパン) の社員、またはその委託を受けた者が下記のとおり取り扱うことに同意します。

記

【個人情報の取扱いに関する事項】
損保ジャパン (以下、「当社」と言います。) は、本保険金請求に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うこと (以下、「当社業務」と言います。) に利用します。また、下記①から⑤まで、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。

①当社が、当社業務のために、業務委託先 (保険代理店を含みます。)、保険仲立人、保険金の請求・支払いに関する関係先 (修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。

②当社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。

③当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと (再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。) があります。

④当社が、国内外のグループ会社や提携先会社に提供を行い、その会社が取り扱う商品・サービスの案内・提供およびその判断等に利用することがあります。

⑤契約の安定的な運用を図るために、被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。

なお、保健医療等のセンシティブ情報 (人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。) の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細 (国外在住者の個人情報を含みます。)、グループ会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト (<https://www.sompo-japan.co.jp/>) をご覧ください。

記入日

20 年 月 日

❗️お願い ご記入ガイドをご確認いただき、補償対象者さま (おケガをされた方) がご署名・ご捺印ください。
補償対象者さま (おケガをされた方) が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

同意人	氏名	ご捺印 ください	印
	住所	都 道 府 県	
	補償対象者さまとの関係	本人 親権者 その他 ()	
補償対象者 (おケガをされた方)	※同意人が、補償対象者さま (おケガをされた方) ご本人の場合、以下に生年月日のみご記入ください。		
	氏名		
	住所	都 道 府 県	
	生年月日	西暦 年 月 日生	

医療照会に関する同意書

続けてご記入ください

❗️お願い ご記入ガイドをご確認いただき、補償対象者さま (おケガをされた方) がご署名・ご捺印ください。
補償対象者さま (おケガをされた方) が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。

主治医殿
損害保険ジャパン株式会社 行

同意書

損害保険ジャパン株式会社または本書を所持する同社委託の者が、下記患者の症状、治療内容、病歴等について照会し、必要により治療・検査記録、画像診断のフィルム (コピー)、診断書等を受領する、または貸与を受けることに同意します。

なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。

同意人	氏名	ご捺印 ください	印	記入日	20 年 月 日
	住所	都 道 府 県		患者さま	☐ 同意人に同じ
					☐ 上記以外 ⇒ 氏名
	患者さま との関係	本人 親権者 その他 ()		患者さまの 生年月日	西暦 年 月 日生



入院・通院 申告書 (傷害用)

ご記入前に
ご確認ください。

- ご記入ガイドをご確認いただき、申告者ご本人がご記入ください。
- 申告書は、保険金お支払額が10万円以下の場合に、診断書の代わりとしてご提出いただくものです。
- 申告書の記載内容により、あらためて診断書のご提出をお願いする場合があります。

① 記入日

※ご記入日を
西暦でお書きください。 20 年 月 日

② 申告者

原則として、おケガをされた方ご本人です。おケガをされた方が未成年者の場合は親権者の方が申告者となります。

氏名	フリガナ	電話番号	自宅 ()	と被保険者の関係者	本人 ()	親権者 ()
			携帯 ()		その他 ()	
			勤務先 ()			

③ 被保険者

申告者と同じ場合はご記入は不要です。

おケガをされた方ご本人	
-------------	--

④ 医療機関

以下にご記入いただくか、または診察券や領収書のコピー（一枚で可）を同封してください。

医療機関名		電話番号	()	利用保険	健保 国保 労災 自費 その他 ()
医療機関名		電話番号	()	利用保険	健保 国保 労災 自費 その他 ()

⑤ おケガ・治療の内容

必要に応じて医療機関にご確認のうえ、ご記入ください。

別紙ご記入ガイドを参照

部位	頭 顔 首 肩 胸 背 腹 腰 腕 脚 その他 ()	通院日	※実際に通院治療を受けた日に○印をつけてください。複数の医療機関に通われた場合は○・△等で、印を分けてご記入ください。																														
症状	骨折 脱臼 捻挫 切傷 打撲 火傷 腱断裂 じん帯 損傷 その他 ()		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日																													
傷病名			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日																													
入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日																													
通院治療	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち実際に通院した日数 日)		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日																													
手術	なし あり → ※正式な手術名をご記入ください 手術名		手術日	年 月 日	合計 日																												
ギプス等の固定具使用	なし	固定具を常時装着 (※1) した期間	固定具の種類 (※2)			手首または足首を含む固定																											
	あり →	A 年 月 日から 年 月 日まで	ギプス 副木・シーネ 硬性コルセット (※3)	なし あり																													
	あり →	B 年 月 日から 年 月 日まで	ギプス 副木・シーネ 硬性コルセット (※3)	なし あり																													
※1 常時装着には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴時および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。			※2 固定具の種類については、別紙「ご記入ガイド」の裏面をご確認ください。 ※3 布製のコルセット (軟性コルセット) は含みません。																														
最終治療日	年 月 日	後遺障害残存見込	なし あり 不明 →	内容 ※あり・不明の場合、内容をご記入ください																													

別紙ご記入ガイドを参照

続けて裏面もご記入ください

診断書

- 医療機関にてご記入いただくものです。
- 診断書料は保険金のお支払対象にはなりません。

氏 名	カルテ番号 ()	生年月日	年	月	日	性 別	☐ 男 ☐ 女
		健保 ☐ 国保 ☐ 労災 ☐ 自費 ☐ その他 ()					
傷 病 名 お よ び 受 傷 部 位 ・ 態 様		発病または受傷の原因 (傷病者申告の内容を詳細にご記入ください。)					
初 診 日	年	月	日	当該傷病の治療歴	☐ 無 ☐ 有	(病院名:)	
発病日または受傷日	年	月	日	治療時期 (	年	月	日 ~ 年 月 日)
初診から現在までの主要症状ならびに治療内容		既往症および既存障害	☐ 無 ☐ 有 (傷病名:)				
		[脊椎の障害の場合] 他覚所見の有無、検査結果 画像所見 (X-P・MRI・CT 等) ☐ 無 ☐ 有 [新鮮 陳旧性 不明] () 神経学的所見 (知覚・筋力・反射 等) ☐ 無 ☐ 有 () その他の異常所見 ☐ 無 ☐ 有 ()					
今回傷病に関して実施した手術		☐ 無 ☐ 有 ➡ 有の場合、以下の手術欄を必ずご記入ください。					
手術 ①	手術名 [診療報酬点数区分コード]	[K J -]	手術の種類: ☐ 開頭術 ☐ 穿頭術 ☐ 開胸術 ☐ 開腹術 ☐ その他 ()				
	手術日	年	月	日	筋骨関係手術の場合: ☐ 観血 ☐ 非観血 植皮術の場合: ☐ 25cm以上 ☐ 25cm未満		
手術 ②	手術名 [診療報酬点数区分コード]	[K J -]	手術の種類: ☐ 開頭術 ☐ 穿頭術 ☐ 開胸術 ☐ 開腹術 ☐ その他 ()				
	手術日	年	月	日	筋骨関係手術の場合: ☐ 観血 ☐ 非観血 植皮術の場合: ☐ 25cm以上 ☐ 25cm未満		
医療進	☐ 無 ☐ 有	技術名		治療 実施日	年	月	日 ~ 年 月 日
先進医療に係 る届出受理日							
入院治療	年	月	日 ~ 年 月 日	実通院治療日 (O印をつけてください。8ヶ月以上の場合、別紙に記入してください。)			
固定具の使用	☐ 無 ☐ 有 ➡ 有の場合、以下の欄を必ずご記入ください。						
固定具 ①	ギプス・シャレ等 ☐ 副子固定 ☐ 硬性コルセット ☐ 頸椎装具 ☐ (常時装着指示)(注)				計		
	軟性装具 ☐ サポーター等 ☐ その他 () ☐ 無 ☐ 有				日		
	年	月	日 ~ 年 月 日				
部位①							
固定具 ②	ギプス・シャレ等 ☐ 副子固定 ☐ 硬性コルセット ☐ 頸椎装具 ☐ (常時装着指示)(注)				計		
	軟性装具 ☐ サポーター等 ☐ その他 () ☐ 無 ☐ 有				日		
	年	月	日 ~ 年 月 日				
部位②							
医学的に就業・家事・通学が全く不可能と判断される期間							
年	月	日 ~ 年 月 日				計	
就業復帰見込み			年	月	日頃	日	
転 帰 ※必ずご記入ください。		年	月	日	治 癒 ☐ 継 続 ☐ 中 止 ☐ 転 医 ☐	保険金の 請求意思能力	☐ 無 ☐ 有
後遺障害残存見込み ※必ずご記入ください。		☐ 無 ☐ 有 ☐ 不明	➡ (有・不明の場合、内容:)				
上記のとおり診断いたします。							
所在地							
記入日		年	月	日	病院名		印
医師氏名							

(注)「常時装着」には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴中および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。

