

保険金請求書（事業活動総合保険 メディカル・マスター用）

兼 他の保険契約等の保険金請求に関する同意書 兼 個人情報の取扱いに関する同意書

ご注意

●ご記入の際は、ボールペン等（鉛筆以外）をご使用ください。

■訂正をいただく際のご注意

●訂正がある場合は、二重線で訂正しご記入ください。

20 XX 年 9 月 24 ~~23~~ 日

① ご請求日

●保険金請求書をお書きになった日付を、西暦でご記入ください。

② 証券番号

●ご契約いただいている保険の「証券番号」をご記入ください。
●わかりにならない場合は、ご記入不要です。

③ 保険金請求者

●保険金請求者は、原則として、おケガまたはご病気をされた方ご本人です。

⚠ フリガナも必ずご記入ください。

●平日・日中のご連絡先として、ご自宅の電話番号、および携帯電話または勤務先の電話番号をご記入ください。また、ご記入いただいた電話番号の項目を必ず○で囲んでください。

●被保険者（おケガまたはご病気をされた方）と保険金請求者の関係を○で囲んでください。

④ 被保険者

●被保険者は、おケガまたはご病気をされた方ご本人です。

⚠ フリガナも必ずご記入ください。

⑤ 他のご契約

今回の件について同一の補償をする他の保険契約の（有）（共済を含む）を選択ください。（有）を選択した場合は、ご契約内容を右欄にご記入ください。

（例）他の所得補償保険、医療保険、傷害保険 等

⑥ 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。
金融機関またはゆうちょ銀行のいずれかひとつをご記入ください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関の場合

●金融機関名、支店名、店番、口座番号（右詰め）を、ご記入ください。

ゆうちょ銀行の場合

●通帳記号5桁、通帳番号（右詰め）をご記入ください。

⚠ 通帳に記載されている「記号」と「番号」をご記入いただければ、ゆうちょ銀行の新通帳に記載されている「店名」「店番」「口座番号」のご記入は不要です。

損害保険ジャパン株式会社 行
保険金請求書（事業活動総合保険 メディカル・マスター用）
兼 他の保険契約等の保険請求に関する同意書 兼 個人情報の取扱いに関する同意書

ご記入欄にご確認ください。 ●ご記入ガイドを参照いただき、本欄内をご記入ください。

1. 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。
2. 本書は「他の保険契約等の保険請求に関する事項」に同意します。
3. 本書は「個人情報の取扱いに関する事項」の取り扱い、損保ジャパンの保険金請求に関する個人情報の取扱いに同意します。
4. 下記「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。

① ご請求日 20 XX 年 10 月 17 日 ② 証券番号 おわかりにならない場合はご記入不要です。

③ 保険金請求者 原則として、おケガまたはご病気をされた方ご本人です。

住所 〒160-0001 東京都新宿区西新宿 1-26-1 電話番号（自宅） 090(1234)XXXX
フリガナ シンジュククニシンジュク
氏名 ソンボ タロウ 性別 男 生年月日 19 年 7 月 1 日生 年齢 (43) 才
フリガナ ソンボ タロウ
フリガナがご本人と異なる場合は、
（保険金請求者）
（被保険者）
（関係者）
（その他）
（関係者）
（その他）
※記入の場合は「関係者」欄に「関係者の氏名」を必ず記入してください。

④ 被保険者 氏名 ソンボ タロウ 性別 男 生年月日 19 年 7 月 1 日生 年齢 (43) 才
フリガナ ソンボ タロウ
フリガナがご本人と異なる場合は、
（保険金請求者）
（被保険者）
（関係者）
（その他）
（関係者）
（その他）
※記入の場合は「関係者」欄に「関係者の氏名」を必ず記入してください。

⑤ 他のご契約 今回の件について、同一の補償をする他の保険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
有					

⑥ 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。

保険金振込先
口座名義人（※） ソンボ タロウ 住所 〒160-0001 東京都新宿区西新宿 1-26-1
口座種別 ① 当座 ② 定期 ③ 貯蓄 ④ 活金 ⑤ 他
口座番号 0011234567
口座名義人が保険金請求者と異なる場合は、
（保険金請求者）
（被保険者）
（関係者）
（その他）
※記入の場合は「関係者」欄に「関係者の氏名」を必ず記入してください。

⑦ 就業の状態 長期障害所得補償特約のご請求の場、ご記入ください。

現在の状態	仕事が終わった日	仕事の開始日（開始予定日）
就業中	20 XX 年 8 月 10 日	20 XX 年 10 月 15 日（予定）

代店記入欄 20 年 月 日 管理使用欄

損害保険 ジャパン株式会社

●口座名義人のお名前をカタカナでご記入ください。フリガナの濁点と半濁点は一文
字としてご記入ください。

ソンボ タロウ

●受取人の氏名は口座名義人が
保険金請求者と異なる場合の
みご記入ください。

⑦ 就業の状態

現在の状態：現在の状態を○で囲んでください。
仕事が終わった日：今回のおケガまたはご病気が原因で仕事が終わった日を西暦でご記入ください。
仕事の開始日（開始予定日）：仕事の開始日または開始予定日を西暦でご記入ください。

■ご捺印いただく際のご注意

個人の場合は捺印を省略できます。（印鑑証明書の添付が必要な場合を除きます。）

申告書 (メディカル・マスター用)

ご注意

- 申告者ご本人がご記入ください。
- ご記入の際は、ボールペン等（鉛筆以外）をご使用ください。

■訂正をいただく際のご注意

- 訂正がある場合は、二重線で訂正し、ご記入ください。

※ご記入日を西暦でお書きください。

20 XX 年 10 月 ~~17~~ 日

① 記入日

- この申告書をお書きになった日付を、西暦でご記入ください。

② 申告者

- 保険金請求者（原則としておケガまたはご病気をされた方ご本人）の氏名をご記入ください。
- ⚠ フリガナも必ずご記入ください。
- 被保険者（おケガまたはご病気をされた方）と申告者の関係を○で囲んでください。
- 平日・日中のご連絡先として、ご自宅の電話番号、および勤務先または携帯電話の電話番号をご記入ください。また、ご記入いただいた電話番号の項目を必ず○で囲んでください。

③ 被保険者

- ⚠ 被保険者と申告者が同じときは、ご記入は不要です。

④ 治療の内容・医療機関

- 初診日は初めて医師に診察を受けた日付を、西暦にてご記入ください。
- 最初に症状が発症した日を、西暦にてご記入ください。
- 入院の~~無~~有を選択してください。
- 有の場合は、入院期間を西暦でご記入ください。
- 入院回数が3回以上の場合は、損保ジャパンまたは代理店にお問い合わせください。
- 退院後実際に通院治療を受けた月／退院後実際に通院治療を受けた日付に○印／月ごとの合計通院日数をご記入ください。
- 今回入院・手術をした病院・診療所の名称、所在地、治療期間（初診日から治療を終えられる日までの期間）、電話番号をご記入ください。
- 前病院・紹介病院がある場合は、そちらもご記入ください。
- 治療した最終日を西暦にてご記入いただき、現在の治療の状態について選択してください。

損害保険ジャパン株式会社 行

申告書 (メディカル・マスター用)

ご記入前にご確認ください。

- 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、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 XX 年 8 月 5 日

② 申告者 原則として、おケガまたはご病気をされた方ご本人です。

氏名 フリガナ ソンボ タロウ 姓 損保 太郎 電話番号 (自宅) () (勤務先) 090 (1234) x x x x 被保険者との関係者 ☒ 本人 ☐ 親権者 ☐ その他 ()

③ 被保険者 申告者と同じ場合はご記入は不要です。

おケガまたはご病気をされた方ご本人

④ 治療の内容・医療機関 傷病名が不明の場合は、必要に応じて医療機関にご確認のうえ、ご本人がご記入ください。

傷病名 虫垂炎

初診日 20XX 年 7 月 4 日

発病日 20XX 年 7 月 3 日

入院 ① 20XX 年 7 月 4 日 ~ 20XX 年 7 月 8 日 ② 年 月 日 ~ 年 月 日

症状および経過 突然の強い腹痛により虫垂炎と診断された。入院して手術と投薬により回復した。

今回入院・通院をした病院・診療所

名称	ヒマワリクリニック	所在地	東京都新宿区西新宿 0-00-0
治療期間	20XX 年 7 月 4 日 ~ 20XX 年 7 月 30 日	電話番号	03 (3333) x x x x

前病院・紹介病院がある場合はご記入ください

名称		所在地	
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	電話番号	()

最終治療日 20XX 年 7 月 30 日 <その時の状態> ☒ 治癒 ☐ 継続 ☐ 中止 ☐ 転医

① 前記入 入院がある場合・先進医療等を受けた場合は、病院・診療所等発行の領収書の写しを添付してください。

損害保険ジャパン株式会社

⚠ 以下の資料を同封してご返送ください。

入院がある場合・先進医療等を受けた場合は、病院・診療所等発行の領収書の写しを添付してください。

明細書 (メディカル・マスター 疾病入院医療費用補償特約用)

ご注意

- 申告者ご本人がご記入ください。
- ご記入の際は、ボールペン等（鉛筆以外）をご使用ください。

■訂正をいただく際のご注意

- 訂正がある場合は、二重線で訂正し、ご記入ください。

※ご記入日を西暦でお書きください。

20 XX 年 10 月 ~~17~~ 日

① 被 保 険 者

- 被保険者はご病気をされた方ご本人です。

② 記 入 日

- この申告書をお書きになった日付を、西暦でご記入ください。

③ ご負担された費用

- ご入院、先進医療等のご治療について「有」「無」を選択してください。
- 今回のご治療に関してお客さまがご負担された費用について、「有」「無」を選択してください。
「有」を選択した場合は、支出金額欄にご記入ください。
- 公共交通機関の利用で領収証がない場合や補足が必要な場合は備考欄に詳細をご記入ください。
- 合計の支出額をご記入ください。

損害保険ジャパン株式会社 行

明細書 (メディカル・マスター 疾病入院医療費用補償特約用)

ご記入前にご確認ください。

- ご治療に関してお客さまが負担された費用を申告いただくために必要となる書類です。
- お客さまが費用をご負担したことにかき、領収証や振込伝票等を添付してください。（公共交通機関の利用を除く。）

ご記入日 20 XX 年 8 月 20 日 被保険者氏名 損保 太郎

費 用	支出金額	備 考
1. 医療費用 (病院の治療費・差額ベッド代、 処方薬薬局の薬代 等)	☐ 無 ☒ 有 78,000 円	
2. 交通費 ・入院時の病院・住居までの交通費 ・転院のために必要とした交通費 ●公共交通機関をご利用の場合は、 備考欄に区間をご記入ください。	☐ 無 ☒ 有 4,600 円	退院時: 新宿病院→自宅
3. (※1) ホームヘルパー等雇入費用 保育所への送迎費用	☒ 無 ☐ 有 308 円	入院時: JR武蔵境→JR新宿
4. (※2) 介護従事者の雇入費用 介護施設への預入費用	☒ 無 ☐ 有 円	
5. (※3) 親族付添費 (●) 付添のため の親族交通費、寝具等の使用料 ●親族付添費は1日につき4,200円	☒ 無 ☐ 有 円	
6. その他	☒ 無 ☐ 有 円	
先進医療等 のご治療	☒ 無 ☐ 有	
1. 先進医療の技術料、患者申出療養 費用	☐ 無 ☐ 有 円	
2. 交通費 ・通院時の交通費 ・入院時の病院・住居までの交通費 ・転院のために必要とした交通費 ●公共交通機関をご利用の場合は、 備考欄に区間をご記入ください。	☐ 無 ☐ 有 円	
3. ホテル等宿泊施設に宿泊したとき の客室料	☐ 無 ☐ 有 円	
合計支出額	82,908 円	

(※1) 医師が付添する必要がある場合、被保険者が入院している期間に限りします。
(※2) 同様の親族が要介護認定を受けた場合で、被保険者が入院している期間に限りします。
(※3) 被保険者が当社の定める所定の症状に該当し、医師が付添を必要と認めた期間に限りします。

損害保険ジャパン株式会社



費用を負担されたことがわかる領収証や振込伝票等を添付してください。