

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

ご注意

- 事業主さまがご記入・ご捺印ください。

■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。

③ 保険金請求者

- 保険金請求者は、原則として、被保険者（事業主さま）です。

④ 補償対象者（おケガをされた方）

- 補償対象者さま（おケガをされた方）の氏名をご記入ください。

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 ☐ 無 ☒ 有
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。

⑥ 事故内容

- おケガをされた日時、場所、状況について、できるだけ詳しくご記入ください。
- 休業補償保険金支払特約がセットされている場合は、「休業期間」欄に連続した休業期間をご記入ください。

⑦ 保險金振込口座

- 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。
- 口座番号または通帳番号は右詰めでご記入ください。
- 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[○]ンホ[°] フ[°] ツサンカフ[°] シキカ[°] イシャ

- 受取人の氏名・住所欄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。

損害保険ジャパン株式会社 行

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) 傷害ユニット付)

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

※記入欄には必ず記入してください

表紙

●ご記入が이드해주시는 方法은
本封筒内へ記入してください。

1. 以下のとおり、損害保険ジャパン株式会社 (以下、「損害保険ジャパン」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. 本書面裏「他の保険契約約款の保険金請求に関する事項」に同意します。

3. 本書面裏「個人情報取得に関する事項」のとり、損害保険ジャパンの保険金請求に関する個人情報取得に同意します。

4. 「記」の「保険金振込口座」への振込を保険金を受領したものと認めます。

5. 補償対象者へ補償金を支払う前には、損害保険ジャパンにもつき保険金を受領した場合は、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。

6. 損害保険ジャパン (おがけされた方) 「印事項の記入欄」へ記入し、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

20XX 年 9 月 24 日

② 証券番号

9876543210

③ 保険金請求者 (事業主さま)

※ 個人事業主さま、被保険者 (事業主さま) です。

住所	〒116-0833 東京都 新宿区西新宿 1-26-1	電話番号	03 (1234) 5678
フリガナ	ソノボブサン (カ)		
氏名	損保物産株式会社	ご捺印 ください	

④ 補償対象者 (おがけされた方)

フリガナ	ソノボブサン イチロウ	役職	役員	性別	男性	生年月日	西暦 19XX 年 XX 月 XX 日
氏名	損保 一郎	職別	役員 その他の	性別	男		

⑤ 他のご契約 今回の件について、同一の補償を受ける他のご契約 (共済契約を含みます) 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	△△保険	労災総合保険	5678901234	損保物産株式会社	☐ 済 ☐ 済

⑥ 事故内容

発生日	20XX 年 7 月 2 日 (午後) 10 時 00 分頃
事故場所	東京都 文京区 関口
事故状況	道路工事中、誤って資材を足の上に落としてしまい、右足甲を骨折した。
休業期間	発症日の休業期間をご記入ください。(休業期間が保険金支払対象の期間とさせていただきます)

⑦ 保険金振込口座

保険金振込先 (振込を訂正する際は必ず訂正箇所にご請求日と同じ印鑑をご捺印ください。)									
振込口座	ひまわり	新宿	口座種別	① 普通・組合 ② 当座 ③ 貯蓄	振番	0 0 1			
口座名	〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 三井物産株式会社	支店名	〇〇〇〇	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				
口座名	ソノボブサン イチロウ	住所	〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 三井物産株式会社						
口座名	ソノボブサン イチロウ	住所	〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 三井物産株式会社						

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)

TEL ()

代理店記入欄	20 年 月 日	管理使用欄
--------	----------	-------

損害保険ジャパン株式会社

■ご捺印をいただく際のご注意

- **一般の方**：実印・認印のいずれかでご捺印ください。
○ **法人の方**：法人印(角印か丸印)でご捺印ください。



印鑑の枠内にはっきりとご捺印ください。



損害保険ジャパン株式会社

個人情報の取扱いに関する同意書(おケガをされた方) / 医療照会に関する同意書

ご注意

- 補償対象者ご本人さま(おケガをされた方)がご記入・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、親権者の方がご記入・ご捺印ください。

同意人

- 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。

補償対象者(おケガをされた方)

- 同意人が補償対象者ご本人さまの場合、氏名、住所のご記入は不要です。生年月日のみご記入ください。

同意人

- 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。

患者さま

- 患者さまが同意人と異なる場合は、「上記以外」にレ点チェックのうえ、患者さまの氏名をご記入ください。

損害保険ジャパン株式会社 行

個人情報の取扱いに関する同意書(おケガをされた方)

私は、の事故による保険請求に関する個人情報(以下、損害保険ジャパン)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】
損害保険ジャパン(以下、「当社」と言います)は、本保険請求に関する個人情報(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、社会的身份、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、法令等にない、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(国内外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

①お読み 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	損保 一郎	☒ 捺印 ご捺印 ください
	住所	東京 ☒ 練馬区桜台〇-〇-〇	
補償対象者 (おケガをされた方)	補償対象者さまとの関係	☒ 本人 ☐ 親権者 ☐ その他()	☒ 捺印 ご捺印 ください
	氏名		
	住所	☒ 東京 ☐ 練馬区桜台〇-〇-〇	
	生年月日	西暦 19XX 年 XX 月 XX 日生	

医療照会に関する同意書

①お読み 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。

主治医師 損害保険ジャパン株式会社 行

損害保険ジャパン株式会社または本書を所持する委託先の者が、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。

同意書

同意人	氏名	損保 一郎	☒ 捺印 ご捺印 ください	記入日	20XX 年 9 月 24 日
	住所	東京 ☒ 練馬区桜台〇-〇-〇		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 19XX 年 XX 月 XX 日生

損害保険ジャパン株式会社

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。

① 記 入 目

- この入院・通院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（原則としておケガをされた方ご本人）の氏名をご記入ください。
ただし、おケガをされた方が未成年者の場合は親権者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 險 者

-  被保険者と申告者が同じときは、ご記入は不要です。

⑤ おケガ・治療の内容

-  **医療機関にご確認のうえ、正しくご記入ください。**
ご注意

 - 実際に通院治療を受けた日を○で囲んでください。
 - 複数の医療機関に通院された場合、病院ごとに「○」、「△」等に、印を分けてご記入ください。
 - 以下に該当するものは手術保険金対象外のため、ご記入は不要です。
 - ・ 創傷処理
 - ・ 皮膚切開術
 - ・ デブリードマン
 - ・ 骨または関節の非観血的または徒手的な整復術、整復固定術および授動術
 - ・ 抜歯手術

ギプス等の固定具を使用されている場合

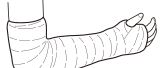
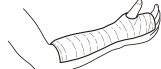
- 治療途中で、固定具の種類や部位を変更された場合、その期間ごとに、A欄、B欄にご記入ください。
- 常時装着には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴中および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。
- 固定具の種類は下記を参考に「ご記入ください」。

■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 12 月 ~~17~~16 日

[illegible]

ギプス(腕)  ※一般的に「石膏ギプス」と言われるもの	ギプス(足)  ※一般的に「石膏ギプス」と言われるもの	ギプスシャーレ(足)  ※ギプス包帯を半分にカットし、包帯等で固定したもの
ギプスシャーレ(腕)  ※ギプス包帯を半分にカットし、包帯等で固定したもの		
副木(腕)  ※副木をあてて、包帯等で固定したもの	コルセット  ※プラスチックや金属性の硬いコルセット→硬性コルセット 布製や支柱だけ金属のコルセット→軟性コルセット	長下肢装具(足)  ※大腿部から足底に及ぶ固定のこと
シーネ(腕)  ※副子(シーネ)と呼ばれる固定具をあて、包帯等で固定するもの		

- 上肢（手）または下肢（足）を固定されている場合、入院・通院申告書裏面に固定部位をご記入ください。