

# 生活サポート 総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書



AIG損害保険株式会社 宛

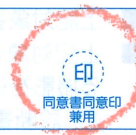
①ご記入日 年 月 日

●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」とおり取得、利用、提供することに同意します。

## ②保険金請求者(おケガまたはご病気をされた本人・保護者・費用負担者・その他法定代理人)

加入者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
保険金請求者	(ご住所) 〒	(お名前)		
	(お電話番号)	(続柄) (本人) (保護者) (費用負担者) (その他法定代理人)		
おケガをされた方またはご病気をされた方	(フリガナ)	(施設・学校・団体名)	(担当者)	
	生年月日 年 月 日(才)	(TEL)		



## ③請求区分 ●おケガの場合は次の1~5、ご病気の場合は2~6のなかから、ご請求の項目に○をつけてください。

- 1.傷害保険金 2.入院一時金 3.入院諸費用 4.室料差額費用 5.付添介護保険金 6.疾病葬祭費用

## ④おケガまたはご病気の状況、内容

傷病名	
現在の治療について	治療中 治療中止 治癒
医療機関名:	担当医:
TEL:	
事故状況(ご病気の場合は、病状や経過など)	
ご病気の場合	
初診日	年 月 日
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
おケガの場合	
発生日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃
場所	(施設・学校内のとき) 内
部位	頭部・顔面・頸部・腕・手・脚・足・指(例:右手親指)・その他( )
状態	打撲・切り傷・すり傷・骨折・捻挫・脱臼・ヤケド・その他( )
手術をされましたか	はい いいえ 手術日: 年 月 日
手術名:	
手術コード(K・J)	( ) ※お分かりになる場合は、ご記入ください

## ⑤入院申告欄 ●おケガの場合のみご記入ください。

こちらにご記入のうえ、診察券または領収書のコピーをご提出ください。弊社が希望した場合以外、診断書のご手配は必要ございません。

入院日にX印、通院日に○印を付けてください  
各月の「○」印の数をご記入ください。

( )月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	通院計	日
( )月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日
( )月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計	日
( )月	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	日
入院	年 月 日より 年 月 日まで		
通院	年 月 日より 年 月 日まで	(実際に通院した日数 日)	
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。			
※装着期間は、医師の指示により常時装着した期間をご記入ください。			
①固定具を装着した身体の部位	肘・手首・膝・足首・手指・足指		
※固定した部位全てをご記入ください。	その他( )		
②装着した固定具の種類(名称)	ギプス・ギプスシャーレ		
※名称は医療機関でご確認頂けます。	シーネ・ギプスシーネ		
	その他( )		
③医師の指示により常時装着した期間	年 月 日から 年 月 日まで		

## ⑥疾病葬祭費用

亡くなられた日	年 月 日
葬祭の日時	お通夜: 年 月 日 時から 葬儀: 年 月 日 時から
費用を負担された方	氏名 続柄( )

## ⑦委任状

本件の保険金請求・受領権を有する方が、上記②の保険金請求者にその権限を委任する場合は、下欄もご記入、ご捺印ください。

AIG損害保険株式会社 宛	年 月 日
私は、上記②の保険金請求者を代理人として定め、上記事案に関する保険金の請求ならびに受領に関する一切の権限を委任します。	
〈委任者〉	
住所:	
氏名:	



## ⑧他社のご契約

●ご請求可能な他社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	証券番号	連絡先

## ⑨保険金支払先

(保険料振替口座に同じ)

下記口座にお支払いください。振込みをもって支払がなされたものと認めます。

金融機関	銀行	信用金庫	支店
	JA	信用組合	
普通・総合	店番号	口座番号	
当座			
ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	
	1 0 -		
口座名義(カタカナ)			



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