

【ご病気の場合】

加入者番号をご記入ください。

保険金を請求される方がご記入ください。
 ●保険金を請求される方が後见人・保佐人の方は、「登記事項証明書のコピー」または「審判書のコピー」が必要な場合があります。
 ●ご自宅あるいは日中のご連絡先（携帯電話など）をお忘れなくご記入ください。

ご病気の内容についてご記入ください。
 ●病院で診断された診断名をご記入ください。
 ●ご病気の様態・経過・初診日・入院期間*をご記入ください。
 *入院治療中に別の病院へ移り、継続して入院する場合（転院）は、ひと続きの入院としてご記入ください。
 ●治療を受けた病院名、電話番号をご記入ください。また、担当医などわかる範囲でご記入ください。

疾病葬祭費用を請求する際にご記入ください。
 ●費用をご負担されていることが確認できる領収書（写し）をご用意ください。

保険金請求権を有する方が、その権限を委任する場合のみご記入ください。
 その場合以外はお記入不要です。

生活サポート 総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書

AIG AIG損害保険株式会社 宛 ①ご記入日 20XX年 7月 1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、個人情報画面（個人情報）の取扱いについてご同意取得、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 0987654321	複数のご契約がありましたらご記入ください ② 12345XXXX	③
保険金請求者 (ご住所) 〒112-3-XXXX 東京都〇〇区XX町1-1-1 (お電話番号) 03-1111-XXXX	(お名前) 永合 太郎 (職別) (実父) (配偶者) (親族) (親類) (寄附) (委託代理人)	(印)
おケガをされた方またはご病気をされた方 (フリガナ) エイアイ イチロウ 永合 一郎 生年月日 20XX年 10月 10日(15才)	(施設・学校・団体名) 〇〇学園 (TEL) 03-1234-XXXX	(担当者) 田中

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. 送料差額費用 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 **肺炎**

現在の治療について **点滴療法・消炎療法・治療**

医療機関名: **〇〇内科医院** 担当医: **〇〇医師**
 TEL: 03-5678-XXXX

事故状況(ご病気の場合は、症状や経過など)
高熱が続き入院となり、肺炎と診断された。

ご病気の経過
 初診日 20XX年 3月 1日
 入院期間 20XX年 3月 1日から 20XX年 3月 6日まで 6日
 発生日時 年 月 日 時 分 秒
 場所 (施設・学校内のみ) **内**

おケガの部位 顔部・頭部・腕部・手・足・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()
 手術をされたかどうか はい/いいえ/手術日: 年 月 日
 手術名:
 手術コード() () () *お分かりになる場合は、ご記入ください

⑤入院申告書欄 ●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、診療券または領収書のコピーをご提出ください。弊社がお願いした場合以外、診断書の写しは必要といたしません。

入院日にX印、通院日に○印を付けてください 各月の()の印の数をご記入ください。	⑥疾病葬祭費用								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>初診日</td> <td>20XX年 3月 1日</td> </tr> <tr> <td>入院期間</td> <td>20XX年 3月 1日から 20XX年 3月 6日まで 6日</td> </tr> <tr> <td>発生日時</td> <td>年 月 日 時 分 秒</td> </tr> <tr> <td>場所</td> <td>(施設・学校内のみ)</td> </tr> </table>	初診日	20XX年 3月 1日	入院期間	20XX年 3月 1日から 20XX年 3月 6日まで 6日	発生日時	年 月 日 時 分 秒	場所	(施設・学校内のみ)	亡くなった日 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 職別()
初診日	20XX年 3月 1日								
入院期間	20XX年 3月 1日から 20XX年 3月 6日まで 6日								
発生日時	年 月 日 時 分 秒								
場所	(施設・学校内のみ)								

⑦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
東西損保	ABC12345	03-XXXX-5678

⑧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、上記事項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: (印)

⑨保険金支払先
 下記口座にお振りください。振込先をもちょうせいで指定する場合は、振込先を指定してください。

金融機関	支店
東西 南北	支店
普通 特約	店番号
1111	1234XXXX
ゆうちょ銀行	口座番号
1 0 -	
口座名義 (カタカナ)	エイアイ タロウ

代理店 年月日 保険会社 年月日 受付日 受付日

この書類を記入された日付をご記入ください。

忘れずにご押印ください。
 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

請求項目に○をつけてください。
 ●ご病気の場合は2~6のなかから、ご請求の項目の全てに○をつけてください。

付添とは、入院中に親族や施設などの職員の方、ホームヘルパーなどが付き添う場合を言います。
 ※お見舞い・様子を見に来た・着替えを持って来た場合は、付添に該当しません。

保険金の振込先をご指定ください。
 ●通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。
 ●口座番号は、右づめでご記入ください。