

保険金請求書 兼 同意書

2025/4/1以降 普通傷害保険
特定障害者福祉団体傷害保険特約用

賠償用
施設等管理下財物
復旧費用保険金用

AIG 損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 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、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、個人情報を別紙「個人情報の取扱いについて」のとおり取得、利用、提供することに同意します。

1 加入者（記名被保険者・賠償事故を起こした方）

加入者番号

〒	ご住所	生活拠点	☐ 自宅 ☐ 入所施設 ☐ グループホーム ☐ その他（ ）
お名前		同居 / 別居	親族 / 親権者 / 後見人と ☐ 同居 ☐ 別居
生年月日	年 月 日（ 歳）		

2 加入依頼者

加入依頼者が施設の場合には、
加入者の情報をご記入ください

● 個人賠償責任保険のご加入がある場合には、5.他社のご契約
についてもご記入ください。

〒	ご住所	ご連絡先	Tel（ - - ） 日中のご連絡先 （ - - ）
フリガナ		賠償事故を 起こした方 とのご関係	☐ 親族 / 親権者 ☐ 後見人 ☐ その他（ ）
お名前	印		

3 記名被保険者が利用している施設 等

● 施設賠償責任保険のご加入がある場合には、5.他社のご契約
についてもご記入ください。

〒	ご住所	施設名称	
フリガナ		ご連絡先	Tel（ - - ） 日中のご連絡先 （ - - ）
施設 責任者	印		

4 保険金支払先

● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ご希望の支払先を ○で囲んでください	以下の口座	保険料振替口座
☐ 銀行 ☐ J A ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合	支店	☐ ゆうちょ銀行
店番号	口座番号	記号 番号
普通・総合 当座		1 0
口座名義（カタカナ） 左づめでご記入ください		
保険金支払先は	☐ ① 「1.加入者」と同じ ☐ ② 「2.加入依頼者」と同じ ☐ ③ 「3.記名被保険者が利用している施設等」と同じ ☐ ④ その他（以下へご記入ください。）	
上記でその他の場合に ご記入ください。	お名前	ご住所
	加入者とのご関係	Tel



裏面も忘れずにご記入ください。

代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付日

次項へ続く

5 他社のご契約

● ご請求可能な他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	保険の種類	証券番号	保険金請求の有無		保険会社の連絡先	
			あり	なし	-	-
			あり	なし	-	-

6 事故の状況

いつ起こりましたか	20	年	月	日	午前	午後	時	分頃
事故発生場所は どこですか	(A) 「1.加入者」欄に記載の生活拠点 (B) それ以外(以下にご記入ください。) ()							
どこで 起こりましたか	(1) 施設・学校内 ☐ 食堂 ☐ 玄関 ☐ トイレ ☐ 廊下 ☐ 居室 ☐ 作業所 ☐ その他() (2) その他()							
どのような原因で起こりましたか	☐ 不穏(パニック) ☐ こだわり行動 ☐ その他()							
事故状況を具体的に記入下さい								
そのときどなたか近くにいましたか	☐ 加入依頼者 ☐ 学校・施設職員 ☐ その他() ☐ なし・不明							

7 事故により発生した損害

被害者	ご住所	〒 -					
	フリガナ			ご連絡先	Tel (- -)		
	お名前				日中のご連絡先 (- -)		
賠償事故を起こした人との関係		☐ 学校・施設 ☐ 学校・施設職員 ☐ 学校・施設利用者 ☐ その他()					
物損害	所有者	☐ 上記被害者に同じ ☐ その他()					
	品名	☐ ガラス ☐ 壁・床 ☐ トイレ(壁・床を除く) ☐ メガネ ☐ 車両 ☐ その他()					
	壊れたものは修理ができる状態ですか		☒ はい ☐ いいえ				
	壊れたものはいつ頃、その当時いくらで購入されたものですか (建物の壁やガラスの場合はご確認不要です)		購入年月	年		月頃	
人身損害	部位・症状			病院名	Tel (- -)		
	その他	内容			損害額	円	