

# 栃木県生活サポート協会

## 生活サポート総合補償制度手続きマニュアル

～請求編～



栃木県生活サポート協会 事務局

〒320-8508

栃木県宇都宮市若草 1-10-6 とちぎ福祉プラザ 2 階

TEL.028-612-1901 FAX.028-612-1902

2026 年 6 月改定版

## 《生活サポート総合補償制度ご請求の必要書類に関して》

ご請求の事案	保険金請求書	添付書類	備考
<b>入院した場合</b> (病気・ケガ共通) ◆付添介護保険金 ◆差額ベッド費用 ◆入院諸費用 ◆入院一時金	■生活サポート総合補償 制度保険金請求書兼同意書 <b>フォームNo.4S1-111</b> ■入院/付添介護状況/ 差額ベッド費用申告書 <b>フォームNo.4S1-1G1</b>	■領収書コピー もしくは 退院証明書コピー ■雇い入れ付添介護 利用の場合はその 領収書コピー	※P3参照 ※診断書が必要 になる場合 あり
<b>ケガをした場合</b> ◆死亡保険金 ◆後遺障害保険金 ◆入院保険金 ◆手術保険金 ◆通院保険金	■生活サポート総合補償 制度保険金請求書兼同意書 <b>フォームNo.4S1-111</b> ■AIG 団体普通傷害保険契約 内容変更依頼書 (死亡の場合) <b>フォームNo.4E5-792</b>	■領収書もしくは 診察券のコピー ■死亡の場合は 死亡診断書コピー	※P2参照 ※診断書が必要 となる場合 あり ※死亡の場合、 別途必要書類 案内
<b>病気で亡くなった                      場合</b> ◆葬祭費用保険金 ◆死亡退会 保険金返戻	■生活サポート総合補償 制度保険金請求書兼同意書 <b>フォームNo.4S1-111</b> ■AIG 団体普通傷害保険契約 内容変更依頼書 <b>フォームNo.4E5-792</b>	■葬儀代領収書コピー ■死亡診断書コピー ■年度途中退会 について (保険料返戻口座 記入用紙)	※P3参照 ※その他必要 書類がある 場合あり
<b>他人へ損害を                      与えた場合</b> ◆個人賠償責任保険金 ◆施設等管理下財物 復旧費用保険金	■AIG総合補償制度保険金 請求書兼同意書 <b>フォームNo.4S1-151</b> ■承諾書(免責証書) ※承諾書は施設管理下財物 費用のご請求時は不要 <b>フォームNo.3S1-111</b>	■見積書原本 ■請求書原本 ■領収書原本 ■被害状況写真 (撮れなかった場合は 不提出理由書)	※必要書類に ついては P5及び 17、18参照
<b>弁護士費用等補償特約</b>	■AIG弁護士費用等補償特約 保険金請求書兼同意書 <b>フォームNo.4S1-281</b>	■弁護士からの領収証 明書(領収書) <b>フォーム                      No.4S1-301</b>	※P19、20 参照
<b>職業従事中事故対応費                      用補償</b>	■AIG職業従事中事故対応 費用補償 保険金請求書兼同意書 <b>フォームNO.4S1-291</b>	■見積書原本 ■請求書原本 ■領収書原本 ■被害状況写真 (撮れなかった場合は 不提出理由書)	※P21、22 参照 ※診断書等が 必要となる 場合あり

※この表はあくまでも目安になりますので、ケースによっては、他に必要となる書類があります。  
 その都度、個別にご案内させていただきます。

【お怪我の場合】

生活サポート 総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書

※年号は西暦にて記入



AIG損害保険株式会社 宛

①ご記入日 2026年 6月 25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上同意し、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」の取扱いについてのとおり取得、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)

印鑑を必ず!

(シャチハタ等可能)

加入者番号をご記入ください	① 8999*****	複数のご契約がありましたらご記入ください	②
保険金請求者	(ご住所) 〒 111-1111 東京都〇区△町1丁目1番地1	(お名前) 栄愛太郎	(お電話番号) 03 - 5500 - ****
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 永愛 一郎 生年月日 1990年 10月 10日(28才)	(続柄) 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 費用負担者 <input type="checkbox"/> その他法定代理人 <input type="checkbox"/>	(施設・学校・団体名) 〇△学園 (担当者)

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	骨折
現在の治療について	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中止 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒
医療機関名	新宿中央病院 担当医: 栃木Dr
TEL	03 - 0000 - 0000
事故状況(ご病気の場合は、病状や経過など)	通所途中に交通事故にあい、大腿骨骨折
初診日	2026年 5月 10日 午前 9時 00分頃
おケガの場合	ケガとは: 急激・偶然・外來性があること
部位	頭部・顔面・頸部・腕/手・脚/足・指(※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 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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入院申請欄 ●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、診断書または検収票のコピーをご提出ください。弊社がお願いした場合以外、診断書の入手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「○」印の数を記入してください。
(5)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 X X X X 15 16 通院 計 3日
(6)月	0 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 5日
(7)月	0 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 2日
(8)月	0 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 1日
入院	2026年 5月 10日より 2026年 5月 14日まで
通院	2026年 5月 17日より 2026年 8月 1日まで (実際に通院した日数 11日)

ケガの程度、入院の期間を必ず記入!  
慢性的腰痛や肩こり・しもやけ等、「急激」ではないものは支払対象外、転倒の場合はその原因を確認ください。

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( )

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) 住所 氏名	記入漏れが多いです。提出前にもう一度確認ください!

⑨保険金支払先

保険料振替口座と同じ。←振替口座と同じ場合はこちらに○枠内記入不要

金融機関	〇〇〇 銀行 (信用金庫) XXX 支店
普通・総合	店番号 口座番号
当座	1 2 3 1 2 3 4 5 6 7
ゆうちょ銀行	通帳記号 通帳番号
口座名義 (カタカナ)	エイアイ タロウ



451-111

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

**【ご病気の場合】**  
**生活サポート 総合補償制度 保険金請求書 兼 同意書** ※年号は西暦にて記入



AIG損害保険株式会社 宛

①ご記入日 2026年6月25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上同意し、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、個人情報を裏面「個人情報取扱について」とお取り扱い、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)

加入者番号をご記入ください	① 8999*****	複数のご契約がありましたらご記入ください	②
※※ 保険金請求者	(ご住所) 〒 111-1111	(お名前)	栄愛 太郎
	東京都〇区△町1丁目1番地1	(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) エイアイ イチロウ	(施設・学校・団体名)	〇△学園
	永愛 一郎	(担当者)	
	生年月日 1990年10月10日(28才)	(TEL)	

印鑑を必ず! (シヤチハタ等可能)

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	肺炎	
現在の治療について	治療中 病癒中 治ゆ	
医療機関名	新宿中央病院 担当医: 橋木Dr	
TEL	03 - 0000 - 0000	
事故状況(ご病気の場合は、病状や経過など)	高熱が続き入院となり、肺炎と診断される 症状が良ならず、6日後に死去となった	
ご病気の場合	初診日 2026年5月5日 入院期間 2026年5月5日から2026年5月10日まで	
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)
	部位	頭部・顔面・頸部・腕/手/脚/足/指 (※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入院通院申告欄 ●おケガの場合のみご記入ください。 =ご病気のみ場合はご記入不要

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

( )月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院	
	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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日

病名・ケガの程度、入院の期間を必ず記入!

⑥疾病葬祭費用

亡くなられた日	2026年5月10日
葬祭の日時	お通夜: 2026年5月11日18時から 葬儀: 2026年5月12日10時から
費用を負担された方	氏名 栄愛 太郎 続柄( ) 兄

⑧委任状

本件の保険金請求・受領権を有する方が、上記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

私は、上記の保険金請求者を代理しとして定め、上記事案に関する

**記入漏れが多いです。  
提出前にもう一度確認ください!**

(委任) 住所 氏名: \_\_\_\_\_

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

⑨保険金支払先

保険料振替口座に同じ。 ←振替口座と同じ場合はこちらに○ 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。 納印記入不要

金融機関	〇〇〇 銀行 信用金庫 JA 信用組合 XXX 支店
普通・総合	店番号 □ 座番号
当座	1 2 3 1 2 3 4 5 6 7
ゆうちょ銀行	通帳記号 通帳番号
	1 0 -
口座名義 (カタカナ)	エイアイ タロウ



451-111

代理店 受付日 年 月 日 保険会社 受付日

# 入院/付添介護状況/室料差額費用申告書の記入例

❗ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

- ご返送の際は、入院期間やご負担された室料差額費用(差額ベット費用)が確認できる領収書の写しを同封してください。
- 雇入れ介護人を利用した場合は、その領収書の写しもあわせて同封してください。

・付添介護の時間帯は24時間制(0:00~24:00)でご記入下さい。(24:00で日を分けてご記入ください)

・補償の対象とならない主な場合は以下の通りです。  
(例)・医師との面談  
・手術の立会  
・お見舞い  
・着替えの持参  
など

・補償開始日が2020年4月1日以降のご契約の場合は、1日につき通算3時間以上の付添介護を行った場合のみご記入をお願いします。

加入依頼者様または保護者様にて、相談した医師もしくは看護師名、被保険者名、医療機関名・電話番号およびご記入日をご記入のうえ、ご署名、ご捺印をお願いします。

入院/付添介護状況/室料差額費用申告書			
入院日付	付添い者(氏名(姓))	付添い者(氏名(姓))	室料差額費用が発生している場合には、以下に日付、日額を記載してください
1 20XX年5月1日	永合 一郎 嬢精(父)	永合 花子 嬢精(母)	室料差額費用発生日付 XX年 5月 1日 ~ XX年 5月 2日 日額 10,000 円
2 20XX年5月2日			室料差額費用発生日付 XX年 5月 3日 ~ XX年 5月 4日 日額 5,000 円
3 20XX年5月3日			年月日 ~ 年月日 日額 円
4 20XX年5月4日			年月日 ~ 年月日 日額 円
5 20XX年5月5日			年月日 ~ 年月日 日額 円
6 20XX年5月6日			年月日 ~ 年月日 日額 円
7 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
8 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
9 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
10 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
11 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
12 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
13 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
14 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
15 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
16 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
17 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
18 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
19 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
20 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
21 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
22 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
23 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
24 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
25 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
26 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
27 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
28 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
29 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
30 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
31 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
32 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円
33 年月日			年月日 ~ 年月日 日額 円

付添いが必要な理由  
保護者がそばにいないと、心身の状態が不安定になり、治療に支障が出るため医療機関から付添を要請された。

担当の(医師/看護師) 愛永次郎 氏と相談の上、被保険者 永合太郎 の年齢または心身の状態などにより必要な付添いまたは介助(入浴・食事・衣服の着脱その他被保険者が単独で行うことが困難な援助)を一日3時間以上行いましたので申告します。  
なお、3時間未満の介助・お見舞いは申告から除外します。

当該申告書(付添介護)の内容確認のため、貴社が下記医療機関などに連絡、確認することにつきましても了承いたします。

医療機関名: XX病院 電話番号: 03-1234-XXXX

ご記入日 20XX年 6月 1日 (記入依頼者または保護者) 永合 花子 (印)

代理店 受付日 年 月 日 保険会社 受付日 年 月 日

451-1G1 M07Y23

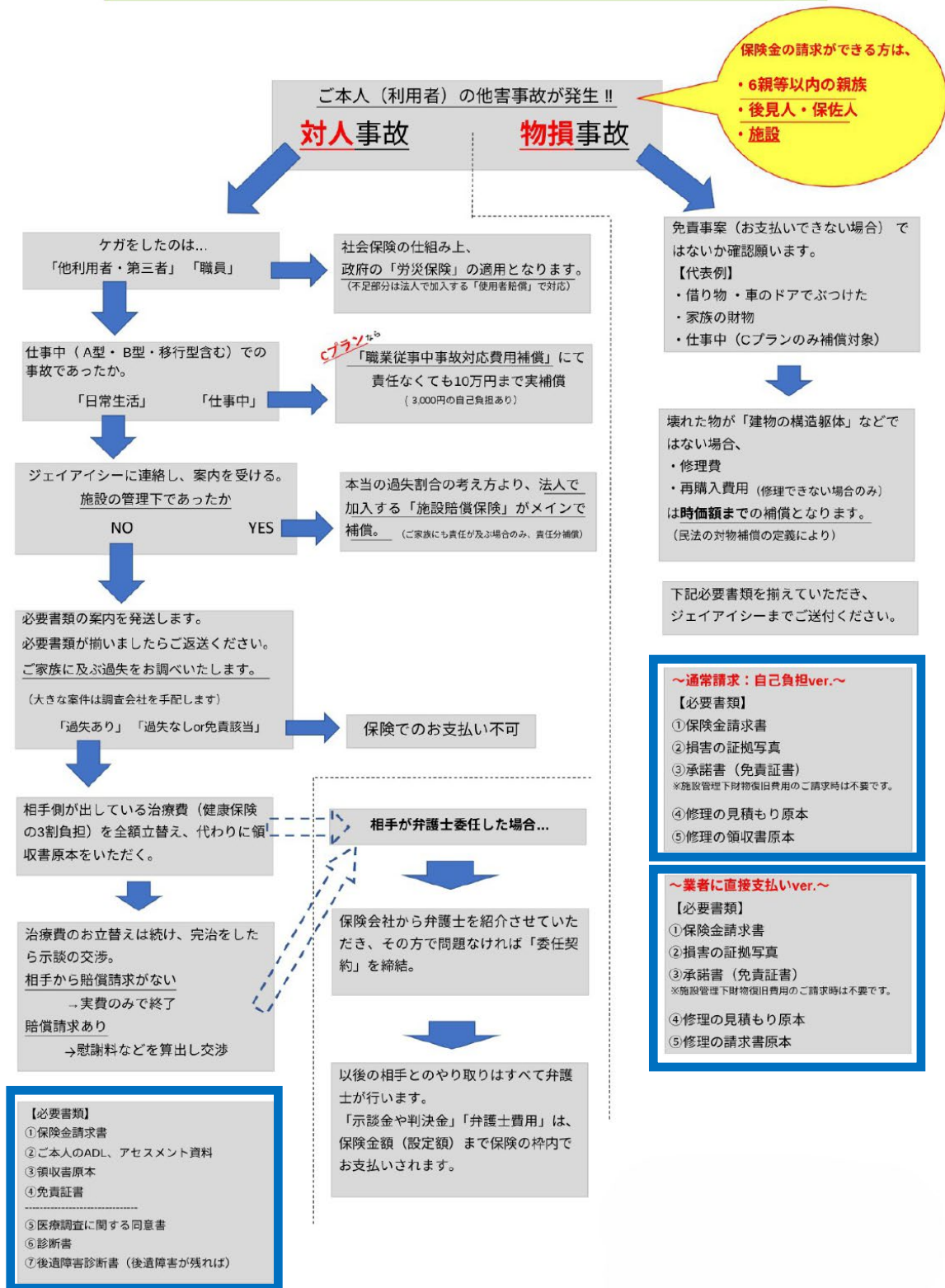
付添介護請求なし  
室料差額のみ請求の場合は  
枠内のみ記入で請求可能

・室料差額費用(差額ベット費用)は、ご本人のみ対象になります。付添介護人のベット代(エキストラベット代等)は対象外となります。

・室料差額費用(差額ベット費用)が発生した場合は、実際にご負担された金額(日額)をその期間ごとにご記入ください。

「保護者がそばにいないと、心身の状態が不安定になり、治療に支障が出るため医療機関から付添を要請された」「着替えや食事を1人で行うことができないが、完全看護の病院ではないため、付添人の介助が必要だった」等、付添理由を詳しくご記載ください。

# 個人賠償保険のご請求イメージ (フローチャート)




# 施設管理下財物復旧費用の記入例

## ⚠️ 事故状況

施設のガラスを割ってしまった。

### ① 親族/親権者・後見人が請求する場合

 請求者：  
親族/親権者・後見人

 保険金支払先：  
保険料振替口座

### ② 親族/親権者・後見人がいない場合

 請求者：  
本人

 保険金支払先：  
修理業者

①【施設管理下財物】親族/親権者・後見人が請求する場合

AIG損保へ返送する書類



保険金請求書 兼 同意書

事故状況：施設のガラスを割ってしまった。

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 4 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。

保険金請求権者

**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 123456××××

〒 ××× - ××××	ご住所	東京都墨田区〇〇1-1	生活拠点	<input type="radio"/> 自宅 <input checked="" type="radio"/> 入所施設 <input type="radio"/> グループホーム <input type="radio"/> その他（ ）
お名前	永合 太郎（賠償事故を起こした方のお名前）		同居 / 別居	<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居
生年月日	20×× 年 10 月 10 日（25 歳）			

**2 加入依頼者** ● 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。

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

〒 ××× - ××××	ご住所	東京都〇〇区××町1-2-3	ご連絡先	Tel ( 03 - ×××× - ×××× ) 日中のご連絡先 ( 090 - ×××× - ×××× )
フリガナ	エイアイ ハナコ		賠償事故を起こした方との関係	<input checked="" type="radio"/> 親族 / 親権者 <input type="radio"/> 後見人 <input type="radio"/> その他（ ）
お名前	永合 花子（親族/親権者・後見人の方のお名前）		認印	

**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	東京都墨田区〇〇1-1	施設名称	社会福祉法人 〇〇会
フリガナ	シセツタントウシャサマノオナマエ		ご連絡先	Tel ( 03 - ×××× - 1234 ) 日中のご連絡先 ( 080 - ×××× - 9876 )
施設責任者	柴田 愛子（施設責任者様のお名前）		認印 OR 印 施設印	

**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	支店	ゆうちょ銀行
信用金庫	信用組合		
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		<input type="radio"/> 「1.加入者」と同じ <input type="radio"/> 「2.加入依頼者」と同じ <input type="radio"/> 「3.記名被保険者が利用している施設等」と同じ <input type="radio"/> 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
		加入者との関係	Tel



裏面も忘れずにご記入ください。

次項へ続く

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

4S1-151 M03Y25

## 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
東西損保	個人賠償責任保険	ABC123xxxx	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	03 - xxx - xxxx
			<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	- -

## 6 事故の状況

いつ起こりましたか 20 xx 年 3 月 1 日 午前 午後 10 時 30 分頃

事故発生場所はどこですか 「1.加入者」欄に記載の生活拠点  
「2.それ以外(以下にご記入ください。)

どこで起こりましたか 施設・学校内 食堂 玄関 トイレ 廊下 居室 作業所  
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  
 突然パニックになり、居室のガラスを割ってしまった。

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 〒xxx - xxxx 東京都〇〇区××町1-2-3  
 フリガナ シャカイフクシホウジン マルマルカイ  
 お名前 社会福祉法人 〇〇〇会  
 ご連絡先 Tel ( 03 - xxxxx - 1234 )  
 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( )

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( )

物損害  
 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  
 購入価格

人身損害 部位・症状 病院名 Tel( - - )

その他 内容 損害額 円

②【施設管理下財物】親族/親権者・後見人がいない場合  
 事故状況：施設のガラスを割ってしまった。



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

AIG損保へ返送する書類

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 4 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。

保険金請求権者

**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 123456××××

ご住所 〒 ××× - ×××× 東京都墨田区〇〇1-1	生活拠点 <input type="radio"/> 自宅 <input checked="" type="radio"/> 入所施設 <input type="radio"/> グループホーム <input type="radio"/> その他 ( )
お名前 永合 太郎（賠償事故を起こした方のお名前）	同居 / 別居 <input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居
生年月日 20×× 年 10 月 10 日（25 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 〒 ××× - ×××× 東京都墨田区〇〇1-1	ご連絡先 Tel ( 03 - ×××× - ×××× ) 日中のご連絡先 ( 090 - ×××× - ×××× )
フリガナ エイアイ タロウ	賠償事故を起こした方との関係 <input type="radio"/> 親族 / 親権者 <input type="radio"/> 後見人 <input checked="" type="radio"/> その他 ( 本人 )
お名前 永合 太郎（賠償事故を起こした方のお名前）	認印

**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 〒 ××× - ×××× 東京都墨田区〇〇1-1	施設名称 社会福祉法人 〇〇会
フリガナ シセツタントウシャサマノオナマエ	ご連絡先 Tel ( 03 - ×××× - 1234 ) 日中のご連絡先 ( 080 - ×××× - 9876 )
施設責任者 柴田 愛子（施設責任者様のお名前）	認印 OR 印 施設印

**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

東西	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> J A (信用金庫) (信用組合)	南北 支店	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行
店番号	口座番号	記号	番号
<input checked="" type="radio"/> 普通・総合 (当座)	0 0 1 1 2 3 × × × ×	1	0
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください	カブシキガイシャ シュウリギョウシャ		
保険金支払先は	<input type="radio"/> 「1.加入者」と同じ <input type="radio"/> 「2.加入依頼者」と同じ <input type="radio"/> 「3.記名被保険者が利用している施設等」と同じ <input checked="" type="radio"/> 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 株式会社 修理業者	ご住所 東京都××区〇〇町2-2-2	
	加入者との関係 修理業者	Tel 03-××××-1234	



裏面も忘れずにご記入ください。

次項へ続く

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

4S1-151 M03Y25

## 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
東西損保	個人賠償責任保険	ABC123xxxx	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	03 - xxx - xxxx
			<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	- -

## 6 事故の状況

いつ起こりましたか 20 xx 年 3 月 1 日 午前 午後 10 時 30 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  
 突然パニックになり、居室のガラスを割ってしまった。

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 〒xxx - xxxx  
 東京都〇〇区××町1-2-3  
 フリガナ シャカイフクシホウジン マルマルカイ  
 お名前 社会福祉法人 〇〇〇会  
 ご連絡先 Tel ( 03 - xxxx - 1234 )  
 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( )

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( )

物損害  
 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  
 購入価格

人身損害 部位・症状 病院名 Tel( - - )

その他 内容 損害額 円

## 個人賠償責任補償(本人のみ)、施設等管理下財物復旧費用について

### 1. 個人賠償責任補償(本人のみ)の保険金ご請求時に、法律上の損害賠償責任の有無を確認させていただきます

個人賠償責任補償の保険金ご請求時に、引受保険会社にて「法律上の損害賠償責任の有無」について、以下①、②の確認を実施させていただきます。

- ① **被保険者本人に責任能力があるかどうか**
- ② (上記①で被保険者本人に責任能力がないと判断され損害賠償責任を負わない場合) **法定の監督義務者に「法律上の損害賠償責任」が生じるかどうか**

### 2. 個人賠償責任補償(本人のみ)の対象となる事故は、「被保険者本人が発生させた事故」に限定します

- ・個人賠償責任補償について保険金のお支払いの対象となる事故は**被保険者本人が発生させた賠償事故**に限ります。
- ・本人が**未成年者または責任無能力者である場合**には、法定の監督義務者等が法律上の損害賠償責任を負う場合に、保険金をお支払いします。
- ・被保険者本人の親権者、配偶者、同居の親族、別居の未婚の子などが発生させた事故は、**補償の対象外**となりますのでご注意ください。

### 3. 施設財物を壊してしまった場合の修理費を補償する「施設等管理下財物復旧費用」を全てのプランで補償します

#### 【「施設等管理下財物復旧費用」補償概要】

日常生活中に、被保険者本人が施設の壁や窓ガラスなどの施設管理財物を損壊した場合、**法律上の損害賠償責任有無を問わず**、修理するために要する費用(注)について、保険期間を通じて50万円を限度にお支払いします。

(注)施設等に発生した損害のうち被保険者本人の責任に相当するものとして、引受保険会社の認める額とします。

対象プラン	全てのプランで補償されます
保険金額	50万円(保険期間通算限度額)
自己負担額	0円



**承諾書(免責証書)**は個人賠償責任補償の請求時に使用。  
保険金を直接被害者又は修理業者に支払う時に使用します。

**※施設管理下財物復旧費用のご請求時は不要です。**

# 個人賠償責任補償の記入例



## ⚠️ 事故状況

職員様のメガネを壊してしまった。



### ① 親族/親権者・後見人が請求する場合



請求者：

親族/親権者・後見人



保険金支払先：

保険料振替口座



### ② 親族/親権者・後見人がいない場合



請求者：

本人



保険金支払先：

被害者

①【個人賠償責任補償】親族/親権者・後見人が請求する場合

※職員様のメガネを壊してしまいました。



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

AIG損保へ返送する書類

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。

保険金請求権者

**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 123456××××

〒 ××× - ××××	ご住所	東京都墨田区〇〇1-1	生活拠点	<input type="radio"/> 自宅 <input checked="" type="radio"/> 入所施設 <input type="radio"/> グループホーム <input type="radio"/> その他 ( )
お名前	永合 太郎 (賠償事故を起こした方のお名前)		同居 / 別居	<input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居
生年月日	20×× 年 10月 10日 (25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	東京都〇〇区〇〇1-2-3	ご連絡先	Tel ( 03 - ×××× - ×××× ) 日中のご連絡先 ( 090 - ×××× - ×××× )
フリガナ	シンゾク/シンケンシャノカタノオナマエ		認印	賠償事故を起こした方との関係 <input checked="" type="radio"/> 親族 / 親権者 <input type="radio"/> 後見人 <input type="radio"/> その他 ( )
お名前	永合 花子 (親族/親権者の方のお名前)			

**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	東京都墨田区〇〇1-1	施設名称	社会福祉法人 〇〇会
フリガナ	シセツタントウシャサマノオナマエ		認印 or 印 施設印	ご連絡先 Tel ( 03 - ××× - ×××× ) 日中のご連絡先 ( - - )
施設責任者	柴田 愛子 (施設責任者様のお名前)			

**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	JA	支店		ゆうちょ銀行	
		信用金庫	信用組合		
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		
		加入者との関係	Tel		



裏面も忘れずにご記入ください。

次項へ続く

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

451-151 M03Y25

## 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
〇〇損害保険	個人賠償責任保険	9876××××	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	03 - ××× - ××××
			<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 10 時 00 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  
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  
 大きな音に驚いて支援していた職員様のメガネを壊してしまいました。

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 〒 ××× - ××××  
 東京都〇〇区〇〇×-×-×  
 フリガナ シセツショクインサマノオナマエ  
 お名前 施設職員様のお名前  
 ご連絡先 Tel ( 090 - ×××× - ×××× )  
 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( )

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( )

物損害  
 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 2023 年 1 月頃  
 購入価格 30,000円

人身損害  
 部位・症状  
 病院名  
 Tel( - - )

その他  
 内容  
 損害額 円

②【個人賠償責任補償】親族/親権者・後見人がいない場合  
 ※職員様のメガネを壊してしまった。



**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

AIG損保へ返送する書類

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。

保険金請求権者

**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 123456××××

ご住所	〒 ××× - ×××× 東京都墨田区〇〇1-1	生活拠点	<input type="radio"/> 自宅 <input checked="" type="radio"/> 入所施設 <input type="radio"/> グループホーム <input type="radio"/> その他 ( )
お名前	永合 太郎 (賠償事故を起こした方のお名前)	同居 / 別居	親族 / 親権者 / 後見人と <input type="radio"/> 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居
生年月日	20×× 年 10 月 10 日 (25 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	〒 ××× - ×××× 東京都墨田区〇〇1-1	ご連絡先	Tel ( 03 - ×××× - ×××× ) 日中のご連絡先 ( 090 - ×××× - ×××× )
フリガナ	エイアイ タロウ	賠償事故を起こした方との関係	<input type="radio"/> 親族 / 親権者 <input type="radio"/> 後見人 <input checked="" type="radio"/> その他 ( 本人 )
お名前	永合 太郎 (賠償事故を起こした方のお名前)	認印	

**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	〒 ××× - ×××× 東京都墨田区〇〇1-1	施設名称	社会福祉法人 〇〇〇会
フリガナ	シセツタセキニンシャサマノオナマエ	施設印	
施設責任者	柴田 愛子 (施設責任者様のお名前)	ご連絡先	Tel ( 03 - ××× - ×××× ) 日中のご連絡先 ( - - )

**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

<input checked="" type="radio"/> 以下の口座 <input type="radio"/> 保険料振替口座	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> J A <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合	<input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> ゆうちょ銀行	
店番号	口座番号	記号	番号
1 2 3 0 0 0	1 2 3 4	1	0
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください	シセツシヨクインサマノオナマエ		
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	施設職員様のお名前	ご住所
	加入者との関係	施設職員	東京都〇〇区〇〇×-×-×
	Tel	090-×××-××××	



裏面も忘れずにご記入ください。

次項へ続く

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

4S1-151 M03Y25

## 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
〇〇損害保険	個人賠償責任保険	9876xxxx	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	03 - xxx - xxxx
			<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	- -

## 6 事故の状況

いつ起こりましたか 20 xx 年 xx 月 xx 日 午前 午後 10 時 00 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  
 大きな音に驚いて支障していた職員様のメガネを壊してしまいました。

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 〒xxx - xxxx  
 東京都〇〇区〇〇x-x-x  
 フリガナ シセツショクインサマノオナマエ  
 お名前 施設職員様のお名前  
 ご連絡先 Tel ( 090 - xxxx - xxxx )  
 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( )

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( )

物損害  
 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 2023 年 1 月頃  
 購入価格 30,000円

人身損害  
 部位・症状 病院名 Tel( - - )

その他  
 内容 損害額 円

# 承諾書 (免責証書)

20××年 ××月 ××日

(甲)

永合 太郎  
(賠償事故を起こした方のお名前)

社会福祉法人 ○○会  
理事長 ○○○

殿

(乙) (損害賠償請求権者)

〒××××-××××

フリガナ

住所 東京都○○区○○×-×-×

氏名 施設職員様のお名前 (被害者)

印

(被害者との関係 (本人) )

入所中など施設管理下における事故の場合は、施設名および施設の責任者名をご記入ください。

事故発生日時	20××年 ××月 ××日	<input checked="" type="checkbox"/> 午前・午後	10時 00分頃
事故発生場所	東京 <input checked="" type="checkbox"/> 都道府県 ○○	市 <input checked="" type="checkbox"/> 区	○○×-×-×
	甲		乙
当事者 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ		<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ

(事故内容)

大きな音に驚いて支援していた職員様のメガネを壊してしまった。

上記事故により私、(乙)の被った一切の損害に対する賠償金として、当事者(甲)より、損害賠償額 ¥ 30,000 -(内既受領額 ¥ 0 -)を受領する後には、その余の請求を放棄するとともに、上記金額以外に相互に何ら権利・義務関係のないことを確認し、(甲)に対し今後裁判上・裁判外を問わず一切の異議の申し立て、請求及び訴の提起等を致しません。

ついては以下に損害賠償額をお支払いください。

郵便番号,店番号も必ずご記入ください。		○○ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 JA ○○ 支店 (信用金庫) (信用組合)		
支払先	〒 (フリガナ)	1.普通 総合	店番号	□座番号
	住所 (フリガナ)	2.当座 (どちらかを○で囲む)	1 2 3 - 0 0 0 1 2 3 4	
	氏名	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号
		□座名義 (カタカナ)	1 0 -	シセツシヨクインサマノオナマエ

お問合せ番号 ( ) 担当者 ( )



351-111

代理店  
受付日

年 月 日

保険会社  
受付日



# 記入例

## 写真不提出理由書

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20XX 年 X 月 X 日

住 所 東京都新宿区西新宿3-2-11

氏名または会社名 山田 太郎



事故発生日時 20XX 年 X 月 XX 日 午前 10 時 00 分頃

事故発生場所 東京都港区山下5丁目1番地1

上記事故につきましては、下記理由により写真の提出ができません。代わりに本書を提出致します。

### 不提出理由

緊急修理をしたため、写真による記録が残せませんでした。

破損箇所(簡単にイラストもしくは図面コピーの上、ご記入ください)

原因箇所...  損害箇所...  修理箇所...



メガネのレンズに傷とフレーム破損

代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日



1S1-1F1





## 被害事故についての相談費用・損害賠償請求費用の領収証明書

AIG損害保険株式会社 宛

被害事故の内容（裏面の定義に基づきます）	
発生日	年 月 日
被害事故の種別 (該当する被害事故に しをしてください)	<input type="checkbox"/> 偶然な事故により被保険者が被った身体の障害または財物の損壊 <input type="checkbox"/> 消費者被害 <input type="checkbox"/> 被保険者が所有する財物の盗取、詐取または横領 <input type="checkbox"/> 不当解雇 <input type="checkbox"/> 虐待
事故内容	----- -----
相談または損害賠償請求 の概要	相談日または損害賠償請求日 年 月 日
	-----

上記内容の被害事故についての「法律相談費用・損害賠償請求費用」として、  
金 円 を 年 月 日 に、  
より、受領しました。

日付 年 月 日

住所

氏名

印



4S1-301

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

被害事故の種別	被害事故が発生した日
偶然な事故により被保険者が被った身体の障害または財物の損壊	その身体の障害または財物の損壊の原因となった偶然な事故が発生した日
<p>消費者被害</p> <p>※被保険者が最終消費者として価格10万円以上の物品を購入したことにより経済的な不利益を被り、かつ、その原因が以下の事由による又は疑われるもの</p> <p>①事業者の虚偽や誇大な広告その他事業者による消費者の利益を不当に害する行為</p> <p>②事業者による消費者の自主的な選択や合理的な選択を阻害する行為</p>	被保険者がその消費者被害の原因となった物品を購入した日
被保険者が所有する財物を盗取、詐取または横領されること	その財物が盗取、詐取または横領された日
<p>不当解雇</p> <p>※被保険者に対する不当な解雇または事実上もしくは契約上の不当な雇用関係の終了 (不当と疑われる場合も含む)</p>	被保険者が解雇または雇用関係を終了された日もしくは被保険者がそれらを通知された日のいずれか早い日
<p>虐待</p> <p>※障害者に対する虐待をいい、具体的には以下の行為または以下の行為に該当すると疑われるもの</p> <p>①身体的虐待: 障害者の身体に外傷が生じ、もしくは生じるおそれのある暴行を加え、又は正当な理由なく障害者の身体を拘束すること</p> <p>②性的虐待: 障害者にわいせつな行為をすること又は障害者にわいせつな行為をさせること</p> <p>③心理的虐待: 障害者に対する著しい暴言、著しく拒絶的な対応その他障害者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと</p> <p>④放棄・放置: 障害者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、①から③に掲げる行為と同様の行為の放置等、養護を著しく怠ること</p> <p>⑤経済的虐待: 障害者の財産を不当に処分することその他障害者から不当に財産上の利益を得ること (第三者への利益提供目的で行う行為も含む)</p>	<p>次のいずれか早い日</p> <p>ア. 被保険者が虐待を受けたことにより、最初に弁護士、司法書士または行政書士への法律相談の申込みを行った日</p> <p>イ. 被保険者が障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律に基づき市町村への虐待の届出を行った日</p> <p>ウ. 被保険者または養護者が障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律に基づき市町村への虐待の通報が行われたことを知った日</p>

## 職業従事中事故対応費用 保険金請求書 兼 同意書の記入例

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見人・保佐人の場合は、「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。

事故内容についてご記入ください。

AIG 職業従事中事故対応費用 保険金請求書 兼 同意書		①ご記入日 20XX年 5月 1日																			
AIG損保 AIG損害保険株式会社 宛																					
<small>● 貴社との保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を電話のうえ確認し、保険金を請求します。 ● 貴社が本 保険金請求書に添付する写真、印刷物、被保険者または関係者（関係者）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）のために開示する旨の同意書に添付し、利用すること、および貴社が貴社上必要とする範囲において、個人情報を第三者に開示の取扱いについてのご同意、利用、提供することにお同意します。</small>																					
① 保険金請求者（被保険者またはその代理人）																					
加入者番号	0987654321	ご住所	〒11203-XXXX 東京都〇〇区XX町1-1-1 電話番号 03 - 1234 - XXXX																		
お名前	永合 太郎	被保険者の性別	本人（男性） 代理人（その他）																		
③ 被保険者																					
お名前	永合 一郎	生年月日	20XX年 10月 10日 (25歳)																		
④ 請求内容																					
職業従事中に発生した下記事故による損害に対して、下記および添付の通り、費用を負担したため、職業従事中事故対応費用保険金を請求します。																					
いつ起こりましたか	20XX年 3月 1日 10時 30分頃	どこで起こりましたか	(住所) 〇〇区〇〇町 「XX工房」内																		
どのようにして起こりましたか	台車を押していたドアにぶつけてしまい、ドアを破損させてしまった。																				
(損害額) 万円	ご住所 〒	お電話番号 (	)																		
損害賠償の額、何が降りたか	工房内のドア																				
降りたものは	修理代 ( 95,000 円)																				
修理ができた状態ですか	いいえ (修理してもない/修理、その修理いっしょで済んだ/修理済み) 納入年月 年 月 日																				
損害を認める書類 (該当の書類を「で」で記入してください)	(診断書) (領収書) (修理見積書) (その他) ( )																				
⑤ 他社のご契約																					
保険会社名	保険の種類	証券番号	保険会社名との連絡先																		
東西損保	傷害保険	ABC1234	03-0543-XXXX (印) (名)																		
⑥ 保険金支払先																					
ご希望の支払先を〇で囲んでください。振込みをもって支払いがなされたものと扱われます。																					
ご希望の支払先を〇で囲んでください。振込みをもって支払いがなされたものと扱われます。																					
<table border="1"> <tr> <td>振込先</td> <td>東 西</td> <td>南 北</td> <td>支 店</td> <td>記号</td> <td>番号</td> </tr> <tr> <td>(振込先) (当座)</td> <td>11111234XXXX</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">口座名義 (カタカナ) 左づめでご記入ください。 E I A I T A R O U</td> </tr> </table>				振込先	東 西	南 北	支 店	記号	番号	(振込先) (当座)	11111234XXXX	1	0			口座名義 (カタカナ) 左づめでご記入ください。 E I A I T A R O U					
振込先	東 西	南 北	支 店	記号	番号																
(振込先) (当座)	11111234XXXX	1	0																		
口座名義 (カタカナ) 左づめでご記入ください。 E I A I T A R O U																					

この書類を作成された日付をご記入ください。

忘れずに押印してください。  
弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

保険金の支払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。

