

5. ケガまたは葬祭見舞金の請求の詳細 ※以下はすべて契約者で入力ください

5-1 保険金支払先

※以下に必ず✓をお願いいたします。

- 契約者口座を保険金支払先に指定した場合、その全額を補償対象者またはその遺族にお支払いします。※災害死亡保険金、事業主臨時費用を除く
- 契約者から補償対象者またはその遺族に支払がなされない場合、受領した保険金を当社に返還いたします。

保険料振替口座へ支払希望（保険料分割払特約付帯契約のみ選択可）

金融機関（ゆうちょ銀行以外）口座へ支払希望 … 以下を入力ください

金融機関名					<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> 信用組合
支店名				<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 出張所	支店コード(3桁)	
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号(7桁)					
口座名義(カタカナ) ※原則補償対象者名義口座を記載ください								

ゆうちょ銀行口座へ支払希望 … 以下を入力ください

ゆうちょ銀行 通帳記号(5桁)					記号番号 (8桁)				
口座名義(カタカナ) ※原則補償対象者本人名義口座を記載ください									

※補償対象者が未成年の場合は親権者口座を指定いただけます。補償対象者が亡くなられた場合は、別途書類の提出が必要となります。

5-2 事故の内容

労災保険届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
いつ起こりましたか	日付(YYYY/MM/DD)		時刻(24時間表記)	:
	<input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 業務外			
どこで起こりましたか	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先社内 <input type="checkbox"/> 社外関係先 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 海外(国名: 都市名:)			
どのように 起こりましたか	例: 業務時使用していた脚立から足を滑らせ背中から落ち、腰を強く打った。			

5-3 今回のケガなどにより就業不能となった期間

休業保険金の請求	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 以下に期間と日数を入力ください			
就業不能期間 (YYYY/MM/DD)	①	~		(就業不能日数: 日間)
	②	~		(就業不能日数: 日間)
	③	~		(就業不能日数: 日間)

※公休日(土・日や有給休暇など)も就業不能期間に含むことができますが、その期間内に就業した日がある場合はその日数を除いてください。
※半日就業した日など、全日就業不能ではない日は除いてください。

5-4 葬祭見舞金について

葬祭見舞金の請求	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 死亡診断書を必ず提出ください
葬儀を行った日 (YYYY/MM/DD)	

6. ケガの請求の詳細 ※以下はすべて補償対象者（治療を受けた方）で入力ください

6-1 治療状況申告欄 ※通院欄のある診断書を提出される方は入力不要です

傷病名・診断名 業務起因の疾病名					
ケガした部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 手指：含手指（具体的に、右手親指など）（ <input type="checkbox"/> 下肢：含足指 <input type="checkbox"/> 臓器 <input type="checkbox"/> その他（ 				
ケガの状態	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> 欠損・切断 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 破裂 <input type="checkbox"/> その他（ 				
医療機関	① 名称：	診察券番号：	電話番号：	—	—
	② 名称：	診察券番号：	電話番号：	—	—
	③ 名称：	診察券番号：	電話番号：	—	—
入院	入院期間（YYYY/MM/DD）：	～	（入院日数：	日間）	
	入院期間（YYYY/MM/DD）：	～	（入院日数：	日間）	
手術	手術名：	手術日（YYYY/MM/DD）：			
	手術名：	手術日（YYYY/MM/DD）：			
通院	年 月 1 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（	日間）			
	年 月 1 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（	日間）			
	年 月 1 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（	日間）			
	年 月 1 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（	日間）			
	年 月 1 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（	日間）			
	年 月 1 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（	日間）			
固定具	固定具種類： <input type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> シーン <input type="checkbox"/> ギブスシャーレ <input type="checkbox"/> 副木 <input type="checkbox"/> その他（	）			
	常時（入浴時を除く）固定していた期間（YYYY/MM/DD）：	～			
	固定具種類： <input type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> シーン <input type="checkbox"/> ギブスシャーレ <input type="checkbox"/> 副木 <input type="checkbox"/> その他（	）			
	常時（入浴時を除く）固定していた期間（YYYY/MM/DD）：	～			
	固定部位が手指・足指の場合、関節（手首・足首）の固定を含みますか？	<input type="checkbox"/> いいえ（指のみ）		<input type="checkbox"/> はい（関節を含む）	
治療状況	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療中止 <input type="checkbox"/> その他（ 				
後遺障害見込み	<input type="checkbox"/> 残存見込みなし <input type="checkbox"/> 残存見込みあり（医師から後遺障害残存について説明を受けている）⇒ 以下に詳細をご申告ください				
後遺障害について申告欄					

6-2 運転資格申告欄 ※運転中の事故の場合のみ

運転免許証（事故時点で有効なもの）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有効期限（YYYY/MM/DD）	
-------------------	---	------------------	--

※内容によって免許証の提示を依頼する場合がございます。

6-3 治療費申告欄

治療費の負担	<input type="checkbox"/> 無 ⇒ <input type="checkbox"/> 公的医療制度や労災により支給 <input type="checkbox"/> 第三者が負担（交通事故など） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他（ 				
ケガなどをされた方が病院等を利用するために要した交通費 ※交通費の合計が3万円を超える場合は領収書を提出ください	電車・バス・タクシー代など	合計	円		
	自家用車利用の場合	往復	km × 利用日数	日	
		有料道路利用代	円		
		駐車場代	円		

※治療諸費用補償がある場合は領収書の PDF、JPG、写真を必ず提出ください。

7. 病気の請求についての詳細 ※以下はすべて補償対象者（治療を受けた方）で入力ください

7-1 保険金支払先

※ 保険金支払先は治療を受けた方の口座（未成年の場合は親権者口座）を指定ください。
 法定相続人口座を指定される場合は、別途書類の提出が必要となります。

金融機関（ゆうちょ銀行以外）口座へ支払希望 … 以下を入力ください

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> 信用組合			
支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	支店コード(3桁)		
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(7桁)		
口座名義(カタカナ) ※原則、治療を受けた方本人名義口座を記載ください				

ゆうちょ銀行口座へ支払希望 … 以下を入力ください

ゆうちょ銀行 通帳記号(5桁)		記号番号 (8桁)	
口座名義(カタカナ) ※原則、治療を受けた方本人名義口座を記載ください			

7-2 治療状況申告欄 ※保険会社書式または共済書式診断書を提出される方は入力不要です

傷病名・診断名				
初診日(YYYY/MM/DD) ※上記の傷病で初めて病院を受診した日				
入院した医療機関	① 名称:	診察券番号:	電話番号:	- -
	② 名称:	診察券番号:	電話番号:	- -
	③ 名称:	診察券番号:	電話番号:	- -
入院	入院期間(YYYY/MM/DD):	~	(入院日数: 日間)	
	入院期間(YYYY/MM/DD):	~	(入院日数: 日間)	
入院状況	<input type="checkbox"/> 退院済 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他:()			

7-3 治療費申告欄

入退院時・転院時(通院時を除く)の交通費 ※交通費の合計が3万円を超える場合は領収書を提出ください ※先進医療を受けられた方は通院交通費を含めて入力ください	電車・バス・タクシー代など	合計	円
	自家用車利用の場合	延べ走行距離	km
		有料道路利用代	円
親族付添費 ※1日4,100円定額、交通費、寝具など利用料	下記親族付添要件のいずれかに該当し、かつ医師が付添を必要と認めた期間に、 <input type="checkbox"/> 付添していない <input type="checkbox"/> 付添した ※私的なお見舞い等、親族付添要件に該当しないものは「付添していない」としてください。		
ホームヘルパー雇入れ費用・保育所預入費用 介護従事者雇入れ費用・介護施設預入費用	被保険者が家事従事者、または同居親族が「要介護」「要支援」状態に、 <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当するが、雇入れ費用等の費用は発生していない <input type="checkbox"/> 該当し、雇入れ費用等の負担がある⇒領収書等材料を提出ください		
他社の契約について申告欄 ※治療費(実費)が支払われる他社の契約がある場合、入力ください ※入院日額・入院一時金等、治療費(実費)補償ではないものは入力不要です	<input type="checkbox"/> 治療費(実費)を他社に請求していない <input type="checkbox"/> 治療費(実費)を他社に請求している⇒受け取った金額: _____円 保険会社名 _____ ※他社から治療費(実費)を受領済みの場合、その金額を差し引いて支払います。		

※疾病入院治療諸費用補償がある場合は領収書のPDF、JPG、写真を必ず提出ください。

◆ 親族付添要件(疾病入院治療諸費用保険金支払特約 別表2)

- 病状が重篤であって、絶対安静を必要とし、看護人の常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合
- 病状は必ずしも重篤ではないが、手術のため術前・術後の一定期間にわたり、看護人の常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要がある場合
- 病状から判断し、常態として次のいずれかに該当する場合
 - 体位変換または床上起座が不可または不能であること
 - 食事および用便につき介助を要すること
- 被保険者の年齢、体質や病状等の影響により1. から3. までの準ずる状態にあり、常時監視や介護が必要不可欠な場合

8. 請求に関する署名

◆弊社の個人情報お取り扱いについて（詳細については、当社ホームページ（<https://www.chubb.com/jp>）をご覧ください。）

- ①【利用目的】保険金のご請求時に弊社が取得する個人情報は、保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等）・保険引受判断・各種サービスの提供等のために利用します。保険事故の関係者（修理工場、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、国内外の再保険引受会社、その他必要な関係先に対して提供することがあります。
- ②【第三者提供】主に以下の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供いたしません。
 - ・法令等に基づく場合
 - ・人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき
 - ・保険業務の遂行上必要な範囲で、保険代理店を含む委託先に提供する場合
 - ・国等への税務関係書類作成業務に関し、契約者ならびに被保険者・受取人等の関係者に対し、保険事故内容通知が必要な場合
- ③【機微（センシティブ）情報】個人情報保護法に規定するセンシティブ情報については、保険業の適切な業務運営を確保する必要があるとき等においては、業務遂行上必要な範囲で取得、利用または第三者提供をする場合があります。
- ④【情報交換制度】保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険請求を防止するため、他の損害保険会社等との間で個人データを共同利用することがあります。詳しくは一般社団法人日本損害保険協会のホームページ（<https://www.sonpo.or.jp>）をご覧ください。

個人情報の取り扱いについて承知し、下記に同意の上、保険金を請求します。 ※すべてに✓を願います。

- 事故日、事故概要、治療内容など、本書への記入内容は事実と相違ありません。
- 本請求は、契約者、補償対象者（治療を受けた方）双方の同意のもと行われたもので相違ありません。
- 本請求について、弊社から契約者担当や補償対象者（治療を受けた方）へ連絡する場合があることを承知しました。

契約者 電子署名欄

※電子署名が利用できない場合は、用紙を印刷し、会社名・担当者名を署名し、署名日を記入してください。

補償対象者（治療を受けた方） 電子署名欄

※電子署名が利用できない場合は、用紙を印刷し、治療を受けられた方が署名し、署名日を記入してください。

請求日
(YYYY/MM/DD)

入力が完了したらボタンを押してください（メールが立ち上がります）

※使用端末等によりメーラーが起動しない場合は、入力または印刷した PDF を添付し下記メールアドレス宛に送信ください

e-mail: JP.PA.seikyuu@chubb.com

電子署名は Acrobat Reader を利用ください。方法は以下を参照ください。
(<https://helpx.adobe.com/jp/acrobat/kb/cq07131410.html>)



請求する