

医療総合保険 保険金請求書

貴社が本保険金請求に関する個人情報を、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、個人情報を取得、利用、提供することに同意します。

ご確認ください								
請求項目に✓願います	ご記入いただく欄							
<input checked="" type="checkbox"/> ご病気による入院・手術・入院一時金・診断一時金など	1	2	3	4				
<input type="checkbox"/> おケガによる入院・手術・入院一時金・後遺障害・死亡など	1	2	3	4	5			
<input type="checkbox"/> 先進医療費用保険金	1	2	3	4		6		
<input type="checkbox"/> 葬祭費用保険金	1	2	3				7	
<input type="checkbox"/> 歯科保険診療通院一時金	1	2	3	4				8

ご請求いただく項目に✓願います。

- 複数ある場合は該当するものすべてに✓願います
- ご契約内容により請求いただける項目が異なります。お手元の証券または加入証明書で補償内容を確認ください
- 弊社所定診断書または他保険会社書式の診断書を提出いただく場合は4.治療状況申告欄は記入不要です

1. 契約情報			
保険証券番号または加入証明者番号	123MGI56789、123MCB456789		
契約者氏名	茶部 一郎	契約者氏名フリガナ	チャブ イチロウ

今回ご請求される証券番号、加入証明書番号を記入ください。複数のご契約がある場合、請求されるすべての証券番号または加入証明書番号を記入ください。

保険証券または加入証明書記載の契約者名または加入者名を記入ください。

2. 保険金請求者情報、ご連絡先			
※保険金請求者は原則として被保険者（ご病気・おケガを被られ治療を受けた方）となります。ただし、被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご請求ください。			
治療を受けた方（被保険者）氏名	茶部 一郎	被保険者氏名フリガナ	チャブ イチロウ
契約者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
親権者、法定相続人またはご遺族の氏名 ※本人が請求手続きできない場合のみ			

保険証券または加入証明書記載の被保険者名を記入ください。

被保険者が未成年、または亡くなられた場合のみ、ご請求手続きいただく方の名前を記入ください。

本請求についての問い合わせ先	<input checked="" type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 親権者または法定相続人等の代理人		
メールアドレス	abcXX@XX.co.jp		
携帯番号	090 - XXXX - XXXX	日中連絡先 (携帯のない方のみ)	- -
郵便番号	〒 141 - XXXX	住所	東京都品川区北品川X-X-XX ガーデンXXX ○○号室

連絡先を記入ください。

- 弊社から連絡させていただく場合がございますので、メールアドレス、携帯電話を必ず記入ください
- 日中連絡可能な連絡先を記入ください

3. 保険金支払先									
<input checked="" type="checkbox"/> 金融機関（ゆうちょ銀行以外）口座へ支払い希望 … 以下を記入ください									
金融機関名	三菱UFJ			<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		支店コード(3桁)	X	X	X		
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号(7桁)	X	X	X	X	X	X
口座名義(カタカナ) ※被保険者本人名義口座を記載ください				チャブ イチロウ					
<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行口座へ支払い希望 … 以下を記入ください									
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) ※被保険者本人名義口座を記載ください									

保険金の支払先口座を指定ください。

- 保険金の支払先は被保険者口座を指定ください
- 被保険者が未成年の場合は親権者口座を指定いただけます

※被保険者が未成年の場合は親権者口座をご指定いただけます。
被保険者が亡くなっているなど、代理請求の場合は別途書類のご提出をお願いいたします。

記入例

4. 治療状況申告欄			
初診日 (YYYY/MM/DD)	2023/09/01	診断日 (YYYY/MM/DD)	2023/09/01
傷病名・診断名	胃潰瘍		
入院	入院期間 (YYYY/MM/DD) :	2023/09/01 ~ 2023/09/15	(入院日数 : 日間)
	入院期間 (YYYY/MM/DD) :	~	(入院日数 : 日間)
手術	手術名 : 腹腔鏡下胃, 十二指腸潰瘍穿孔縫合術	手術日 (YYYY/MM/DD) :	2023/09/03
	手術名 :	手術日 (YYYY/MM/DD) :	
	手術名 :	手術日 (YYYY/MM/DD) :	
入院・手術を受けた医療機関	① 名称 : ○○病院	診察券番号 : 12345	電話番号 : 123 - XXXX - XXXX
	② 名称 :	診察券番号 :	電話番号 : - -
	③ 名称 :	診察券番号 :	電話番号 : - -
治療状況	<input type="checkbox"/> 治癒または寛解 <input type="checkbox"/> 入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 通院中または再診予定有 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 後遺障害残存※おケガのみ <input type="checkbox"/> その他 ()		

弊社所定診断書または他保険会社書式診断書を提出いただく場合は「4. 治療状況申告欄」は記入不要です。

初診日にはご請求する傷病で初めて病院を受診した日を記入ください。前医がある場合は前医を初めて受診した日を記入ください。

診断日には病院で傷病名を告げられた日を記入ください。診断日が不明な場合は、おおよその日付を記入ください。

病院で診断された診断名を記入ください。不明な場合はご治療を受けた病院へ確認ください。

診療報酬明細書や手術同意書に記載された手術名と、手術の実施日を記入ください。

治療を受けられた医療機関名、診察券番号、電話番号を記入ください。

5. 事故の内容 ※おケガによる保険金請求の場合			
いつ起こりましたか	日付 (YYYY/MM/DD)	時刻 (24 時間表記)	:
場所はどこですか	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 以下場所 <input type="checkbox"/> 海外 (国名 : 都市名 :) 県 区		
どのように起こりましたか	例 : 交差点を横断中、車と接触し強く頭を打ってしまい救急搬送された。		
運転免許証 (運転中のみ、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)	

治療状況は、該当するものすべてに✓願います。

- ・ 治癒または寛解・・・傷病が完全に治った場合や、症状が落ち着いて安定している場合
- ・ 入院中・・・請求の入院が継続している場合
- ・ 通院中または再診予定有・・・次回のご通院予定がある場合
- ・ 経過観察中・・・治療はしていないが検査や診察を受けている場合や、何か症状があれば病院へ行くよう医師より指示を受けている場合
- ・ 後遺障害残存 (おケガのみ)・・・おケガにより後遺障害が残ると医師から告げられている場合
- ・ その他・・・死亡退院など該当項目がない場合、または不明な場合に理由とともに記入ください

おケガをした日にち、時刻、場所、状況をできるだけ詳しく記入ください。

6. 先進医療保険金申告欄 ※先進医療費用保険金請求の場合	
先進医療技術名	
お支払いされた技術料	円
医療機関名	

先進医療の技術名、技術料、医療機関名を記入ください。正式な技術名が不明な場合は、治療を受けた病院へ確認ください。

7. 葬祭費用申告欄 ※葬祭費用を請求する場合			
項目	金額	支払い日 (YYYY/MM/DD)	支払先
例) 告別式費用	480,000 円	2023/3/1	○×葬儀社

葬祭費用の明細を可能な限り記入ください。

なお、ご請求いただく場合は領収書のPDFまたは画像を併せてご提出ください。

※領収書の PDF または画像を併せてご提出願います。ご請求いただいた領収書は 6 か月間お手元に保管ください。

記入例

8. 歯科保険診療申告書 ※歯科保険診療一時金を請求する場合

歯科医院名			
治療状況申告	治療期間 (YYYY/MM/DD) :	~	(通院日数 : 日間)

治療を受けた歯科医院名、治療期間、通院日数を申告ください。

◆弊社の個人情報取り扱いについて (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ことがあります。
- 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。

記入内容に誤りが無いことを確認し、上記に同意の上、保険金を請求します。

請求日
(YYYY/MM/DD)

2023/10/15

この書類を作成された日付を記入ください。

記入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、記入済みのものを手動でメール添付ください。

請求手続きを続ける
(メール作成)

メールの件名には、請求者氏名をカタカナでご記入ください。