

「入院・通院・手術保険金」請求手続きのご案内

このたびの被保険者様ご療養につきまして、心よりお見舞い申し上げます。
別紙「個人情報の取扱いについて」にご同意いただき、ご請求くださいますようお願い申し上げます。
お手続き方法やご契約の内容に関してご不明な点がございましたら、担当代理店または「保険金請求受付センター」までお問い合わせください。

1. 必要書類について

| 必要書類 | ご説明 |
|---------------------------|---|
| ① 給付金・保険金請求書 兼医療照会同意書 | 請求者様をご記入ください。 |
| ② 入院・通院・手術証明書（診断書） 【注】 | 医療機関に記載を依頼してください。 なお、他の保険会社や病院所定の診断書のコピーでも結構です。 <u>ただし、診断書の記載内容に不明な点があるときは、あらためて当社所定の診断書原本の提出をお願いすることがあります。</u> |

<ご請求内容によって必要な書類>

| | |
|---|--|
| 請求者様との続柄が確認できる 戸籍謄本・住民票または 健康保険証（または資格確認書） コピー | <ul style="list-style-type: none"> ・下記のいずれかに該当する場合、続柄記載のあるものをご提出ください。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 被保険者様が未成年で、親権者または後見人様が署名・捺印する場合 2. 契約後に出生した子が被保険者として請求する場合（戸籍謄本が必要となる場合があります） ・戸籍謄本、住民票をご提出いただく場合、発行後3か月以内の原本、マイナンバーの記載がないものをご提出ください。 ・健康保険証が個人毎のカード形式の場合は、請求者様と親権者（または後見人）様の両カードのコピーをご提出ください。 |
| 事故状況報告書（受傷事情書） | 不慮の事故によるケガをされた場合にご提出ください。 |

【注】一定の条件を満たせば、「入院・通院・手術証明書（診断書）」を省略できる場合があります。
条件につきましては保険金請求受付センターへお問い合わせください。

<ご請求に関する注意事項>

- 入院・通院・手術証明書（診断書）、住民票等の取得費用はお客さまのご負担となりますことをご了承ください。
- 上記以外の書類のご提出をお願いすることがありますのでご了承ください。
- ご請求の内容により、治療内容や事故の状況を確認する場合があります。その際は、医療機関への確認の同意書へ署名・捺印をいただくため、当社の委託した確認会社の担当者がお伺いすることがありますので、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

2. 請求者について

保険金は、被保険者様（病気やケガをされた方）からご請求ください。

被保険者様が請求できない特別な事情（健康上の理由など）がある場合、代理の方からご請求いただけることがありますので、担当代理店または保険金請求受付センターにご相談ください。

以下の場合にご請求をいただく方について、「保険金請求書」の記入にご注意願います。

| ご注意いただきたいケース | 請求者 | ご説明 |
|---|------|---|
| 被保険者が未成年の場合 | 被保険者 | ○請求者欄 被保険者様の署名・捺印をお願いします。 ○親権者・後見人欄 親権者・後見人様の署名・捺印をお願いします。 |
| 配偶者（担保）特約・子供（担保）特約等を付帯している契約で、配偶者やお子様入院・通院・手術保険金等を請求される場合 | 被保険者 | 請求者欄に被保険者様の署名・捺印をお願いします。 |
| 法人契約で受取人が法人の場合 | 法人 | 請求者欄に法人名、代表者役職名・氏名をご記入のうえ、代表者印の捺印をお願いします。 |

3. 別の必要書類を提出いただく場合

以下の場合、この「請求手続きのご案内」とは別の書類をご案内いたします。

担当代理店または保険金請求受付センターまで、ご連絡ください。

- 代理の請求人よりをご請求される場合
- 被保険者様のご逝去後に保険金をご請求される場合

以上

<ご不明な点がございましたら、担当代理店または下記のお客さまサービスセンターまでお問合せください>

三井住友海上あいおい生命 保険金請求受付センター

お客さま専用電話（無料・携帯電話可）：0120-321-288

受付時間：月～金 9:00～18:00 土 9:00～17:00（日・祝日・年末年始を除きます）

<個人情報の取扱いについて>

保険契約の申込書、告知書その他の各種手続書面のご記入にあたりましては、個人情報の取扱いに関する以下の説明をご確認いただき、内容にご同意のうえ、お手続きくださいますようお願い申し上げます。

1. 当社が取得した個人情報は、次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。
 - ・ 保険契約のお引受け、維持・管理、継続、保険金・給付金等のお支払い
 - ・ 当社の業務運営・管理、商品・サービスの開発・充実
 - ・ その他保険に関連・付随する業務また、当社および当社グループ会社は、本保険契約に関する個人情報を、本保険契約以外の保険契約のお引受け、履行のために利用することがあります。
2. 当社は、個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、個人情報の取扱いを、当社グループ会社、募集代理店、医師、契約確認会社、情報処理システムの開発・運用を委託する会社など外部委託先である他の事業者等（以下、「委託先」といいます。）に委託しております。
3. 当社は、生命保険事業の健全性維持や公平性確保など業務を適切に運営する必要性から、業務上必要な範囲で医療・健康情報等の機微（センシティブ）情報を取得、利用するほか、医療機関・契約者等の第三者ならびに委託先に提供することがあります。
 - ※ 医療・健康情報等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。
4. 当社は、引受リスクの適切な分散のための再保険契約の締結ならびに再保険会社における当該保険契約のお引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等支払いその他再保険に関連・付随する業務に関する利用のために、ご契約者・被保険者氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報、および健康状態に関する情報など当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することがあります。
5. 当社は、契約内容登録制度、契約内容照会制度、支払査定時照会制度に基づいて、一般社団法人生命保険協会、同協会加盟の各生命保険会社等とともに、保険契約等に関する所定の情報（詳細は三井住友海上あいおい生命ホームページ(<https://www.msa-life.co.jp>)をご確認ください。)を同協会に登録し、利用することがあります。
6. 当社および当社グループ会社は、商品・サービスのご案内・ご提供、および提携先・委託先等の商品・サービスのご案内のために、個人情報を共同して利用することがあります。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細（グループ会社との間の個人情報の共同利用の内容を含みます。）、商品・サービスや当社グループ会社の名称、商品・サービスおよび他の生命保険会社等との情報交換制度につきましては、当社ホームページ (<https://www.msa-life.co.jp>) をご覧ください。

<支払査定時照会制度のご案内>

当社は、一般社団法人生命保険協会、一般社団法人生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および、日本コープ共済生活協同組合連合会とともに、お支払等の判断の参考とすることを目的として、「支払査定時照会制度」に基づき、当社を含む各生命保険会社等の保有する保険契約等に関する以下①から③までを共同して利用しております。

- ①被保険者の氏名、生年月日、性別、住所
- ②保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故（照会を受けた日から5年以内）
- ③保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金等受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法等

詳しくは、一般社団法人生命保険協会または当社ホームページ (<https://www.msa-life.co.jp>) もしくは一般社団法人生命保険協会のパンフレットをご覧ください。

「給付金・保険金請求書兼医療照会同意書」記入例



- 必ずご請求者様ご自身でご記入・ご捺印ください。
- ご記入にあたっては、必ず黒または青のボールペンをご使用ください。
- ご記入内容を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、請求印を訂正印としてご捺印ください。
- 修正液や“消せるタイプのボールペン”は使用しないでください。

1 請求日

請求書を実際に記入した日をご記入ください。

2 証券番号

該当の証券番号をご記入ください。最大で3契約分までご記入いただけます。

3 請求者

請求者様が個人の場合は、必ず請求者様ご本人がご署名、ご捺印ください。生年月日・性別をご記入ください。保険金受取人様が法人の場合は、法人名および代表者の役職名と氏名、職印の捺印が必要です（法人の場合はゴム印でも可）。

4 携帯電話

携帯電話の番号をご記入ください。※なお、ご記入いただいた携帯電話にSMS（ショートメッセージサービス）をお送りする場合がございますのでご了承ください。

5 親権者・後見人

請求者様が未成年の場合は、親権者様・後見人様がご署名、ご捺印ください。

6 振込口座の指定

口座名義人の記入漏れにご注意ください。※ゆうちょ銀行口座の通帳番号は、右づめで8ケタご記入ください。※再発行番号がある場合はその番号をご記入ください。

給付金・保険金請求書兼医療照会同意書

三井住友海上あいおい生命保険株式会社 御中
別紙記載の「個人情報の取扱いについて」の内容に同意の上、貴社の保険約款にしたがって給付金・保険金を請求します。なお、下記被保険者と請求者が異なる場合、個人情報取扱について被保険者の同意を得て請求しています。

請求日 1 ××年×月×日
貴社もしくは貴社で委託した確認会社の担当者が事故状況・受療状況について確認し、または診断書の内容について、医療機関宛に照会しても異議ありません。

*証券番号は3契約分まで記入できます。（左づめでご記入ください）

証券番号 2 001234567

被保険者 フリガナ セイホ タロウ
(傷病を負われた方) 生保 太郎

※保険金受取人様が法人の場合は、法人名および役職名・代表者名をご記入（ゴム印でも可）の上、代表者印を捺印ください。

請求者 〒10101234 東京 千代田区 神田 OTHO-O 4 携帯電話 (090) 1234 - 5678

フリガナ セイホ タロウ
(自署) 生保 太郎 様
生年月日 ××××年1月1日 性別 男・女

親権者 後見人 5 統柄 様 (印)

<注>
請求者は保険証券に記載された被保険者様となります。ただし、次の場合はご契約者様が請求者となりますので、ご注意ください。
・ご契約時に保険金請求者をご契約者様と定めている場合（保険証券にその旨記載されている場合）

給付金・保険金の振込口座をご指定ください。請求者様名義の口座をご指定ください。請求者様名義の口座がない場合は、配偶者様、ご両親様またはお子様の口座をご指定ください。

カタカナでご記入ください

口座名義人 6 セイホ タロウ

請求者との続柄 (いずれかに○をしてください)
本人・配偶者・親・子

振込口座
フリガナ ○○ギンコウ ××シテン
銀行 労働 本店
信金 農協 支店
信組 出張所
金融機関コード 1 2 3 4 支店コード 5 6 7
ゆうちょ銀行口座振込 (※1) コード 9900 再発行番号 (※2) 通帳記号 通帳番号

種目・口座番号
いずれかに○してください
① 普通 (総合)
② 当座
※右づめでご記入ください
1 2 3 4 5 6 7

※1 ゆうちょ銀行へのお振込は、最終お支払金額が1,300万円までの場合に限りです。
※2 再発行番号がある場合は、その番号をご記入ください。

<会社使用欄>

| | | | | | |
|------|-----|---|---|---|-------|
| 代理店名 | 受付日 | 年 | 月 | 日 | 本店受付日 |
| 受付日 | 年 | 月 | 日 | | |
| コード | 受付日 | 年 | 月 | 日 | |
| 課支社名 | | | | | |
| 受付日 | 年 | 月 | 日 | | |

三井住友海上あいおい生命
2022.07

給付金・保険金請求書兼医療照会同意書

三井住友海上あいおい生命保険株式会社 御中

別紙記載の「個人情報の取扱いについて」の内容に同意のうえ、貴社の保険約款にしたがって給付金・保険金を請求します。
なお、下記被保険者と請求者が異なる場合、個人情報の取扱いについて被保険者の同意を得て請求しています。

請求日 年 月 日

貴社もしくは貴社で委託した確認会社の担当者が事故状況・受療状況について確認し、または診断書の内容について、医療機関宛に照会しても異議ありません。

*証券番号は3契約分まで記入できます。(左づめでご記入ください)

証券番号

被保険者
(傷病を負
われた方)

フリガナ

*保険金受取人様が法人の場合は、法人名および役職名・代表者名をご記入(ゴム印でも可)の上、代表者印を捺印ください。

請求者

請求者は
保険証券に
記載された
被保険者様
となります。
ご契約者様
となるのは
右<注>の
場合です。

〒

☎ () -

携帯電話 () -

都 道
府 県

フリガナ

(自署)

様

請求印
同意印

印

<注>

請求者は保険証券に記載された被保険者様となります。

ただし、次の場合はご契約者様が請求者となりますので、ご注意ください。

・ご契約時に保険金請求者をご契約者様と定めている場合(保険証券にその旨記載されている場合)

親権者
後見人

*請求者が未成年のとき、ご署名・ご捺印ください。

続柄
様 ()

印

給付金・保険金の振込口座をご指定ください。

請求者様名義の口座をご指定ください。請求者様名義の口座がない場合は、配偶者様、ご両親様またはお子様の口座をご指定ください。

口座
名義
人

カタカナでご記入ください

請求者との続柄 (いずれかに○をしてください)

○本人・配偶者・親・子

振込
口座

銀行
口座
振込

フリガナ

銀行 労金
信金 農協
信組

種
目
・
口
座
番
号

いずれかに○をしてください

① 普通 (総合)

② 当座

*右づめでご記入ください

ゆうちょ
銀行口座
振込
(※1)

コード
9900

通帳記号

再発行
番号(※2)

通帳
番号

*1 ゆうちょ銀行へのお振込は、最終お支払金額が1,300万円までの場合に限りです。

*2 再発行番号がある場合は、その番号をご記入ください。

<会社使用欄>

| | | | |
|-----|--------------------------|---|-------|
| 代理店 | 代理店名 受付日 年 月 日 | 印 | 本店受付日 |
| 営業 | コード 課支社名 受付日 年 月 日 | 印 | |

入院・通院・手術証明書（診断書）

該当箇所を囲んでください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------------------|--|----|----|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| 氏名 | カルテ番号 () | (男) (女) | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | ICD-10コード | 傷病発生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ア. 入院・通院・手術の原因となった傷病名 | | | 年 月 日 | (医師推定) (患者申告) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| イ.ア の原因 | | | 年 月 日 | (医師推定) (患者申告) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回の傷病に関する前医・紹介医 | (有) (無) 医療機関名 | 前医・紹介医の初診日 年 月 日 (不明) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発病から初診までの症状経過 (いつからどのような症状があったか記入してください)、初診時の所見および経過 (他覚的所見、検査内容・結果、治療内容など) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初診日 | 年 月 日 | 手術名および診療報酬区分番号 (TAE, ドレナージ等を含む) | | 手術日 | 種類 | 内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (入院治療期間) | 1回目 年 月 日 ~ 年 月 日 | (左) (右) (両側) | (K) (J) - | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (退院) (現在入院中) (転入院) (転科) (死亡退院) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2回目 年 月 日 ~ 年 月 日 | (左) (右) (両側) | (K) (J) - | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (退院) (現在入院中) (転入院) (転科) (死亡退院) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3回目以降 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (通院治療期間) | 年 月 日 ~ 年 月 日 (うち通院実日数 日) | 種類 1.開頭 2.穿頭 3.開胸 4.胸腔鏡 5.開腹 6.腹腔鏡 7.ファイバースコープまたはカテーテル 8.経皮的 9.経尿道的 10.経體的 11.レーザー手術 12.その他 () | | 内容 <筋骨関係手術の場合> ア.親血 イ.非親血 <骨切除> ウ.有 エ.無 <筋・腱・靭帯の処置> オ.伴う カ.伴わない <植皮術の場合、植皮面積> キ.25cm ² 以上 ク.25cm ² 未満 <手指・足指の手術の場合、MP関節を含めて中枢に> ケ.及ぶ コ.及ばない <穿頭術の場合> サ.新たな穿頭を実施 シ.既存の穿頭孔を使用 <口腔内手術の場合、顎骨を> ス.削っている セ.削っていない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (固定具使用期間) (部位:) | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 悪性新生物・上皮内新生物の場合 | | ↑ 左記より 選択のうえ ご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (使用固定具) | (ギプス) (シーネ) (その他) () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (医学的に就業・通学・家事労働が全く不可能と判断された期間の有無) | (有) (無) 年 月 日 ~ 年 月 日 | ・診断確定日 年 月 日 | | ・診断方法 (細胞診) (病理組織学的所見) (その他) () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (今後の入院・通院治療の有無) | (有) (無) | ・がんの種類 (上皮内がんまたは非浸潤癌) (それ以外のがん) | | ・最終病理組織診断名 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (後遺障害残存見込) | (有) (無) | ・(p) TNM分類 T () N () M () | | ・大腸の場合、組織学的深達度 (M) (SM以深) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【内容:] | | ・今回が初めての悪性新生物罹患ですか (はい) (いいえ) | | ・今回の悪性新生物の区分 (原発) (再発) (転移) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (現在の治療状況) | 年 月 日 (治療) (入院中) (通院中) (中止) (転医) | ・子宮頸部の場合 (CIS) (CIN3) (それ以外) | | ・本人に 年 月 日頃、病名() と告げた。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 放射線治療 または 温熱療法 | 放射線または 温熱療法の名称 | 期間 | 開始 年 月 日 終了 年 月 日 | 総線量 | Gy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 先進医療 | 技術名 | 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 回数 | 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受療者が支払った技術料 | 円 | 貴院における当該先進医療に係る届出受理年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 急性心筋梗塞の場合 | 初診日から60日時点で軽労働・産業以上の労働の制限を引き続き必要かどうか。 (要) (不要) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脳卒中の場合 | 初診日から60日時点で言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続しているか。 (有) (無) 後遺症の詳細 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実通院治療日 ○印をつけて ください。 | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| | 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 |
| 請求意思能力 | 本人は、保険金を請求し、受け取る行為の意味を理解できると思えますか? | | | <理解できる> () <理解できない> () <不明> () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり証明します。 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 病院または診療所の 名称・診療科 電話番号 医師氏名 | | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(必読) 一、訂正の場合、必ず証明印による訂正印を捺印願います。 二、原本の複製またはコピーの場合は訂正印を捺印願います。 三、内容について後口限を付した場合は訂正印を捺印願います。



入院・通院・手術状況申告書

| | |
|------------------|---|
| ご記入にあたって のご注意 | ①この申告書は、保険金のご請求の内容が所定の条件を満たす場合に、弊社所定の「診断書」に代えてご提出いただく書類です。「診断書」をご提出の場合は当申告書のご提出は不要です。 ②あわせて、「 <u>入院・通院期間等の記載のある医療機関発行の領収証</u> 」(写)をご提出ください。 手術保険金をご請求される場合は、「 <u>手術内容の記載のある診療明細書</u> 」(写)をご提出ください。(同じ入院中に手術が1回の場合) ③下記欄にもれなく記入願います(不明な点は、医療機関にご確認ください)。 なお、通院保険金を補償する契約にご加入されていない場合は、「入院前後通院期間」欄と「通院日」欄は記入不要です。 ④記載内容と異なる事実が判明した場合には、保険金をお支払いできない場合がありますので、正確にご記入ください。 |
|------------------|---|

三井住友海上あいおい生命保険株式会社 宛

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| 傷病者氏名 | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | (傷病名が不明の場合は、医療機関にご確認ください) | | 受傷日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状・検査 治療内容等 | (いつからどのような症状があったか、初診時からの治療内容・治療経過などをご記入ください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療期間 | 初診日 年 月 日～終診日 年 月 日 (月 日現在 (治療中)・(治療終了)) <small>(※1)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院期間 | 第1回目入院 年 月 日～ 年 月 日 (入院日数 日) 第2回目入院 年 月 日～ 年 月 日 (入院日数 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術 <small>(※2)</small> | 手術日 | 1回目 年 月 日 | 2回目 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手術名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手術コード | K - (歯科手術の場合 J -) | K - (歯科手術の場合 J -) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手術の内容 (1回目) | (筋骨関係手術) <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 / (手指・足指、MP関節を含めて中枢に) <input type="checkbox"/> 及ぶ <input type="checkbox"/> 及ばない (筋・腱・靭帯への操作が) <input type="checkbox"/> 及ぶ <input type="checkbox"/> 及ばない / (植皮面積が) <input type="checkbox"/> 25cm以上 <input type="checkbox"/> 25cm未満 (骨切除) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / (口腔内手術で顎骨を) <input type="checkbox"/> 削っている <input type="checkbox"/> 削っていない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 手術の内容 (2回目) | (筋骨関係手術) <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 / (手指・足指、MP関節を含めて中枢に) <input type="checkbox"/> 及ぶ <input type="checkbox"/> 及ばない (筋・腱・靭帯への操作が) <input type="checkbox"/> 及ぶ <input type="checkbox"/> 及ばない / (植皮面積が) <input type="checkbox"/> 25cm以上 <input type="checkbox"/> 25cm未満 (骨切除) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / (口腔内手術で顎骨を) <input type="checkbox"/> 削っている <input type="checkbox"/> 削っていない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院前後 通院期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 / 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の指示により 固定具を 「常時装着」した期間 | 固定具名 装着期間 () 年 月 日 ~ 年 月 日 () 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通院 日 | 年 月 | 実際に通院して治療を受けた日に○印をつけてください。(※3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 合計 |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 |
| 病院 または 診療所 | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | 電話番号 | | - - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 科名 | 主治医 | | 先生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違ありません。 なお、保険金受領後に、万一事実と異なることが判明した場合には、受領した保険金を返還いたします。 また、貴社が医療機関に対して照会しても回答してもらえない場合は、あらためて貴社所定の「診断書」を提出します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 申告者 (傷病者が未成年の場合は親権者) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 傷病者との続柄 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(※1) 健康診断での要検査・要治療指摘の場合、健康診断の受診日をご記入ください。

(※2) 医療機関に確認のうえ、正確にご記入ください。

(※3) 2つ以上の医療機関で治療を受けた場合は、○△□等で区別してご記入ください。

「入院・手術状況報告書(自己申告書)」記入例



ご注意

- かならずご請求者さまご自身でご記入・ご署名・ご捺印ください。
- ご記入にあたっては、かならず黒または青のペンをご使用ください。
- ご記入内容を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印(請求印と同一)をご捺印ください。
- 修正液や“消せるタイプのペン”は使用しないでください。

1 病気やケガの名前

- ①～⑪の中に入院・手術の原因となった病名があれば番号を○で囲んでください。
- ①～⑪に該当するものがない場合は、⑫を○で囲んだうえ、傷病名をご記入ください。

※傷病名がわからない場合は、医師より説明された内容をご記入ください(「●の疑い」「●の検査」等で結構です)。

2 初診日

今回の傷病で最初に受診された日をご記入ください。複数の医療機関を受診されている場合は、最初に受診された病院の受診日をご記入ください。

3 入院期間

- 入院の有無いずれかを○で囲んでください。
- 入院有の場合、今回ご請求される入院の入院日と退院日(医療機関発行の領収証の請求期間の日付)をご記入ください。外来で手術を受けた場合は記入不要です。

4 手術日

- 手術を受けられた方は手術日をご記入ください。
- 1回の入院中に2回以上の手術を受けた場合は、診断書の提出が必要です。

5 正式手術名

診療明細書の手術区分に記載されている正式な手術名をご記入ください。

6 医療機関

入院・手術をされた医療機関の情報をご記入ください。複数の医療機関で入院・手術をされた場合、それぞれご記入ください。

請求者様ご記入用 入院・手術状況報告書(自己申告書)

<ご記入上の注意>

- 請求者様をご記入ください。(医師の証明は不要です。)
- 「入院・手術等証明書(診断書)」など診断書をご提出いただく場合、この「入院・手術状況報告書(自己申告書)」は提出不要です。
- この「入院・手術状況報告書(自己申告書)」をご提出いただく場合、ご請求の内容に応じて以下の書類のコピーを同封してください。

<同封いただく書類のご覧>

| ご請求の内容 | 同封いただく書類(医療機関発行のもの) |
|--------|--------------------------------------|
| 入院 | 領収証(入院期間の記載があるもの) |
| 手術 | 診療明細書(手術名の記載があるもの)と領収証(手術を受けたときのもの) |
| 入院と手術 | 診療明細書(手術名の記載があるもの)と領収証(入院期間の記載があるもの) |

※本書面に記載された内容と異なる事実が判明した場合は、給付金(保険金)をお支払いできない場合がございますのでご注意ください。
 ※当社が必要とした場合は「入院・手術等証明書(診断書)」やその他の医療機関発行の書類のご提出をお願いすることがございます。

<入院・手術に関する報告> 今回の請求分をご記入ください。

| | | | | |
|-------------------|---|------------|------------------|-------------------------|
| 1. 被保険者 (傷病者名) | フリガナ | セイホ | タロウ | 2. 被保険者の性別・生年月日 |
| | 生保 太郎 | | | |
| 3. 病気やケガ の名前 | 以下の中から該当する病名の番号を○でかこんでください。 | | | |
| | ①皮膚、皮下腫瘍 ②粉瘤 ③大腸ポリープ ④子宮頸管ポリープ ⑤帝王切開 ⑥切迫早産 ⑦切迫流産 ⑧鼠径(ソケイ)ヘルニア ⑨白内障⇒[左][右][両] ⑩網膜裂孔⇒[左][右][両] ⑪眼瞼下垂症⇒[左][右][両] ⑫上記以外の病気やケガ (以下の欄へ病名やケガの名前をご記入ください。) | | | |
| 4. 初診日 | ② XX年 9月 1日 | | | |
| 6. 入院期間 | 入院の有無 | | 1回目 | XX年 10月 1日 ~ XX年 10月 2日 |
| | 有 ⇒本欄を記入ください 無 ⇒本欄は記入不要です | | 2回目 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 6. 手術 | 手術日 | | 5 正式手術名 | |
| | 1回目 | XX年 10月 1日 | 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 | |
| | 2回目 | 年 月 日 | | |
| 7. 医療機関 | 6 病院名 OOOO病院 (内科) 電話: 00-0000-0000 | | | |



三井住友海上あいおい生命
2024.02

<ご記入上の注意>

- 請求者様にご記入ください。（医師の証明は不要です。）
- 「入院・手術等証明書（診断書）」など診断書をご提出いただく場合、この「入院・手術状況報告書（自己申告書）」は提出不要です。
- この「入院・手術状況報告書（自己申告書）」をご提出いただく場合、ご請求の内容に応じて以下の書類のコピーを同封してください。

<同封いただく書類のご確認>

| ご請求の内容 | 同封いただく書類（医療機関発行のもの） |
|--------|--------------------------------------|
| 入院 | 領収証（入院期間の記載があるもの） |
| 手術 | 診療明細書（手術名の記載があるもの）と領収証（手術を受けたときのもの） |
| 入院と手術 | 診療明細書（手術名の記載があるもの）と領収証（入院期間の記載があるもの） |

* 本書面に記載された内容と異なる事実が判明した場合は、給付金（保険金）をお支払いできないことがございますのでご注意ください。
* 当社が必要とした場合は「入院・手術等証明書（診断書）」やその他の医療機関発行の書類のご提出をお願いすることがございます。

<入院・手術に関する報告> 今回の請求分をご記入ください。

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------|--------------|---------------|---------------|----------|---------------|------------|---|--|
| 1. 被保険者 (傷病者名) | フリガナ | 2. 被保険者の性別・生年月日 | | | | | | | | |
| | 様 | 男・女 | 大正 | 昭和 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 3. 病気やケガ の名前 | 以下の中から該当する病名の番号を○でかこんでください。 | | | | | | | | | |
| | ① 皮膚、皮下腫瘍 | | | ② 粉瘤 | | ③ 大腸ポリープ | | ④ 子宮頸管ポリープ | | |
| ⑤ 帝王切開 | | | ⑥ 切迫早産 | | ⑦ 切迫流産 | | ⑧ 鼠径(ソケイ)ヘルニア | | | |
| ⑨ 白内障⇒左 右 両 | | | ⑩ 網膜裂孔⇒左 右 両 | | ⑪ 眼瞼下垂症⇒左 右 両 | | | | | |
| ⑫ 上記以外の病気やケガ（以下の欄へ病名やケガの名前をご記入ください。） | | | | | | | | | | |
| 4. 初診日 | 今回の傷病で最初に受診された病院の受診日をご記入ください。 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 5. 入院期間 | 入院の有無 | | 1回目 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | |
| | 有 ⇒ 右欄を記入ください 無 ⇒ 右欄は記入不要です | | 2回目 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | |
| 6. 手術 | 手術日 | | | 正式手術名 | | | | | | |
| | 1回目 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 2回目 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 7. 医療機関 | 病院名 (科) 電話: - - | | | | | | | | | |



「事故状況報告書(受傷事情書)」記入例



ご注意

- ご記入にあたっては、かならず黒または青のペンをご使用ください。
- ご記入内容を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、ご報告者さまの訂正印(報告印と同一)をご捺印ください。
- 修正液や“消せるタイプのペン”は使用しないでください。

1 報告日

事故状況報告書を記入した日をご記入ください。

2 報告者

報告者ご本人さまがご署名・ご捺印ください。

3 受傷者との関係

受傷者以外の方が報告される場合は、あてはまるものを○で囲んでください。

4 日時・就業中の有無

事故にあわれた日時と、就業中の事故か否かを○で囲んでください。

5 場所

事故にあわれた場所の住所をご記入ください。

6 原因および状況

事故にあわれた際の状況やその原因をできるだけ詳しくご記入ください。

7 交通事故の場合

交通事故の場合のみ、もれなくご記入ください。

8 状況図

事故にあわれた際の状況をできるだけ詳しく、図でご記入ください。

請求者様ご記入用 事故状況報告書(受傷事情書)

不慮の事故によるケガをされた場合に、そのときの状況を報告いただく書類です。

三井住友海上あいおい生命保険株式会社 御中

下記のとおり報告します。

1 XXXX年 X月 X日

2 報告者 **生保 太郎** 様

3 受傷者との関係(本人以外の場合) 配偶者 親 子 兄弟姉妹 勤務先法人・団体等

※ご注意…請求者ご本人またはご家族の方がご報告ください。
(就業中の事故の場合は、ご勤務先の会社・団体が報告者となっていただいても、結構です。)

| | | | | | | | |
|-------------|--------|--|--|-------|-------------------------------------|----------|-------------|
| 受傷者 | 氏名 | 生保 太郎 | | 男・女 | <input checked="" type="radio"/> 男 | 生年月日 | XXXX年 1月 1日 |
| | 職業 | ※できるだけ具体的にご記入ください IT関係 営業 | | | | | |
| 受傷された日時 | 日時 | XXXX年 9月 10日 | | 午前・午後 | <input checked="" type="radio"/> 午後 | 10時 15分頃 | |
| | 就業中の有無 | 就業中 <input checked="" type="radio"/> 非就業中 <input type="radio"/> ※該当のものに○をおつけください | | | | | |
| 受傷した原因および状況 | 場所 | 東京都 中央区 日本橋 茅場町 X-X-X | | | | | |
| | 原因 | ※できるだけ詳しくご記入ください 十字路交差点直進中、右より直進の相手自動車と接触、 自車の運転席に衝突してきた。 救急車で搬送され、そのまま入院となった。 | | | | | |

7 交通事故の場合は、以下の項目をご記入ください ※該当のものに○をおつけください。

| | | |
|----------|---|--|
| 事故時の状況 | 1 <input checked="" type="radio"/> 運転中 2 <input type="radio"/> 同乗中 | 8 傷された時の状況図または現場見取図 相手の車 受傷者の車 で図示してください |
| | 3 <input type="radio"/> 自転車 4 <input type="radio"/> 歩行者 | |
| 免許証 | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | |
| 免許証番号(印) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 | |
| 飲酒 | <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし | |
| 警察への届出 | <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし | |

(※) 免許証番号は、受傷者の方が運転中の交通事故の場合のみご記入ください。

三井住友海上あいおい生命 2024.02

不慮の事故によるケガをされた場合に、そのときの状況を報告いただく書類です。

三井住友海上あいおい生命保険株式会社 御中

下記のとおり報告します。

年 月 日

報告者

様



受傷者との関係(本人以外の場合)

配偶者

親

子

兄弟姉妹

勤務先法人・団体等

※ご注意…請求者ご本人またはご家族の方がご報告ください。

(就業中の事故の場合は、ご勤務先の会社・団体が報告者となっていただいても、結構です。)

| | | | | | |
|---|-----------------|-----------------------------|-------|------|-------|
| 受 傷 者 | 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 職業 | ※できるだけ具体的にご記入ください | | | |
| 受 傷 さ れ た 時 の 状 況 | 日時 | 年 月 日 | 午前 午後 | 時 | 分頃 |
| | 就業中の有無 | 就業中 ・ 非就業中 ※該当のものに○をおつけください | | | |
| | 場所 | | | | |
| | 原因 および 状況 | ※できるだけ詳しくご記入ください | | | |

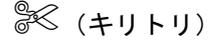
交通事故の場合は、以下の項目をご記入ください ※該当のものに○をおつけください。

| | | |
|--------------|---|--|
| 事故時の状況 | 1 運転中 2 同乗中 3 自転車 4 歩行者 5 その他 () | 受傷された時の状況図または現場見取図 相手の車 受傷者の車 で図示してください |
| 免許証 | あり なし | |
| 免許証番号 (※) | | |
| 飲酒 | あり なし | |
| 警察への届出 | あり なし | |

(※) 免許証番号は、受傷者の方が運転中の交通事故の場合のみご記入ください。

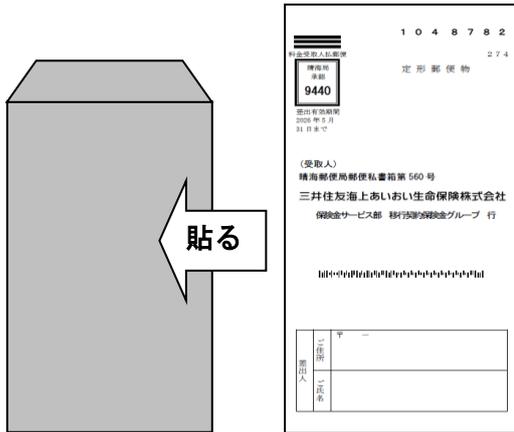
封筒貼付用あて先シート

ご請求に必要な書類がそろいましたら、お客さまご自身で当社あてに郵送をお願いいたします。このあて先シートを使用いただいた場合は、郵便料金は当社で負担いたします。



<ご使用方法>

- ① 当用紙を **A4 用紙のサイズ** で印刷してください（拡大・縮小等、サイズ変更をしないで印刷してください）。
- ② 点線にそって右の「封筒貼付用あて先シート」を切り取ってください。
- ③ 切り取った「封筒貼付用あて先シート」にお客さまのご住所とご氏名を記入し、封筒の表面にしっかりとのりで貼り付けてください。
ホチキス・クリップ等は使用しないでください。



- ④ 必要な書類を封筒に入れ、はがれないようにしっかりと閉封してください。
- ⑤ ポストへ投函してください。**切手の貼り付けは不要です。**

<ご郵送いただける郵便物の種類>

第一種郵便物（封書）

<内容>

50 g までの書類

・ご請求書類をお送りいただく場合に限定してご利用ください。
また、第三者へ譲渡されないようお願いいたします。

| | | |
|--|-----|---------------|
| 料金受取人払郵便 | | 1 0 4 8 7 8 2 |
| 晴海局 承認 | | 2 7 4 |
| 9440 | | 定形郵便物 |
| 差出有効期間 2026年5月 31日まで | | |
| (受取人) 晴海郵便局郵便私書箱第560号 三井住友海上あいおい生命保険株式会社 保険金サービス部 移行契約保険金グループ 行 | | |
| | | |
| 差出人 | ご住所 | 〒 — |
| | ご氏名 | |