

## 「入院・手術給付金」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。

### 1. 必要書類について

必要書類	ご説明
① 給付金請求書兼医療照会同意書	請求者様にご記入ください。
② 入院・手術等証明書（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 住民票または健康保険証（または 資格確認書）コピー	・下記のいずれかに該当する場合に、続柄記載のあるものをご提出ください。 1. ご家族を対象とする契約で、 主たる被保険者ご本人様以外の方が入院等をされた場合 2. 請求者様が未成年で、親権者または後見人様が署名・捺印する場合 ・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。
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。
治療費領収証（コピー）*	室料差額給付金をご請求の場合にご提出ください。 ※医療機関の発行した領収証の原本は、所得税の医療費控除を申告される際の資料となりますので、お手元にて大切に保管してください。

【注】一定の条件を満たせば、「入院・手術等証明書（診断書）」を省略できる場合があります。

条件とその際の必要書類については、添付の「入院・手術給付金のご請求時に、診断書を省略できる場合の確認方法」をご確認ください。

### <ご請求に関する注意事項>

- 入院・手術等証明書（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、お亡くなりになった時の状況、ご病気の状況など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

給付金は、主契約の被保険者様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、担当代理店またはお客さまサービス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、「給付金請求書」の記入にご注意願います。

「主たる被保険者」および「給付金受取人」は、保険証券にてご確認ください。

ご注意いただきたいケース	請求者	ご説明
被保険者または給付金受取人が未成年の場合	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。
配偶者やお子様の入院・手術給付金等を請求される場合	主たる被保険者	請求者欄に主たる被保険者様の署名・捺印をお願いします。
子ども医療特約の請求をされる場合	契約者	請求者欄に契約者様の署名・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

入院給付金・手術給付金以外をご請求される場合は、この「請求手続のご案内」とは別の書類をご案内いたします。また、以下の場合も別の書類をご案内いたしますので、担当代理店またはお客さまサービスセンターまで、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給付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 お客さまサービスセンター

お客さま専用電話（無料・携帯電話可）：0120-324-386

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）

※ 音声ガイダンスに従い、1番をご指定ください。

## <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。

## 「手続き状況お知らせメッセージ」のご案内

「手続き状況お知らせメッセージ」とは、請求書類到着からお支払いまで、お手続きの状況をお客さまの携帯電話へショートメッセージ（以下「SMS」）でお知らせするサービスです（SMSの受信は無料です）。



お送りいただいた書類が到着しましたのでお知らせします。

ご請求のお手続きが完了しましたので、ご案内をお送りいたします。



0120-321-633

今日 10:00

三井住友海上あいおい生命です。  
お送りいただいた書類が到着しましたのでお知らせいたします。手続き完了までしばらくお待ちください。

本サービスの利用をご希望の方は、下記＜手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項＞をご確認・同意のうえ、請求書の所定の欄に、携帯電話番号をご記入ください。

### 【ご注意】

本サービスをご利用いただける契約は、三井住友海上あいおい生命でご加入の証券番号が「2」「3」「7」ではじまる11桁の数字のご契約です。

\* 以下のご契約はご利用対象外となります。

- ・証券番号が「イ」「ウ」「オ」ではじまるご契約
- ・三井住友海上・あいおいニッセイ同和損保から契約移行されたご契約（証券番号が9～10桁のもの）

### ＜手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項＞

- ① 本サービスのご利用を希望される場合、請求書の所定の欄に携帯電話番号をご記入ください。
- ② ご記入いただいた携帯電話番号は、今回のご請求に限り、利用します。
- ③ SMSは、「0120-321-633」から通知します。当番号は送信専用のため、返信はできません。ソフトバンクをご利用のお客さまへは、ソフトバンク送信専用番号で通知します。
- ④ 以下のタイミングでメッセージを通知します。

- ・請求書類が三井住友海上あいおい生命本社に到着したとき
  - ≫ **三井住友海上あいおい生命です。**  
**お送りいただいた書類が到着しましたのでお知らせいたします。**  
**手続き完了までしばらくお待ちください。**
- ・お支払手続きが完了したとき（お支払のない手続きは除きます）
  - ≫ **三井住友海上あいおい生命です。**  
**ご請求のお手続きが完了しましたので、ご案内をお送りいたします。**  
**お届けまでしばらくお待ちください。**
- ・必要書類に不備があるとき（書類の記入漏れ、未提出の書類がある場合など）
  - ≫ **三井住友海上あいおい生命です。**  
**書類に不備がありますので、書面で別途ご案内いたします。**  
**お届けまでしばらくお待ちください。**

※同一の電話番号に対して同じメッセージを送信する場合、SMSをまとめて送信する場合があります。

- ⑤ 以下の場合、本サービスをご利用いただけません。また、ご利用いただけない旨の通知は行いません。
  - ・請求書の提出がない場合
  - ・ご記入いただいた携帯電話番号に誤りがあった場合
  - ・ご記入いただいた携帯電話番号の数字が判別できなかった場合
  - ・ご記入いただいた携帯電話番号がSMS非対応であった場合
- ⑥ 請求内容によっては、SMSを通知しない場合があります。また、当社所定の返信用封筒もしくは封筒貼付用あて先シートを利用する以外の方法で請求書類をご提出いただいた場合、SMSの通知を行いません。
- ⑦ 誤送信防止のため、ご記入いただいた数字の判別ができない場合は、SMSの通知を行いません。携帯電話番号は丁寧に記入ください。
- ⑧ SMSの通知内容には、お客さまの個人情報を一切含みません。また、SMSを通じてお客さまの個人情報をお伺いすることはありません。
- ⑨ お客さまの携帯電話の電波状況・加入状況・キャリアによっては、SMSの受信が遅れる場合や、受信ができない場合があります。
- ⑩ 当社は、本サービスの利用・運用の中止、延期、終了などにより発生する一切の責任を負いません。
- ⑪ お客さまが受取人ご本人さま以外の携帯電話番号や誤った携帯電話番号を記入した場合、お客さまや第三者に発生した損害について、当社は一切の責任を負いません。携帯電話番号は、正しくご記入ください。





1. 氏名	カルテ番号 ( )	男・女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	生年月日 年 月 日	
2. 傷病名		傷病発生日 年 月 日		
ア. 入院・手術等の原因となった傷病名		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告	
イ. アの原因		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師推定 <input type="checkbox"/> 患者申告	
ウ. 上記の傷病の前医・紹介医	有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 医療機関名	前医・紹介医の初診日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 不明	
エ. 初診の経緯	前医・紹介医での悪性新生物の診断確定 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	検査名 <input type="checkbox"/> 病理組織学的検査 <input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> その他 診断名( ) 診断確定日( 年 月 日)	
オ. 入院中に治療を行った合併症	有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	傷病発生日 年 月 日	合併症のみによる入院加療 治療期間 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
3. 治療期間	2. のアの初診 年 月 日 ～ 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 終診 ・ <input type="checkbox"/> 現在治療中 )			
4. 入院期間 (含日帰入院)	第1回目 年 月 日 ～ 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 退院 ・ <input type="checkbox"/> 現在入院中 ・ <input type="checkbox"/> 転入院 ・ <input type="checkbox"/> 転科 ・ <input type="checkbox"/> 死亡退院 ) 第2回目 年 月 日 ～ 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 退院 ・ <input type="checkbox"/> 現在入院中 ・ <input type="checkbox"/> 転入院 ・ <input type="checkbox"/> 転科 ・ <input type="checkbox"/> 死亡退院 ) 第3回目以降			
右記の集中治療室管理料の算定	<input type="checkbox"/> 有	集中治療室管理料の詳細名 <input type="checkbox"/> 救命救急入院[A300] <input type="checkbox"/> 新生児特定集中治療[A302] <input type="checkbox"/> 特定集中治療[A301] <input type="checkbox"/> 総合周産期特定集中治療[A303] <input type="checkbox"/> 小児特定集中治療[A301-4]	治療期間 第1回目 年 月 日 ～ 年 月 日 第2回目 年 月 日 ～ 年 月 日	
5. 今回実施した手術	A. 手術種類	①開頭術 ②穿頭術 ③開胸術 ④胸腔鏡 ⑤開腹術 ⑥腹腔鏡 ⑦ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 ⑧経皮的 ⑨経尿道的 ⑩経腔的 ⑪レーザー手術 ⑫その他 ( )		
	B. 手術内容	1. 筋骨関係の手術の場合⇒ ア. 観血 イ. 非観血 2. 手指・足指の手術の場合、MP関節を含めて中枢に⇒ ウ. 及ぶ エ. 及ばない 3. 筋・腱・靭帯の処置 ⇒ オ. 伴う カ. 伴わない 4. 植皮(皮弁)面積⇒ キ. 25cm <sup>2</sup> 以上 ク. 25cm <sup>2</sup> 未満 5. 口腔内手術の場合、顎骨を⇒ ケ. 削っている コ. 削っていない 6. 女性生殖器官に対する手術の場合、全摘出した器官 ⇒ サ. なし シ. 子宮体部 ス. 左卵巣 セ. 右卵巣		
	手術・処置コード	手術名 ※手術名には胸腔・腹腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置などを含みます。	手術日 A. 手術種類 上記①～⑫より選択 B. 手術内容 ※上記ア～セよりすべて選択	
	<input type="checkbox"/> K- <input type="checkbox"/> J- <input type="checkbox"/> K- <input type="checkbox"/> J-	左 右 (両) 左 右 (両)	年 月 日 年 月 日	
3回目以降の手術がある場合は、手術・処置コード、手術名、手術日、手術種類、手術内容を記入ください。				
※一連の治療過程に連続して施行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は同一手術欄にすべての手術日を記入ください。				
6. 放射線・温熱療法	放射線または温熱療法の名称	部位 区分 M -	期間 ①開始 年 月 日 ～ 終了 年 月 日 ②開始 年 月 日 ～ 終了 年 月 日 総線量 ① Gy ② Gy	
7. 先進医療の実施	有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	技術名 開始 年 月 日 ～ 終了 年 月 日 (実施回数 回)	患者が負担する先進医療の技術料 円	
8. 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としますか？		<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要	
9. 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ますか？		有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 後遺症の詳細	
10. 悪性新生物・上皮内新生物の場合	診断確定に至るまでに行われた検査名		検査日	検査結果の概要
	病理組織学的検査		年 月 日	
	その他 ( ) 検査		年 月 日	
	診断確定日	年 月 日	がんの種類	<input type="checkbox"/> 上皮内がんまたは非浸潤がん ・ <input type="checkbox"/> それ以外のがん
	(p) TNM分類	T ( ) N ( ) M ( )	大腸癌の深達度	<input type="checkbox"/> M ・ <input type="checkbox"/> SM以深
	今回の悪性新生物の区分	<input type="checkbox"/> 原発 ・ <input type="checkbox"/> 再発 ・ <input type="checkbox"/> 転移	子宮頸部の場合	<input type="checkbox"/> CIN2 ・ <input type="checkbox"/> CIN3 ・ <input type="checkbox"/> CIS ・ <input type="checkbox"/> それ以外
		食道癌(T1a)の場合	<input type="checkbox"/> EP ・ <input type="checkbox"/> LPM ・ <input type="checkbox"/> MM	
悪性新生物・上皮内新生物の既往	<input type="checkbox"/> 有 病名		診断時期 年 月 日 (頃)	
告知	本人に 年 月 日頃、病名 ( ) と <input type="checkbox"/> 告げた <input type="checkbox"/> 告げていない			
11. 意思能力	現在本人には保険金等を請求し、受け取る行為の意味を理解できないと思われる場合は、右にチェックしてください。		<input type="checkbox"/> できない	
以上のとおり証明(診断)します。 所在地 病院または診療所の名称・診療科 医師氏名				



## 入院・手術等証明書（診断書）

### <必ずご確認ください>

#### 診断書なしでご請求できる場合があります

一定の条件を満たせば、診断書なしでご請求（簡易請求）できる場合があります。医療機関に診断書の証明をご依頼いただく前に、診断書なしでご請求できるかどうかを必ずご確認ください。

### <診断書要否の確認方法はこちら>

①または②の方法にてご確認ください。

- ① 「保険金・給付金ご請求手続きかんたんガイド」  
での確認方法  
⇒ 「2. 必要書類」に記載があります。



- ② 当社オフィシャルサイトでの確認方法  
⇒スマートフォン・タブレットで右の二次元コードを読み取って  
いただくと、「診断書を省略できるか確認する」画面が表示  
されます。  
質問に回答しながらお進みください。



※当社オフィシャルサイトの診断書省略確認チャートにアクセスできます。

### <当社にご提出いただく際のお願ひ>

使用しなかった白紙の診断書はご返却不要です。お手数ですが破棄をお願いいたします。

# 「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)	
<b>&lt;ご記入上の注意&gt;</b>			
● 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。			
<b>&lt;同封いただく書類のご覧&gt;</b>			
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。			
<b>&lt;入院・手術に関する報告&gt; 今回の請求分をご記入ください。</b>			
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	性 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 [天正] [昭和] [平成] [令和] XX年 1月 1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	② XX年 9月 1日		
6. 入院期間	入院の有無		1回目
	有 ⇒本欄を記入ください 無 ⇒本欄は記入不要です		XX年 10月 1日 ~ XX年 10月 2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		



## &lt;ご記入上の注意&gt;

- 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。

## &lt;同封いただく書類のご確認&gt;

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。

## &lt;入院・手術に関する報告&gt; 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	<b>生保 太郎</b>		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 <b>IT関係 営業</b>					
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	<b>東京都 中央区 日本橋 茅場町 X-X-X</b>					
	原因	※できるだけ詳しくご記入ください <b>十字路口差点直進中、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。</b>					

**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 checked="" type="radio"/> あり <input 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	

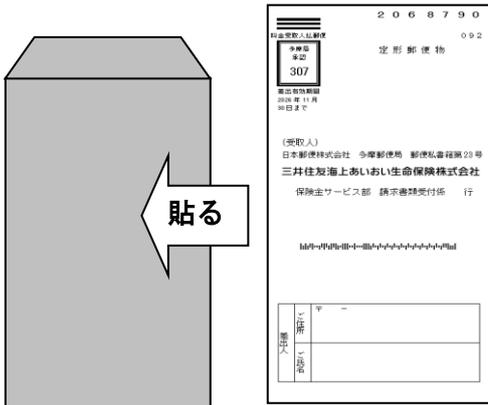
(※) 免許証番号は、受傷者の方が運転中の交通事故の場合のみご記入ください。

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。

※角形2号封筒用は2ページ目にごございます。

<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。



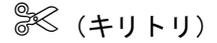
- ④ 必要な書類を封筒に入れ、はがれないようにしっかりと閉封してください。
- ⑤ ポストへ投函してください。切手の貼り付けは不要です。

<ご郵送いただける郵便物の種類>  
第一種郵便物（封書）

<内容>  
50g 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。

【長形3号 封筒用】



2 0 6 8 7 9 0	
 料金受取人払郵便 差出有効期間 2026年11月 30日まで	0 9 2 定形郵便物
(受取人) 日本郵便株式会社 多摩郵便局 郵便私書箱第23号 <b>三井住友海上あいおい生命保険株式会社</b> 保険金サービス部 請求書類受付係 行	
差出人	〒 ー
ご住所	
ご氏名	

【角形2号 封筒用】



料金受取人払郵便

差出有効期間  
2026年11月  
30日まで

2 0 6 8 7 9 0

定形外郵便物

(受取人)

日本郵便株式会社 多摩郵便局 郵便私書箱第23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 請求書類受付係 行

〒	—
住所	氏名
差出人	