

「通院給付金」「ガン治療通院給付金」請求手続のご案内

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 通院証明書	通算30日※ ¹ を超える場合、医療機関にご記入いただいでください。
または通院状況報告書（自己申告書）	通算30日※¹以内の場合、ご提出ください。 <u>通院日が分かる治療費領収証（コピー）※²を添付いただければ、上記通院証明書に代えて、通院状況報告書でご請求いただけます。</u> ＜ガン治療通院給付特約（無解約返戻金型）は、以下の場合には「入院・手術通院等証明書（診断書）（ガン治療専用）」のご提出が必要です＞ ・初回のご請求の場合 ・支払対象期間満了日の翌日以降にガンと診断確定された場合 ※¹：こども医療特約⇒1回の事故に対する通院 ガン治療通院給付特約⇒1回の支払対象期間中の通院 ※²：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。

＜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	・請求者様が未成年で、親権者または後見人様が署名・捺印する場合にご提出ください。 ・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。 ※入院給付金のご請求時等に、すでにご提出いただいている場合は不要です。

＜ご請求に関する注意事項＞

- 通院証明書や診断書、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

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・後見人の署名・捺印をお願いします。
配偶者やお子様の入院・通院・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。
こ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. お支払いする給付金等の概要（詳細は約款をご覧ください）

被保険者が入院給付金を支払われる入院をされ、その入院の原因となった傷病の治療を目的とした通院について、以下の範囲で通院給付金をお支払いします。

こども医療特約については、不慮の事故による通院は、入院の有無に関わらずお支払いします。

ガン治療通院給付特約（無解約返戻金型）についても、入院の有無に関わらずお支払いします。

特約の種類	給付金をお支払いする場合
通院給付特約 （無解約返戻金型）（18） 引受基準緩和型通院給付特約（無解約返戻金型）	通院期間 : 入院給付金の支払対象となる退院日の翌日から180日以内の期間※の通院 支払限度日数 : 1回の入院につき30日分 ※退院日の翌日以後180日以内に再入院した場合は、その再入院までの期間も含まれます。
通院特約 新通院特約	通院期間 : 入院給付金の支払対象となる退院日の翌日から120日以内の期間※の通院 支払限度日数 : 1回の入院につき30日分 ※退院日の翌日以後180日以内に同一の原因で再入院した場合は、その再入院までの期間も含まれます。
こども医療特約	通院期間 : 不慮の事故の日から180日以内の期間の通院 支払限度日数 : 1回の不慮の事故につき90日分
ガン治療通院給付特約 （無解約返戻金型）	対象となる通院 : ガンと診断確定され、ガンの治療を目的とした通院 支払対象期間 : 初めてガンと診断確定された日からその日を含めて5年間 ※支払対象期間満了後の取り扱いは約款をご覧ください。

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。

「給付金請求書兼医療照会同意書」記入例



- 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 請求日

給付金請求書を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3口までご記入いただけます。

3 被保険者

保険証券に記載の被保険者名をご記入ください。

4 請求者住所

ご請求者さまの住所をご記入ください。明細書等を送付いたします。

5 日中連絡先

日中ご連絡のつく携帯電話等のご連絡先をご記入ください。

6 手続き状況お知らせメッセージ希望欄

手続き状況のお知らせメッセージ（ショートメッセージ）の通知を希望される場合は、「手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項」を確認・同意のうえ、ご請求者さまの携帯電話番号をご記入ください。

※一部対象外のご契約があります。

※法人でご利用の場合、代表者または担当者の方の携帯電話番号をご記入ください。

7 届出住所の変更

ご契約のお届出住所をご記入の住所に変更する場合は、押印ください。

※ご請求者さまが契約者の場合のみ住所変更できます。

※ご契約者さまが法人の場合は、こちらの請求書では住所変更できません。

8 請求者

・ご請求者さまが個人の場合は、かならず請求者ご本人さまがご署名・ご捺印ください。

・生年月日・性別をご記入ください。

・ご請求者さまが法人の場合は、法人名および代表者の役職名と氏名をご記入（ゴム印可）・ご捺印ください。生年月日・性別のご記入は不要です。

給付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「個人情報取扱について」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。

1 請求日 X X X X 年 X 月 X 日		2 証券番号 70001234567	
3 被保険者 フリガナ セイホ タロウ 生保 太郎 様		7 (ご請求者様が契約者の場合のみ) ご契約上の届出住所を下記住所に変更される場合、ご捺印ください。 届出住所を変更します	
4 請求者住所 フリガナ セイホ タロウ 生保 太郎 様		6 手続き状況お知らせメッセージ希望する 請求者様の携帯電話番号をご記入ください。 0 9 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8	
5 日中連絡先 〒107-0723 東京 中央区 新川 OT目0-0 電話 (03) 1234-5678		8 請求者 フリガナ セイホ タロウ 生保 太郎 様 生年月日 X X X X 年 7 月 7 日 性別 男・女	
9 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。 後見人 (自署) 様 ()		10 振込口座の指定 フリガナ セイホ タロウ 生保 太郎 様 ご請求者との続柄 (いづれか○を○してください) 本人・配偶者・親・子	
11 室料差額有無 あり なし		12 室料差額有無 あり なし	

9 親権者・後見人

ご請求者さまが未成年の場合は、親権者または後見人さまがご署名・ご捺印ください

8 請求者欄には、未成年者の氏名を親権者または後見人さまがご記入ください。

10 振込口座の指定

・給付金等の振込口座をご記入ください。

・口座種目や口座名義人等のご記入もれのないようお願いいたします。
・ゆうちょ銀行の場合、通帳番号は前7ケタをご記入ください。

※ご請求者さまが法人の場合は、かならず法人名義の口座をご記入ください。

11 室料差額有無

・室料差額給付特約 α
・一時払室料差額給付特約 α
・ガン室料差額給付特約 α
上記を付加されている場合、室料差額のあり、なしを○で囲んでください。
特約を付加されていない場合は記入不要です。

給付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。

証券番号

被 保 険 者
(傷病を負
われた方)

フリガナ

様

(ご請求者が契約者の場合のみ)

ご契約上のお届出住所を下記住所に変更される
場合、ご捺印ください。

印

届出住所を変更します

※「手続き状況お知らせメッセージ」(ショートメッセージ)の通知を希望される場合は、別紙「手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項」を確認・同意のうえ、所定の欄へ請求者様の携帯電話番号をご記入ください。(本サービスの対象契約は、証券番号が「2」「3」「7」ではじまる数字11桁のご契約です。)

請求者
(自署)

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。

〒

番

()

都 道
府 県

フリガナ

(自署)

様

生年月日

年

月

日

性別

男

女

親 権 者
後 見 人
(自署)

※請求者が未成年のとき、ご署名・ご捺印ください。

様 (続 柄)

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。
・ごとも保険/ごとも医療特約の場合
・ご契約者様が法人であり、かつ受取人が当該法人(ご契約者様)とされている場合
※給付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。
・ご契約時に給付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。)

振 込 口 座

銀行口座振込

フリガナ

銀行 労金
信金 農協
信組

本店
支店
出張所

金融機関
コード

支店
コード

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

※右つめてご記入ください。

口座名義人

フリガナ

様

ご請求者との続柄 (いずれかに○をしてください)

本人

配偶者

親

子

※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ま。

室料差額給付金のご請求の有無をご記入ください。

※「室料差額」とは、公的医療保険制度に基づく選定療養のうち、厚生労働大臣が定める特別療養環境の提供にあたる病院または診療所の承認を得て使用された場合のベッドまたは病室の使用料をいいます。

あり

なし

<会社使用欄>

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

三井住友海上あいおい生命
HP 2024.02

通院証明書

1. 氏名	カルテ番号 ()	男・女	生年月日	年 月 日												
2. 通院の原因 となった 傷病名				傷病発生年月日												
				年 月 日												
3. 通院治療 期 間	通院開始 年 月 日 ~ 終了 年 月 日															
4. 上記傷病の治療を目的とした通院治療日を下記カレンダーに○印を付けてください。																
年月	通 院 治 療 日														通院日数	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
上記のとおり証明します。														合計 日数	日	
所在地 病院または診療所の 名 称 医師氏名																印

お願い 1. 訂正の場合は、必ず証明印による訂正印をご捺印ください。 LIAJ044-A06-202402 三井住友海上あいおい生命
2. 原本の複写またはコピーの場合は、それぞれにご捺印ください。 HP 2024.02



「通院状況報告書（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 傷病名

通院の原因となった傷病名をご記入ください。
「●の疑い」や「●の検査」を含め、医師より説明された内容をそのままご記入ください。

2 通院治療期間

今回の傷病で最初に通院された日と最後に通院された日をご記入ください。

3 現在の状況

記入日時点の状況について、記入日をご記入のうえ、通院中もしくは通院終了のいずれかを○で囲んでください。

4 医療機関

通院をされた医療機関の情報を記入ください。複数の医療機関で通院をされた場合、それぞれご記入ください。

5 通院日数

月ごとに合計した通院日数をご記入ください。

6 合計通院日数

合計した通院日数をご記入ください。

請求者様ご記入用

通院状況報告書（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。）
- 通院のお支払日数が通算(※)30日以内の場合に、この「通院状況報告書（自己申告書）」がご使用いただけます。（医師の証明は不要です。）
- 通院のお支払日数が通算(※)31日以上の場合は、「通院証明書」の提出が必要となります。
- 通院の支払限度日数が30日の場合は、通院31日以上でも30日分までの領収証コピーで手続き可能です。

特約の種類	対象となる通院	通算(※)の考え方
・新通院特約 ・通院給付特約(無解約返戻金型)(18) ・引受基準緩和型通院給付特約(無解約返戻金型)	入院給付金を支払われる入院をされ、その入院の原因となった傷病の治療を目的とした通院 支払限度日数: 1回の入院につき30日分	1回の入院に対する通院の支払日数
こども医療特約	不慮の事故による通院(入院有無を問わない) 支払限度日数: 1回の不慮の事故につき90日分	1回の事故に対する通院の支払日数
ガン治療通院給付特約(無解約返戻金型)	ガンと診断確定され、ガンの治療を目的とした通院(入院有無を問わない)	1回の支払対象期間(5年)に対する通院の支払日数

<ご通院に関する報告>

被保険者 (傷病者名)	79才 セイホ タロウ 生保 太郎 様	被保険者の性別・生年月日	男・女 (未保) (保給) (平成) (令和) ××××年 1月 1日
通院の原因となった傷病名	① 急性胃腸炎		
通院治療期間	② (開始) ××年 10月 12日 ~ (終了) ××年 10月 25日		
現在の状況	③ ××年 10月 30日現在 (通院中) (通院終了)		
通院された医療機関	④ 病院名 ○○○○病院 (内科) 電話: 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

<ご通院日に関する報告>

今回ご請求の通院日を月ごとにご記入ください。治療を目的とした通院日に○印をつけてください。

通院年月	治療を目的とした通院日	計
××年 10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	⑤ 4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
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

※ご報告いただいた通院日の「領収証」(コピー)を必ずご提出ください。

合計日数 ⑥ 4日



三井住友海上あいおい生命
2024.02

<ご記入上の注意>

●請求者様をご記入ください。（医師の証明は不要です。）

●通院のお支払日数が通算（※）30日以内の場合に、この「通院状況報告書（自己申告書）」がご使用いただけます。（医師の証明は不要です。）

●通院のお支払日数が通算（※）31日以上の場合には、「通院証明書」の提出が必要となります。

●通院の支払限度日数が30日の場合は、通院31日以上でも30日分までの領収証コピーで手続き可能です。

特約の種類	対象となる通院	通算（※）の考え方
・新通院特約 ・通院給付特約(無解約返戻金型)(18) ・引受基準緩和型通院給付特約(無解約返戻金型)	入院給付金を支払われる入院をされ、その入院の原因となった傷病の治療を目的とした通院 支払限度日数:1回の入院につき30日分	1回の入院に対する通院の支払日数
こども医療特約	不慮の事故による通院(入院有無を問わない) 支払限度日数:1回の不慮の事故につき90日分	1回の事故に対する通院の支払日数
ガン治療通院給付特約(無解約返戻金型)	ガンと診断確定され、ガンの治療を目的とした通院(入院有無を問わない)	1回の支払対象期間(5年)に対する通院の支払日数

<ご通院に関する報告>

被保険者 (傷病者名)	フリガナ	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
通院の原因となった傷病名				
通院治療期間	(開始) 年 月 日 ~ (終了) 年 月 日			
現在の状況	年 月 日現在 通院中通院終了			
通院された医療機関	病院名 (科) 電話: - -			

<ご通院日に関する報告>

今回ご請求の通院日を月ごとにご記入ください。治療を目的とした通院日に○印をつけてください。

通院年月	治療を目的とした通院日	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
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
※ご報告いただいた通院日の「領収証」（コピー）を必ずご提出ください。		合計日数 日



「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。

XXXX年 X月 X日

1 報告者

生保 太郎

様



2 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も構いません。)

受傷者	氏名	生保 太郎	男・女	生年月日	XXXX年 1月 1日
	職業	※できるだけ具体的に記入ください IT関係 営業			
受傷された日時	日時	XXXX年 9月 10日	午前	☒ 午後	10時 15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			
受傷した場所の状況	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。			
	おおよび状況	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 ☒ 運転中	2 ☐ 同乗中	8 傷ま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 ☐ 自転車	4 ☐ 歩行者	
	5 その他 ()		
免許証	☒ あり	☐ なし	
免許証番号(印)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		
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。

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 3 自転車 5 その他 ()	2 同乗中 4 歩行者	受傷された時の状況図または現場見取図 相手の車 で図示してください 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		

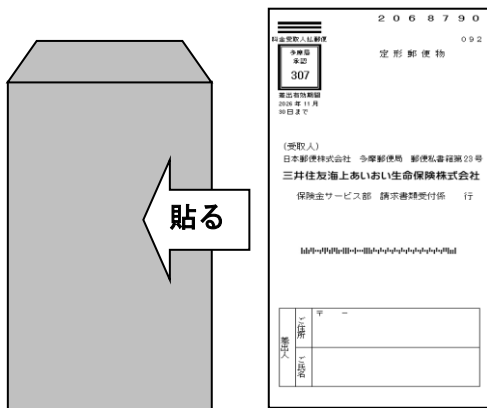
(※) 免許証番号は、受傷者の方が運転中の交通事故の場合のみご記入ください。

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。

【長形3号 封筒用】

✂ (キリトリ)

2068790	092
料金受取人払郵便	定形郵便物
多摩局 承認 307	
差出有効期間 2026年11月 30日まで	

(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



差出人	住所	〒	—
	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			