

「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 など	・下記のいずれかに該当する場合、続柄記載のある戸籍謄本、住民票をご提出ください。 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。 ・両者の姓および住所が同一の場合は、両者のマイナンバーカード（表面のみ）のコピーの提出でも可です。 ・両者の各種健康保険の資格確認書のコピーでも代用いただけます。
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。

以下の場合には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

以下の場合には、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



- 必ずご請求者様で自身でご記入・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、必ず請求者様で本人様が署名、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ケタで記入ください。※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 1 ××年 ×月 ×日

買主もしくは買主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 0 0 1 2 3 4 5 6 7

被保険者 フリガナ セイホ タロウ
(傷病を負った方) 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 東京都千代田区神田〇丁目〇〇 電話 (03) 1234 - 5678 携帯電話 (090) 1234 - 5678

請求者 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 様 ()

<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、こ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。]

口座名義人		カタカナで記入ください 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	〇〇ギンコウ ××シデン															
	銀行	〇〇 (銀行) 労働 信金 農協 信組															
	支店	本店 (支店) 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		通帳記号	再発行番号 (※2)		通帳番号										

※1 ゆうちょ銀行へのお支払は、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	印	本店受付日
コード	課支社名	受付日	年	月	日	印

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

生年月日

年 月 日

性別

男・女

請求印
同意印

<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 ()

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○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				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)																													
初診の経緯	(有)(無) 前医・紹介医での悪性新生物の診断確定		(有)(無) 有の場合	検査名	病理組織学的検査	細胞学的検査																												
初診日	年 月 日		診断名		診断確定日(年 月 日)																													
(年 月 頃) 症状を自覚し受診		(年 月 頃) 健康診断等の指摘により受診		(前医からの受診)																														
(主訴なし(健康診断・人間ドック目的)		(その他(																																
(入院治療期間)		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																												
1 回目 年 月 日 ~ 年 月 日		(左)(右)(両側) (R)(L) -		年 月 日																														
(退院)・(現在入院中)・(転入院)・(転科)・(死亡退院)		(左)(右)(両側) (R)(L) -		年 月 日																														
2 回目 年 月 日 ~ 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)		種類		内容																														
年 月 日 ~ 年 月 日		1. 開頭 2. 穿頭 3. 開胸 4. 胸腔鏡 5. 開腹 6. 腹腔鏡		↑ 左記より 選択のうえ ご記入くだ さい。																														
(うち治療実日数 日)		7. ファイバースコープまたはカテーテル 8. 経皮的																																
(固定具使用期間)(部位:)		9. 経尿道的 10. 経腔的 11. レーザー																																
年 月 日 ~ 年 月 日		12. その他 ()																																
(使用固定具)		内容																																
(ギプス)・(シーネ)・(その他) ()		〈筋骨関係手術の場合〉ア. 観血 イ. 非観血																																
		〈骨切除〉ウ. 有 エ. 無																																
		〈筋・腱・韧带への処置〉オ. 伴う カ. 伴わない																																
		〈植皮術の場合、植皮面積〉キ. 25 cm ² 以上 ク. 25 cm ² 未満																																
		〈手指・足指の手術の場合、MP関節を含めて中極側にケ. 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																																
		目的																																
(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)		・ 診断確定日 年 月 日																																
(無)・(有) 年 月 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) (無)・(有)		・ がんの種類 (上皮内がんまたは非浸潤癌)・(それ以外のがん)																																
(後遺障害残存見込) (無)・(有)		・ 最終病理組織診断名 (																																
【内容:]		・ (p) TNM分類 T (-) N () M ()																																
		・ 大腸の場合、組織学的浸達度 (M) ・ (SM) 以深																																
		・ 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)																																
		・ 子宮頸部の場合 (CIN2)・(CIN3)・(CIS)・(それ以外)																																
		・ 食道癌 (T1a) の場合 (EP)・(LPM)・(MM)																																
		・ 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																												
	部位	区分	M	-																														
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・座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
既往症・持病	(有)・(無)	傷病名	医療機関名		治療期間 年 月 ~ 年 月 頃迄																													
請求意志能力	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われますか?				(理解できる)・(理解できない)・(不明)																													
上記のとおり証明(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																																		

(お願い) 一、訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印願います。

二、原本の複写またはコピーの場合はそれぞれに捺印願います。

三、内容については後日照会させていただきますことがございます。

お願い：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-A19-202412

三井住友海上あいおい生命
HP 2024.12

「入院・通院・手術状況報告書」記入例



- 必ずご請求者様で自身でご記入・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 初診日

今回のご傷病で最初に受診した日をご記入ください。

2 終診日

今回のご傷病で最後に受診した日をご記入ください。

3 症状・検査・治療内容等

入院・手術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。

4 入院期間

今回のご請求いただく入院についての入院日と退院日をご記入ください。

5 手術日

手術を受けられた日をご記入ください。

6 正式手術名

診療明細書をご確認のうえ、正式な手術名をご記入ください。

7 医療機関

入院・手術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・通院・手術状況報告書	
<ご記入上の注意>			
●請求者様でご記入ください。(医師の証明は不要です。) ●一定の条件を満たされると「入院・手術等証明書(診断書)」を省略することができます。 ●この「入院・通院・手術状況報告書」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)		
通院	領収証(通院日の記載があるもの)		
* 通院保険金を補償する契約にご加入されていない場合、通院領収書および申告欄への記入は不要です。			
* 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、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。			
* 傷病名・手術名、その他の確認のため、ご請求の内容によっては、「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・通院に関する報告> 今回のご請求分をご記入ください。			
フリガナ セイホ タロウ		2 被保険者の性別・生年月日	
1 被保険者(傷病者名)	生保 太郎	男	大正 昭和 平成 令和 〇〇 年 × 月 △△ 日
3 傷病名	大腸ポリープ		
4 症状・検査・治療内容等	3 一か月前の検診で見つかった		
5 治療	1 初診 ×× 年 3 月 3 日	2 終診 ×× 年 4 月 8 日	(現在 加療中 治療 中止)
6 入院期間	1 ×× 年 4 月 7 日 ~ ×× 年 4 月 8 日	2 退院 転院	
7 手術	1 手術日 ×× 年 4 月 7 日	2 正式手術名 内視鏡的大腸ポリープ・結核切除術	
8 通院日	実際に通院して治療を受けた日に○印をつけてください。		
9 合計	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		
10 次回通院日	ギブス固定 有・無 固定具名:		
11 医療機関	7 病院名 ○○○病院 診療科: 内科 電話番号 ○〇 - ○〇〇〇 - ○〇〇〇		



<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。）
- 一定の条件をみたされますと「入院・手術等証明書（診断書）」を省略することができます。
- この「入院・通院・手術状況報告書」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）
通院	領収証（通院日の記載があるもの）

* 通院保険金を補償する契約にご加入されてない場合、通院領収書および申告欄への記入は不要です。

* 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、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。

* 傷病名・手術名、その他の確認のため、ご請求の内容によっては、「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・通院に関する報告> 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 傷病名					
4 症状・検査 治療内容等					
5 治療期間	初診 年 月 日 ~ 終診 年 月 日 (現在 加療中・治癒・中止)				
6 入院期間	1回目	年 月 日 ~ 年 月 日 (退院・転院)			
	2回目	年 月 日 ~ 年 月 日 (退院・転院)			
7 手術		手術日	正式手術名		
	1回目	年 月 日			
	2回目	年 月 日			
8 通院 日	年 月	実際に通院して治療をうけた日に○印をつけてください。			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
(上記以外に通院がありましたらご記入ください。)					ギプス固定 有・無 固定具名 :
次回通院日 :					
9 医療機関	病院名				
	診療科 :	科	電話番号	-	-



「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。

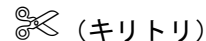
(就業中の事故の場合は、ご勤務先の会社・団体が報告者となっても、結構です。)

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 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				

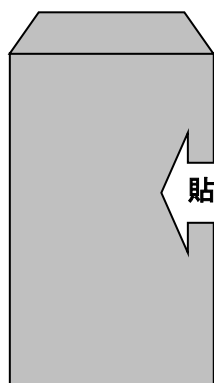
(※) 免許証番号は、受傷者の方が運転中の交通事故の場合のみご記入ください。

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。



<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。



1 0 4 8 7 8 2	
2 7 4	
料金受取人払郵便	定形郵便物
9440	
差出有効期間 2027年4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	
〒104-8782	
ご住所	〒
ご氏名	氏名

- 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



差出有効期間
2027 年 4 月
30 日まで

1 0 4 8 7 8 2

2 7 4

定形郵便物

(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	氏名

【角形 2 号 封筒用（定形外郵便物用）】

＜ご使用方法＞

- ⑦ 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）。
- ⑧ 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。
- ⑨ 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。
- ⑩ 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。
- ⑪ 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＞
定形外郵便物（封書）

- ・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。



1 0 4 8 7 8 2

定形外郵便物

(受取人)

日本郵便株式会社 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

一	
二	
住所	氏名
差出人	