

傷害総合保険 保険金請求書 兼 同意書

 部位・症状別 / 法人用
 治療費あり

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 年 月 日

- 貴社との保険契約に基づき、関係書類を添付のうえ保険金を請求します。
- 貴社が本保険金請求に関する私（保険契約者、被保険者または補償対象者）の個人情報を、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、個人情報を別紙「個人情報の取扱いについて」のとおり取得、利用、提供することに同意します。

1 契約者/おケガをされた方

● 契約者にてご記入・押印してください。 ※法人の場合は法人名にてご記入・押印してください。	
〒 - 都道 市郡 府県 区 ご住所	ご連絡先 - -
お名前	印 担当者名
● おケガをされた方ご本人がご記入・押印してください。	
〒 - 都道 市郡 府県 区 ご住所	ご連絡先 - -
お名前	<input checked="" type="checkbox"/> 私（おケガなどをされた方またはその遺族）は、保険契約内容について理解するとともに、保険金支払額ならびに支払先について了知しています。 印 生年月日 年 月 日

2 請求される保険

● 弊社のご契約についてご記入ください。

証券番号を ご記入 ください ①	複数のご契約が ありましたら ご記入ください ②	③
------------------------	--------------------------------	---

3 他社のご契約

● ご請求可能な他の保険契約などがありましたらご記入ください。

保険会社などの名称	保険の種類	証券番号	保険金請求の有無	連絡先
			あり なし	- -

4 保険金支払先

● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ご希望の支払先を ✓してください	<input type="checkbox"/> 保険料振替口座 <input type="checkbox"/> 以下の口座	保険料振替口座以外をご指定される場合は、 以下の口座欄にご記入ください。
銀行 JA 信用金庫 信用組合 支店	ゆうちょ銀行	
店番号 口座番号	記号 番号	
普通・総合 当座	1 0	
□座名義（カタカナ） 左づめでご記入ください		

● 次項(5番以降)も忘れずにご記入ください。

次項へ続く



4SP-3E1

 代理店
 受付日

年 月 日

 保険会社
 受付日

--

5 事故の状況

いつ起こりましたか	20	年	月	日	<input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時頃
どこで起こりましたか	<input type="radio"/> 自宅 / 自宅以外の場合はご記入ください。▶					都 道 府 県
どのようにして起こりましたか	<input type="radio"/> 転倒 <input type="radio"/> やけど <input type="radio"/> 熱中症 それ以外の場合は具体的な状況をご記入ください。					
自動車、原動機付自転車運転中の事故の場合	事故時点で有効な運転免許証の有無					<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし

6 おケガなどの内容

おケガの名前	部位	症状				
①	<input type="radio"/> 頭 <input type="radio"/> 顔 <input type="radio"/> 眼 <input type="radio"/> 歯 <input type="radio"/> 首 <input type="radio"/> 腹部・胸部 <input type="radio"/> 背部・腰部・臀部 <input type="radio"/> 腕(肩・手) <input type="radio"/> 足 <input type="radio"/> 手指 <input type="radio"/> 足指 <input type="radio"/> その他()	<input type="radio"/> 打撲・捻挫 <input type="radio"/> 挫創・切創 <input type="radio"/> 筋等の部分断裂(不全断裂) <input type="radio"/> 筋等の断裂(完全断裂) <input type="radio"/> 骨折・脱臼 <input type="radio"/> やけど <input type="radio"/> その他()				
②	<input type="radio"/> 頭 <input type="radio"/> 顔 <input type="radio"/> 眼 <input type="radio"/> 歯 <input type="radio"/> 首 <input type="radio"/> 腹部・胸部 <input type="radio"/> 背部・腰部・臀部 <input type="radio"/> 腕(肩・手) <input type="radio"/> 足 <input type="radio"/> 手指 <input type="radio"/> 足指 <input type="radio"/> その他()	<input type="radio"/> 打撲・捻挫 <input type="radio"/> 挫創・切創 <input type="radio"/> 筋等の部分断裂(不全断裂) <input type="radio"/> 筋等の断裂(完全断裂) <input type="radio"/> 骨折・脱臼 <input type="radio"/> やけど <input type="radio"/> その他()				
③	<input type="radio"/> 頭 <input type="radio"/> 顔 <input type="radio"/> 眼 <input type="radio"/> 歯 <input type="radio"/> 首 <input type="radio"/> 腹部・胸部 <input type="radio"/> 背部・腰部・臀部 <input type="radio"/> 腕(肩・手) <input type="radio"/> 足 <input type="radio"/> 手指 <input type="radio"/> 足指 <input type="radio"/> その他()	<input type="radio"/> 打撲・捻挫 <input type="radio"/> 挫創・切創 <input type="radio"/> 筋等の部分断裂(不全断裂) <input type="radio"/> 筋等の断裂(完全断裂) <input type="radio"/> 骨折・脱臼 <input type="radio"/> やけど <input type="radio"/> その他()				
入院	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ▶ 20 年 月 日から 20 年 月 日まで					
通院	・ 通院1日以上で、基本保険金をご請求いただけます。 ・ 通院5日以上で、基本保険金に加えて、部位症状別保険金をご請求いただけます。 ・ 通院日を5日分ご記入ください。6日以上通院について記入は不要です。					
	通院1日目	通院2日目	通院3日目	通院4日目	通院5日目	
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
	●現在の治療について		<input type="radio"/> 治療中	<input type="radio"/> 治療終了		
固定	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ▶ 20 年 月 日から 20 年 月 日まで					
	固定具	<input type="radio"/> ギプス <input type="radio"/> シーネ <input type="radio"/> コルセット <input type="radio"/> その他()				
	固定部位	<input type="radio"/> 肘 <input type="radio"/> 手首 <input type="radio"/> 手指 <input type="radio"/> 膝 <input type="radio"/> 足首 <input type="radio"/> 足指 <input type="radio"/> 腰 <input type="radio"/> その他()				
医療機関名	Tel (- -)					
	Tel (- -)					
	Tel (- -)					

7 治療費などのご負担

<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ▶	本件の治療費(初診～請求日時点まで)の合計金額をご記入ください。(※診断書料を除く)			円
※通院時の交通費はお支払い対象外のため、ご記入不要です。				
	電車・バス・タクシー代などの合計金額	自家用車利用の場合		
入退院時交通費	円	延べ走行距離	km	有料道路利用代 円
転院時交通費	円	延べ走行距離	km	有料道路利用代 円