

お願い 本用紙はコピーしてご利用ください。

本用紙について記入不備がなければ保険会社よりご連絡はいたしません

# 傷害保険金請求書

請求日

平成 年 月 日

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 御中

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また下記「個人情報の取扱いに関する事項」のとおり、損保ジャパン日本興亜の本保険金請求に関する個人の取扱いに同意し、保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。

## (1) 保険金請求者

住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL ( )	フリガナ	氏名	フリガナ	印
	フリガナ				

保険契約上の保険金請求者は、原則としてケガをされた方(未成年の場合は親権者)です。

## (2) ケガをされた方

氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女	年齢	歳
----	------	----	-------	----	---

## (3) 保険金振込先 (誤りを訂正する際は必ず訂正箇所請求印と同じ印鑑をご捺印ください。)

座名義 預金口座欄とも記入ください。

座名義 (カタカナ)	座名義	住所	住所	〒	TEL ( )								
			住所	〒	TEL ( )								
預金口座	銀行	信託銀行	信金	信組	商工中金	労金	農協	本店	支店	出張所	座種類	店番	座番号
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	座種類	店番	座番号							

## (4) 委任

※保育園が保険金請求をするときは、下記にご署名・捺印下さい。

住所 〒

を代理人(保険金請求者と同一)と定め、上記に表示する事故に関する傷害保険金の請求及び受領に関する一切のことを委任します。

また下記の「個人情報の取扱いに関する事項」の通り同意します。

委任者(親権者) 氏名 印

## (5) 他の保険契約

無 有 (内容をご記入ください。)

保険会社	保険種目	証券番号

## (6) 運転免許証

自動車、自動二輪車、原付自転車を運転中の事故でケガをされた場合は、次の事項をご記入ください。

運転免許証番号 号

免許種類

有効期限 年 月 日まで有効

## (7) 証券番号

加入者番号 ( )

事故内容	事故日	平成 年 月 日	午前 午後	時 分
	事故地	都道府県	市区郡	区町村
	事故状況	事故通知書のとおり 下記のとおりに		

## (9) 事故証明\*

左記事故は、当園に所属している児童または職員がケガを負ったものであり、保育園の管理下及び通園・通勤往復路上で発生した事故内容に相違ないことを証明します。

住所 〒       平成 年 月 日

園名

代表者氏名 印

\*上記(9)は、事故通知書にて証明済の場合記入不要です。

\*通園途中の場合は通園経路の略図を、また交通事故の場合は、自動車安全センターの「交通事故証明書」を添付して下さい。

\*参加していた事業内容が「地域活動事業等」の場合、事故証明欄は次のとおり読み替えます。  
「左記事故は、当園主催の行事参加者が当該行事参加中(行事参加のための往復途中を含みます)に発生した事故内容に相違ないことを証明します。」

## 個人情報の取扱いに関する事項

損保ジャパン日本興亜は、本保険金請求に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うために利用するほか、下記①から④まで、その他業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。

① 損保ジャパン日本興亜が、上記業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。 ② 損保ジャパン日本興亜が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。 ③ 損保ジャパン日本興亜が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。 )があること。 ④ 損保ジャパン日本興亜が、グループ企業や提携先企業に提供を行い、その企業が取り扱う商品等の案内または提供を行うことがあること。

なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、保険業法施行規則により限定された目的以外の目的に利用しません。

損保ジャパン日本興亜の個人情報保護宣言、グループ企業や提携先企業、等については損保ジャパン日本興亜公式ウェブサイト(<http://www.sink.co.jp/>)をご覧ください。後記の窓口までお問い合わせ願います。

お問い合わせ窓口: 損保ジャパン日本興亜 カスタマーセンター  
電話番号 0120-888-089 受付時間 平日 午前9時～午後8時 土日祝日 午前9時～午後5時(12月31日～1月3日は休業)

代理店記入欄	受領日	20 年 月 日	受領者
--------	-----	----------	-----

# 治療状況申告書兼同意書

申告書は、保険金お支払額が10万円以下の場合、診断書の代わりとしてご利用いただくものです。申告書の記載内容により、あらためて診断書のご提出をお願いする場合があります。

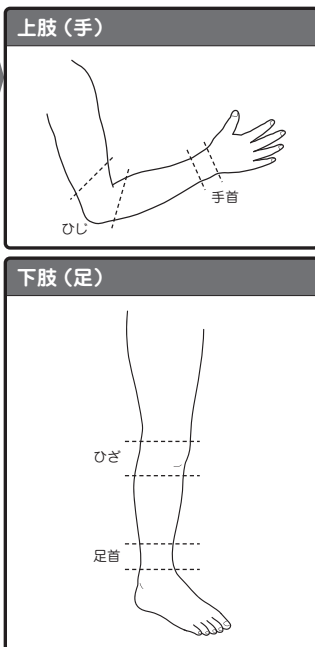
医療機関 以下にご記入いただくか、または診察券や領収書のコピー（一枚で可）を同封してください。

医療機関名	電話番号	( )	利用保険	健保	国保	労災	自費	その他 ( )
-------	------	-----	------	----	----	----	----	---------

おケガ・治療の内容 必要に応じて医療機関にご確認のうえ、ご記入ください。

部位	頭・顔・首・肩・胸・背・腹・腰 腕 脚 その他 手指・足指 ( )	※実際に通院治療を受けた日に○印をつけてください。複数の医療機関に通われた場合は○・△等で、印を分けてご記入ください。	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 / 計	月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 / 日
症状	骨折 脱臼 捻挫 切傷 打撲 火傷 腱断裂 しん帯 損傷 その他 ( )		
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 / 計	月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 / 日
傷病名			
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 / 計	月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 / 日
入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日		
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 / 計	月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 / 日
通院治療	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち実際に通院した日数 日)		
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 / 計	月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 / 日
手術	なし あり → ※正式な手術名をご記入ください 手術名	手術日 年 月 日	
		合計 日	
ギプス等の固定具使用	固定具を常時装着(※1)した期間	手首または足首を含む固定	固定具の種類(※2)
	A 年 月 日から 年 月 日まで	なし あり	ギプス 副木・シーネ 硬性コルセット(※3) ギプスシャーレ その他 ( )
	B 年 月 日から 年 月 日まで	なし あり	ギプス 副木・シーネ 硬性コルセット(※3) ギプスシャーレ その他 ( )
	※1 常時装着には、「入浴中のみ取り外す」、「就寝時のみ取り外す」、「入浴時および就寝時のみ取り外す」の状態を含みます。 ※2 固定具の種類については、下図(参考)固定具の種類をご確認ください。 ※3 布製のコルセット(軟性コルセット)は含みません。		
最終治療日	年 月 日 <今後の治療予定> なし あり	後遺障害 残存見込	なし あり 不明 → 内容 ※あり・不明の場合、内容をご記入ください

## ギプス等の固定具を使用されているお客さまへ



上肢(手)または下肢(足)を固定されている場合、固定部位を斜線等でぬりつぶしてください。  
・関節部分(手首・ひじ・足首・ひざ)がわかるように点線を表示していますので、ぬりつぶしの目安としてください。

(参考)固定具の種類

<b>ギプス(足)</b> ※一般的に「石膏ギプス」と言われるもの 	<b>ギプスシャーレ(足)</b> ※ギプス包帯を半分にカットし、包帯等で固定したものの 	<b>長下肢装具(足)</b> ※大腿部から足底に及ぶ固定のこと 	<b>ギプス</b> ※一般的に「石膏ギプス」と言われるもの 
			<b>ギプスシャーレ(腕)</b> ※ギプス包帯を半分にカットし、包帯等で固定したものの 
<b>硬性コルセット</b> ※プラスチックや金属製の硬いコルセット 	<b>クラビクルバンド</b> ※鎖骨骨折の場合に用いられる固定具 	<b>フィラデルフィアカラー</b> ※あご受けがついており、内側はスポンジ製で頸椎の屈曲、伸展を制限する固定具 	<b>副木(腕)</b> ※副木をあてて、包帯等で固定したものの 
			<b>シーネ(腕)</b> ※副子(シーネ)と呼ばれる固定具をあて、包帯等で固定するもの 

## 同意書 主治医殿

患者氏名

男 女 (生年月日 明 大 昭 平 年 月 日)

損害保険ジャパン日本興亜株式会社または本書を所持する同社委嘱の者が、上記患者の症状、治療内容、病歴等について照会し、必要により治療・検査記録、画像診断のフィルム(コピー)、診断書等を受領することに同意します。  
なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。

平成 年 月 日 (同意者)患者との関係: 本人・配偶者・親族 ( )

住所 氏名

ケガをされた方が未成年のときは、親権者にご署名・捺印ください。

内容をご確認いただき、必ずご記入ください。