

記入例

市民活動保険金請求書 兼 医療照会同意書 (傷害事故用) 入・通院状況申告書

ニューインディア保険会社 御中

請求日 20 05 年 4 月 20 日

- ◆ 下記の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求しますので、下記支払い指図のとおりお支払い下さい。
- ◆ 貴社または貴社が指名する者が医療機関等関係者に対し被保険者の検査・治療に関する照会を行い、回答を得ることに同意します。

(個人情報の利用目的)

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間の確認を含みます）、保険金のお支払いを行うために利用させていただきます。

保険金請求者

住所 〒 000-0000 TEL 000(000)0000
フリガナ トウキョウト アキタシ
東京都町田市〇〇-1-5

氏名 フリガナ ヤマタ タロウ 山田太郎 男・女(21)才
親権者(未成年者の場合)

契約者名	証券番号	加入者番号
1		
2		
3		

押印をお忘れなく

被保険者本人との関係 ①本人 ②配偶者 ③親族

(注) 保険金請求者は原則として被保険者(おケガをされた方)ご本人です。(この場合は下記の被保険者欄のご記入は不要です。)

※今回の事故で保険金を請求できる他の保険契約の有無をご記入下さい。

有	会社名	証券番号
無		

被保険者(おケガをされた方)

住所 〒 - TEL ()

氏名 フリガナ 男・女()才

左記事故内容に相違ないことを証明します。

20 05 年 4 月 12 日

押印をお忘れなく

運転免許 番号 有効年月

※おケガをされた方が自動車・原付を運転されていた場合のみご記入下さい。

事故証明

責任者氏名 佐藤 正

住所 〒 000-0000 東京都町田市〇〇〇

TEL 000(000)0000

署 20 年 月 日

できるだけ具体的に記入して下さい。

事故内容

事故日時 20 05 年 4 月 10 日 午前・午後 2 時頃

事故場所 東京 都 府 町 田 市 区 町 村

事故状況 市民野球大会にて、キャッチボールの練習中ボールが指に当たり負傷した

※保険金額の支給額が10万円を超える場合は、別紙診断書を添付下さい。

治療状況 (この欄をご記入いただく場合は)	ケガをした身体の部位	ケガの状態	治療内容	通院日数記入欄 (下記のカレンダーで実際に通院治療を受けた日に○印をつけて下さい。)																														
				月	日	計																												
ケガの状態	頭・顔・首・胸・背・腰・腕・足・その他 ()	骨折・脱臼・打撲・捻挫・すり傷・切傷・火傷・その他 ()		4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	3	日											
治療内容				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計		日												
固定具(歩行補助具)使用の場合	使用期間 () 日間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	使用固定具(歩行補助具) その他 ギプス・副子・松葉杖・一本杖 ()		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計		日												
入院期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日まで 日間			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計		日												
通院期間	20 05 年 4 月 10 日 ~ 20 05 年 4 月 16 日まで 6 日間			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計		日												
手術名		実施日 20 年 月 日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計		日												
休業期間 休業期間	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日まで 日間			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計		日												
診療券または薬袋(コピーでも可)を必ず添付して下さい。				20 05 年 4 月 15 日	治	療	見	込	転	院	中	止																						
病院名	△△病院	所在地	東京都千代田区丸の内〇-〇	外科	整形外科	脳外科																												
担当医師名	〇〇〇〇	TEL	03-0000-0000	その他	()																													

保険会社使用欄 (保険金算出計算式)

保険金支払先

銀行・信用組合 支所

普通・総合 店番 〇〇〇-口座番号 △△△△△△△△

当座・貯蓄

郵便局 通帳記号 1 0 通帳記号 1 (通帳記号も必ずご記入下さい)

口座名義 カタカナでご記入下さい ヤマタ タロウ

市町村受付印 保険会社受付印