

# 保険金・給付金等支払(兼保険料払込免除)請求書

イオン・アリアンツ生命保険株式会社 御中

貴社の普通保険約款にしたがい、下記保険契約につき保険金・給付金等(兼保険料払込免除)の支払いを請求します。なお、指定口座への着金をもって保険金・給付金等を受領したものと認めます。

また、貴社が当書面に記載された情報を、別紙に記載の「お客さまの個人情報の取扱いについて」の範囲内で利用・提供することに同意します。

貴社が本件に関し事実確認を行うこと、および病院・医師が貴社またはその指名する者に、すべての疾病、傷病の記録を提供することに同意いたします。なお、本書の複写も本書と同様の効力があることを了承いたします。

|                                     |          |     |   |
|-------------------------------------|----------|-----|---|
| 証券番号                                |          |     |   |
| 請求人<br>(自署)                         | フリガナ     |     | 様 |
|                                     | (姓)      | (名) |   |
| 請求人住所<br>(返信用宛先)                    | 〒        | —   |   |
|                                     | 都道<br>府県 |     |   |
| 電話番号 ( )-( )-( ) 日中ご連絡先 ( )-( )-( ) |          |     |   |

\*訂正は、訂正箇所を二重線で抹消のうえサインで訂正ください。

## 受取口座

必ず受取人様ご本人名義の口座をご指定ください。

|                            |      |                              |        |
|----------------------------|------|------------------------------|--------|
| 金融機関名                      |      | 支店名                          |        |
| <div>銀行 信金<br/>信組 農協</div> |      | <div>本店<br/>支店<br/>出張所</div> |        |
| 預金種目                       | 口座番号 | 口座名義人(カタカナでご記入ください)          |        |
| <div>普通 当座 貯蓄</div>        |      | (セイ)                         | (メイ) 様 |

代筆をされた場合、こちらをご記入ください。

|      |         |                              |
|------|---------|------------------------------|
| フリガナ |         |                              |
| 代筆者  | 自署      |                              |
|      | 受取人との続柄 | <div>配偶者 子 親 その他</div> ➡ ( ) |

請求権者様が未成年・被後見人・被代理人等の場合のみご記入ください。

|                           |      |              |                |
|---------------------------|------|--------------|----------------|
| 親権者<br>後見人<br>代理人<br>(自署) | フリガナ | 請求権者<br>との関係 | <div>親権者</div> |
|                           |      |              | <div>後見人</div> |
|                           |      |              | <div>代理人</div> |
|                           |      |              |                |

## 保険会社使用欄

|    |    |    |    |
|----|----|----|----|
| 受付 | 確認 | 承認 | 備考 |
|    |    |    |    |

保険金・給付金等支払(兼保険料払込免除)請求書の記入例および記入要領

ご記入にあたっては、以下の記入例をお読みのうえ楷書、黒か青の消えないペンでご記入ください。

保険金・給付金等支払(兼保険料払込免除)請求書

イオン・アリアンツ生命保険株式会社 御中

貴社の普通保険約款にしたいが、下記保険契約につき保険金・給付金等(兼保険料払込免除)の支払いを請求します。なお、指定口座への着金をもって保険金・給付金等を受領したものと認めます。  
また、貴社が当書面に記載された情報を、別紙に記載の「お客さまの個人情報の取扱いについて」の範囲内で利用・提供することに同意します。  
貴社が本件に関し事実確認を行うこと、および病院・医師が貴社またはその指名する者に、すべての疾病、傷病の記録を提供することに同意いたします。なお、本書の複写も本書と同様の効力があることを了承いたします。

|                  |                                                                               |            |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 証券番号             | XXXXXXXXXX                                                                    |            |
| 請求人<br>(自署)      | フリガナ<br>(姓)                                                                   | セイホ<br>(名) |
|                  | 生保 太郎 様                                                                       |            |
| 請求人住所<br>(返信用宛先) | 〒 999-9999                                                                    |            |
|                  | 東京 都 区 1 2 3<br>電話番号 ( 03 )-( 1234 )-( 5678 ) 日中ご連絡先 ( 03 )-( 8765 )-( 4321 ) |            |

受取人様ご自身でご記入ください。

受取人様のご住所をご記入ください。

受取口座  
必ず受取人様ご本人名義の口座をご指定ください。

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| 金融機関名                | 支店名           |
| 〇〇〇〇〇                | ×××××         |
| 預金種目                 | 口座番号          |
| 普通 当座 貯蓄             | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 口座名義人 (カタカナでご記入ください) |               |
| セイ                   | メイ            |
| セイホ                  | タロウ 様         |

必ずご記入ください。  
受取人様ご本人名義の口座をご指定ください。

代筆をされた場合、こちらをご記入ください。

|         |             |
|---------|-------------|
| フリガナ    |             |
| 代筆者     | 自署          |
| 受取人との続柄 | 配偶者 子 親 その他 |

請求権者様が未成年・被後見人・被代理人等の場合のみご記入ください。

|                           |      |                   |
|---------------------------|------|-------------------|
| 親権者<br>後見人<br>代理人<br>(自署) | フリガナ | 請求権者との関係          |
|                           |      | 親権者<br>後見人<br>代理人 |

|         |    |    |    |
|---------|----|----|----|
| 保険会社使用欄 |    |    |    |
| 受付      | 確認 | 承認 | 備考 |
|         |    |    |    |



IIIP-CL003

訂正は、訂正箇所を二重線で抹消のうえサインで訂正ください。

訂正例

千代田区  
東京都渋谷区九段北  
生保

# 個人情報のお取扱いについて

## 【利用目的について】

弊社はお客さまとの取引を安全確実に進め、よりよい商品・各種サービスを提供させていただくため、個人情報を次の目的に利用させていただきます。

- ①保険契約のお引受け
- ②ご契約の維持管理、保険金等のお支払い
- ③関連会社・提携会社を含む各種商品・サービス等のご案内・提供
- ④その他保険契約に関連・付随する業務

## 【機微（センシティブ）情報の利用目的の限定について】

保健医療などに関する機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則第53条の10等にもとづき、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。弊社は、これらの情報を限定されている目的以外では利用しません。

## 【個人情報の開示について】

弊社は、業務遂行上必要な範囲で、個人情報（機微（センシティブ）情報を含みます）を保険契約者・被保険者・受取人・指定代理請求人・家族登録サービス制度で登録した登録ご家族および生命保険募集人に開示することがあります。

## 【再保険における個人情報の取扱いについて】

弊社は、再保険の対象となる保険契約について、再保険会社（外国にある会社を含みます。以下同様です。）が各種保険契約のお引受け、ご継続、維持管理、保険金等のお支払い等に利用するために、保険契約者の個人情報のほか、被保険者の契約内容に関する情報および健康状態に関する情報、保険金受取人・指定代理請求人に関する情報など、業務を遂行するため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。

## 【支払査定時照会制度について】

「支払査定時照会制度」は、保険金等の請求があった場合や、これらに係る保険事故等が発生したと判断される場合に、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（「各生命保険会社等」）が、当社を含む各生命保険会社等に対し、同制度に基づき、一般社団法人生命保険協会を通じ、各生命保険会社等が保有する保険契約等に関する（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の全部または一部を照会した場合には、各生命保険会社等がそれらの照会に応じて情報を提供することがあります。また、これらの情報が各生命保険会社等による保険金等の支払等の判断の参考にされることがあります。

# 事故状況報告書

イオン・アリアンツ生命保険株式会社 御中  
下記のとおり事故状況を報告します。

■黒か青の消えないペンでご記入ください。

訂正箇所は二重線で抹消しサインにて訂正してください。

※同一災害でご請求歴があり、既に当社へご提出済みの場合は、記入不要です。

|     |       |     |     |          |           |        |
|-----|-------|-----|-----|----------|-----------|--------|
| 記入日 | 年 月 日 | 報告者 | 氏 名 | 被保険者との続柄 |           |        |
|     |       |     |     | 1: 本人    | 2: 配偶者    | 3: 子供  |
|     |       |     |     | 4: 父母    | 5: 兄弟姉妹   | 6: 祖父母 |
|     |       |     |     | 7: 孫     | 8: その他( ) |        |

## 1. 必ずご記入ください。

|    |                           |                                                               |                                     |
|----|---------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1  | 受 傷 者<br>(被 保 険 者)<br>氏 名 | 2                                                             | 職 業                                 |
| 3  | 事故発生日時                    | 年 月 日 (午前) (午後)                                               | 時 分頃                                |
| 4  | 事故発生場所                    | (自宅) (道路) (駅) (改札内) (改札外) (工場) (駐車場) (住所)<br>(作業現場) (その他) ( ) |                                     |
| 5  | 事故時の状況                    | (従業中) (通勤中) (非従業中)                                            | 6 救急車出動 (有) (無)                     |
| 7  | 飲酒の有無                     | (有) (無) 年 月 日 時 分頃 ~ 時 分頃<br>(午前) (午後)                        | 種類 量                                |
| 8  | 警察への届出                    | (有) 届 出 警 察 署 名 署<br>(無) 届出をしなかった理由                           |                                     |
| 9  | 目撃者または事故相手方               | (有) 氏 名 受 傷 者 との 関係<br>(無) 住 所                                | (目撃者) (事故相手方) (その他) ( )<br>電話番号 ( ) |
| 10 | 事故状況                      | 事故発生状況<br>※事実を詳細にご記入ください。また、新聞記事等がある場合は併せてご提出ください。<br>事故状況図   |                                     |

## 2. 交通事故の場合はご記入のうえ、「交通事故証明書」(自動車安全運転センター発行)を併せてご提出ください。

|    |        |                                                                                                                                              |
|----|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | 事故時の状況 | (1) 運転中 (2) 同乗中 (3) 歩行中 (4) その他 ( )                                                                                                          |
| 12 | 運転中の場合 | 運 転 車 種<br>(1) 自転車 (2) 大型自動車 (3) 普通自動車 (4) 大型特殊自動車 (5) 自動二輪車<br>(6) 小型特殊自動車 (7) 原動機付自転車(50cc以下) (8) その他 ( )<br>運 転 免 許 証 (有) (停止中) (無) (不携帯) |



# 事故状況報告書の記入例および記入要領

ご記入にあたっては、以下の記入例をお読みのうえ楷書、黒か青の消えないペンでご記入ください。

## 事故状況報告書

イオン・アリアンツ生命保険株式会社 御中  
下記のとおり事故状況を報告します。

■黒か青の消えないペンでご記入ください。  
訂正箇所は二重線で抹消しサインにて訂正してください。

※同一災害でご請求歴があり、既に当社へご提出済みの場合は、記入不要です。

|     |             |     |      |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|-------------|-----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記入日 | 20●●年●●月●●日 | 報告者 | 氏 名  | 被保険者との続柄                                                                                                                                                                                                                                                |
|     |             |     | 生保太郎 | <input checked="" type="radio"/> 1: 本人 <input type="radio"/> 2: 配偶者 <input type="radio"/> 3: 子供<br><input type="radio"/> 4: 父母 <input type="radio"/> 5: 兄弟姉妹 <input type="radio"/> 6: 祖父母<br><input type="radio"/> 7: 孫 <input type="radio"/> 8: その他( ) |

受傷者ご本人様または  
請求者様にご記入くだ  
さい。

1. 必ずご記入ください。

|                     |                                                                                                     |             |                                                  |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------|
| 1 受傷者<br>(被保険者) 氏 名 | 生保太郎                                                                                                | 2 職 業       | 会社員                                              |
| 3 事故発生日時            | 20●●年●●月●●日 (午前/午後) 8 時 15 分頃                                                                       |             |                                                  |
| 4 事故発生場所            | (自宅) (道路) (駅) (改札内) (改札外) (工場) (駐車場) (住所) 東京都千代田区九段北1丁目交差点<br>(作業現場) (その他) ( )                      |             |                                                  |
| 5 事故時の状況            | (従業中) (通勤中) (非従業中)                                                                                  | 6 救急車出動     | (有) (無)                                          |
| 7 飲酒の有無             | (有) (無) 午前/午後 時 分頃 ~ 時 分頃                                                                           | 種類          | 量                                                |
| 8 警察への届出            | (有) 届出警察署名 麹町警察 署<br>(無) 届出をしなかった理由                                                                 |             |                                                  |
| 9 目撃者または<br>事故相手方   | (有) 氏 名 × × × × × ×<br>(無) 住 所 東京都●●区◆◆◆999                                                         | 受傷者<br>との関係 | (目撃者) (事故相手方) (その他) ( )<br>電話番号 01 ( 2345 ) 6789 |
| 10 事故状況             | 事故発生状況<br>※事実を詳細にご記入ください。また、新聞記事等がある場合は併せてご提出ください。<br>交差点を直進走行中、進行方向左側よりの走行車<br>両と衝突した<br>事故状況図<br> |             |                                                  |

該当する箇所は必ずご  
記入ください。

事故の詳細な状況をご  
記入ください。

2. 交通事故の場合はご記入のうえ、「交通事故証明書」(自動車安全運転センター発行)を併せてご提出ください。

|           |                                                                                                      |       |                        |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------|
| 11 事故時の状況 | (1) 運転中 (2) 同乗中 (3) 歩行中 (4) その他( )                                                                   |       |                        |
| 12 運転中の場合 | 運転車種 (1) 自転車 (2) 大型自動車 (3) 普通自動車 (4) 大型特殊自動車 (5) 自動二輪車<br>(6) 小型特殊自動車 (7) 原動機付自転車(50cc以下) (8) その他( ) | 運転免許証 | (有) (停止中)<br>(無) (不携帯) |

交通事故の場合は必ず  
ご記入ください。

IIILP-CL016

訂正は、訂正箇所を二重線で抹消のうえサインで訂正ください。

訂正例

千代田区  
東京都渋谷区○○町  
(生保)

# 入院・手術・通院証明書(診断書)



イオン・アリアンツ生命保険株式会社 御中

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       |                        |               |                    |          |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|--------------------|----------|-------|----------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|---|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                   | 氏名                                                                                                              | カルテ番号 ( )                                                             |                        | 性別 (男/女)      | 生年月日               | 西暦       | 年     | 月                                                                          | 日    |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                   | 傷病                                                                                                              | A                                                                     | 入院・手術・通院等の原因となった傷病名    | ICD-10コード ( ) | 傷病発生年月日            | 西暦       | 年     | 月                                                                          | 日    | 医師推定                     | 患者申告  |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 | B                                                                     | Aの原因となった傷病名または事故内容     | ICD-10コード ( ) | 傷病発生年月日            | 西暦       | 年     | 月                                                                          | 日    | 医師推定                     | 患者申告  |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 | C                                                                     | 合併症(入院中に治療したA、B以外の傷病名) | ICD-10コード ( ) | 傷病発生年月日            | 西暦       | 年     | 月                                                                          | 日    | Cの傷病名による入院の必要性 (有/無)     |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 | D                                                                     | Aの初診日                  | 西暦            | 年                  | 月        | 日     | ～                                                                          | 年    | 月                        | 日     | 終診                                                                                                  | 転院          | 現在加療中 |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       | 傷病名を患者に告知した日           | 西暦            | 年                  | 月        | 日     | 入院を患者に指示した日                                                                | 西暦   | 年                        | 月     | 日                                                                                                   | 手術を患者に指示した日 | 西暦    | 年 |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                   | 治療期間<br>※入院には日帰り入院を含みます。<br>妊娠・分娩・産褥の入院期間は保険診療対象期間をご記入ください。<br>通院は入院原因となった傷病を治療目的とする通院日をご記入ください。ただし、妊産婦健診は除きます。 | 入院                                                                    | ①                      | 西暦            | 年                  | 月        | 日     | ～                                                                          | 年    | 月                        | 日     | <input type="checkbox"/> 入院中 (当科・転科・転院) <input type="checkbox"/> 生存退院 <input type="checkbox"/> 死亡退院 |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       | ②                      | 西暦            | 年                  | 月        | 日     | ～                                                                          | 年    | 月                        | 日     | <input type="checkbox"/> 入院中 (当科・転科・転院) <input type="checkbox"/> 生存退院 <input type="checkbox"/> 死亡退院 |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       | ③                      | 西暦            | 年                  | 月        | 日     | ～                                                                          | 年    | 月                        | 日     | <input type="checkbox"/> 入院中 (当科・転科・転院) <input type="checkbox"/> 生存退院 <input type="checkbox"/> 死亡退院 |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       | 上記以降の入院                |               |                    |          |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       | 通院                     | 西暦            | 年                  | 月        | 日     | ～                                                                          | 年    | 月                        | 日     | (うち実通院日数)                                                                                           | 日           | 合計    |   |
| 手術 ※「輸血料」に算定される「造血幹細胞採取」および「造血幹細胞移植術」も本欄に記入ください。<br>※「種類」には下記1～16の手術種類のうち、該当する番号をご記入ください。<br>↓ 1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術 4. 開心術 5. 胸腔鏡下 6. 縦隔鏡下 7. 開腹術 8. 腹腔鏡下 9. 経尿道的 10. 経腔的 11. レーザー 12. 経皮的<br>13. ファイバースコープ又はカテーテルによる手術 14. ガンマナイフ、サイバーナイフ等 15. 抗癌剤投与目的 16. その他 ( ) |                                                                                                                 |                                                                       |                        |               |                    |          |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                   | 種類                                                                                                              | 手術・処置名                                                                | 部位                     | 手術日           | 診療報酬区分             | 区分番号-項目  | 手術内容  |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 | (子宮・卵巣の場合→ <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 全摘) | 左右両側                   | 西暦            | 年                  | 月        | 日     | K・J (健康保険適用外) -「」 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 | (子宮・卵巣の場合→ <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 全摘) | 左右両側                   | 西暦            | 年                  | 月        | 日     | K・J (健康保険適用外) -「」 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3回目以降の手術がある場合は、種類・手術名・部位・手術日・診療報酬内容、手術内容を記入ください。                                                                |                                                                       |                        |               |                    |          |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       |                        |               |                    |          |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                   | 放射線・温熱療法                                                                                                        | 放射線または温熱療法の名称                                                         |                        |               | 診療報酬区分番号-項目        | 期間       |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       |                        |               | M -「」 J (先進医療/その他) | 開始日      | 西暦    | 年                                                                          | 月    | 日                        |       |                                                                                                     |             |       |   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                   | 先進医療                                                                                                            | 技術名                                                                   |                        |               |                    | 治療実施期間   | 開始日   | 西暦                                                                         | 年    | 月                        | 日     |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 | 技術料                                                                   | 円 うち患者負担額              |               |                    | 円        | 終了日   | 西暦                                                                         | 年    | 月                        | 日     |                                                                                                     |             |       |   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                   | 検査所見                                                                                                            | むち打ち症・腰痛の場合、他覚所見の有無                                                   |                        | (有/無)         | X線                 | 脳波異常     | 筋電図異常 | その他 ( )                                                                    |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                   | 新生物の場合                                                                                                          | 病理組織学的検査                                                              | 病理組織診断名                |               | 診断確定日              | ICD-O3.1 | TNM分類 |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       |                        |               | 西暦                 | 年        | 月     | 日                                                                          | /    | [c・s・p・f] T( ) N( ) M( ) |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       |                        |               | 病名告知               |          | 病名告知日 |                                                                            | 告知病名 |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       |                        |               | 本人 家族              |          | 西暦    |                                                                            | 年    | 月                        | 日     |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                       |                        |               |                    |          |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                   | 前医・紹介医                                                                                                          | (有/無) 医師名                                                             | 医療機関名                  |               |                    | 初診年月日    | 西暦    | 年                                                                          | 月    | 日                        |       |                                                                                                     |             |       |   |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                  | 既往症・持病                                                                                                          | 今まで悪性新生物に罹患したことがありますか                                                 | (有/無)                  | 病名            | 罹患期間または時期          | 医療機関名    |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                 | 悪性新生物以外の既往症がありますか                                                     | (有/無)                  | 病名            | 罹患期間または時期          | 医療機関名    |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                  | 請求意思能力                                                                                                          | 現在、本人には保険金等を請求する意思能力がありますか。                                           |                        |               |                    |          |       |                                                                            |      |                          | (有/無) |                                                                                                     |             |       |   |
| 上記のとおり証明します。                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                 |                                                                       |                        |               |                    |          |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |
| 所在地<br>医療機関名<br>電話番号<br>所属診療科<br>医師名                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                 |                                                                       |                        |               |                    |          |       |                                                                            |      |                          |       |                                                                                                     |             |       |   |

※訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印してください。  
※原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印してください。

会社使用欄