

## 傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

一般・事業者 兼用

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、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認のうえ同意し、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。
- また、貴社の担当者（貴社が委託、依頼した者を含む）が保険金の支払いに必要な範囲で、被保険者が診察または治療したすべての病院、医師および関係者からすべての疾病や傷害の記録を取得することに同意します。なお本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

## 1 契約者

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| 〒 610 - 1131                     | Tel ( 075 - 332 - 0666 ) |
| ご住所 京都府京都市西京区大原野上羽町318           | ご連絡先 日中のご連絡先 ( - - )     |
| フリガナ フクオハラノジノウケンカイ リンチョウ クシキョウイチ | 法人の場合は担当者のお名前をご記入ください    |
| お名前 社会福祉法人大原野児童福祉会<br>理事長 櫛引雄一   | 担当者名 平松恒雄                |

## 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<br>ご記入ください ① | 複数のご契約がありま<br>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    | - - |
|           |       |      | あり なし    | - - |

## 4 おケガなどをされた方

● おケガなどをされた方（未成年の場合は親権者）がご記入、ご署名、ご捺印ください。

|  |  |
|--|--|
| 〒 -  | Tel ( - - )                              |
| ご住所 契約者と同じ   | ご連絡先 日中のご連絡先 ( - - )                     |
| フリガナ おケガなどをされた方  | 職業                                       |
| お名前 親権者、法定代理人またはご遺族等（上が本人ご署名でない場合のみ）   | 生年月日 年 月 日（ 歳）                           |
| 男 女  | 保険契約者<br>との関係 1 本人 2 配偶者 3 子<br>4 その他（ ） |
| <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、<br>保険金支払額ならびに支払先について了知しています。 |  |
| 運転中におケガをされた場合のみ、以下に運転免許証の内容をご記入ください。   |  |
| 交付日 年 月 日  | 免許証番号 第 号                                |
| 有効期限 年 月 日まで有効   | 免許の種類 中型 準中型 普通 普自二 原付<br>大型 その他（ ）      |
| 免許証の色 ゴールド ブルー グリーン  |  |

## 5 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○で囲んでください 以下の口座 保険料振替口座 ▶ 保険料振替口座の場合は、口座欄のご記入は不要です。 |        |
| 銀行 JA 支店  | ゆうちょ銀行 |
| 信用金庫 信用組合   |        |
| 店番号 口座番号  | 記号 番号  |
| 普通・総合 当座  | 1 0    |
| 口座名義（カタカナ）<br>左づめでご記入ください                                   |        |

## 6 以降も漏れなくご記入ください。

次項へ続く

代理店  
受付日

年 月 日

保険会社  
受付日



## 6 おケガなどをされたときの状況

|                |  |   |   |   |    |    |   |    |
|----------------|--|---|---|---|----|----|---|----|
|                | 20   | 年 | 月 | 日 | 午前 | 午後 | 時 | 分頃 |
| いつ起こりましたか      | 業務中 就業中 出退勤途上 出張中 その他 ( )<br>業務外 日常生活中 旅行中 行事参加中 その他 ( )   |   |   |   |    |    |   |    |
| どこで起こりましたか     | ① 「1. 契約者」の住所と同じ ② 以下の場所 ③ 海外 (国名: 都市名: )<br>都道府県 市郡区<br>● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。<br>① 契約者が業務のために所有もしくは使用する施設内 施設または<br>② 契約者が直接業務を行う現場内 ③ その他 ( ) 現場名 |   |   |   |    |    |   |    |
| どのようにして起こりましたか |  |   |   |   |    |    |   |    |

## 7 おケガなどの内容

● 保険金請求額の合計が10万円以下の場合、この申告欄にご記入ください。

|   |   |  |  |     |      |    |
|---|---|--|--|-----|------|----|
| おケガの名前  | 現在の治療について   |  |  | 入院中 | 入院中止 | 治癒 |
| 治療期間 20 年 月 日から 20 年 月 日まで  | 固定具の装着について<br>※ 固定具とは、骨折・脱臼・靱帯損傷などの傷害を被った部位を固定するために「医師の指示により常時装着するギプスなど」を言います |  |  |     |      |    |
| 入院期間 20 年 月 日から 20 年 月 日まで  | 装着した部位 (固定した部位すべて) 肘 手首 膝 足首 手指 足指 その他 ( )                                    |  |  |     |      |    |
| 通院日に○印を付けてください。<br>通院された期間が4か月を超える場合、以降の通院日は入通院申告書(別紙)にご記入ください。<br>各月の「○」印の数をご記入ください。 | 固定具の種類 (名称) ギプス ギプスシャーレ シーン ギプスシーン その他 ( )                                    |  |  |     |      |    |
| ( ) 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 通院                                       | 医師の指示により 20 年 月 日から 常時装着した期間 20 年 月 日まで                                       |  |  |     |      |    |
| ( ) 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日                                      | 手術はなさいましたか いいえ はい   |  |  |     |      |    |
| ( ) 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日                                      | 手術について 手術名  |  |  |     |      |    |
| ( ) 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日                                      | 手術日 年 月 日   |  |  |     |      |    |
| 通院された日数合計 計 日   | 手術コード K J -   |  |  |     |      |    |
| 医療機関名 1. Tel ( - - ) 2. Tel ( - - )   |   |  |  |     |      |    |

- 傷害医療費用を対象とする特約を付保されている場合はご記入ください。
- 治療費・交通費の合計金額が3万円を超える場合は、すべての領収書の写し(コピー)をご提出ください。領収書の原本が不要な方は、原本をご提出いただいても結構です。(3万円以下の場合はご提出不要です。)

## 8 治療費などのご負担

|                      |                    |                       |           |   |
|----------------------|--------------------|-----------------------|-----------|---|
| 治療費のご負担              | なし                 | 1 労災 2 交通事故などで相手方が負担  | 負担された金額   | 円 |
|                      | あり                 | 1 健康保険 2 自費 3 その他 ( ) | (診断書料を除く) |   |
| 入退院時・転院時(通院時を除く)の交通費 | 電車・バス・タクシー代などの合計金額 |                       | 自家車利用の場合  |   |
|                      | 円                  | 延べ走行距離 km             | 有料道路利用代   | 円 |

## 9 おケガをされた方の就業状況など

● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。

|         |   |   |         |                                      |
|---------|---|---|---------|--------------------------------------|
| 所属会社    | 契約者と同じ  |   | 職種      |                                      |
| 契約者との関係 | ① 事業主 役員 社員 パート・アルバイト   | ② 建設業および貨物自動車運送業における下請負人またはその使用人(従業員など) | 通常の勤務状況 | 週あたりの平均労働日数は3日以上、かつ平均労働時間は15時間以上ですか? |
|         | ③ 派遣社員 その他 ( )  | *①②以外の契約(業務委託契約等)に基づき契約者の業務に従事するもの      |         | はい いいえ                               |
| 就業不能期間  | ・今回のおケガにより就業できなかった日がある場合は、以下にその期間と日数をご記入ください。<br>・おケガをされた方の所定の休日(土日など)は就業不能期間に含まれますが、その期間内に就業日がある場合はその日を除いてください。<br>就業できなかった期間 就業できなかった日数 |   |         |                                      |
|         | 20 年 月 日から 20 年 月 日までのうち 1 全ての期間 2 ( )日   |   |         |                                      |

## 10 出退勤の途上及び移動中におケガをされた場合

● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。

|      |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|
| 出発地点 | 出発した時刻 ( : ) 1 自宅 2 会社 3 現場 4 取引先 5 その他 ( )<br>2 ~ 5 の場合、所在地をご記入ください。 都道府県 市郡区 |  |  |  |  |
| 到着地点 | 到着予定時刻 ( : ) 1 自宅 2 会社 3 現場 4 取引先 5 その他 ( )<br>2 ~ 5 の場合、所在地をご記入ください。 都道府県 市郡区 |  |  |  |  |



# 保険金支払に必要な医療情報の提供に関わる同意書

|                  |    |
|------------------|----|
| 対象の医療機関名をご記入ください | 御中 |
|------------------|----|

(同意者→AIG損保→医療機関)

※医療機関ごとに必要な書類であるため、受診先が複数の場合は追加で提出をお願いする場合があります。

|         |             |                         |
|---------|-------------|-------------------------|
| 記入日     | 年 月 日       |                         |
| 同意者     | 住所          |                         |
|         | 氏名          | 印                       |
|         | 対象者(患者)との関係 | 本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他( ) |
| 対象者(患者) | 生年月日        | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日       |
|         | 住所          | 同意者と同じ →ご記入不要です         |
|         | 氏名          | 同意者と同じ →ご記入不要です         |

年 月 日 に発生した事故または疾病について、  
AIG損害保険株式会社の担当者(AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む)が、以下を行う(保険金支払の前・後のいずれの場合も含まれます)ことに同意します。なお、本状の複写も本状と同じ効力があるものと認めます。

- 上記対象者(患者)の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。
- 上記対象者(患者)の以下①②の交付・貸出(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
  - ① 診断書・診療報酬明細書・手術証明書・その他証明書や診療情報資料
  - ② レントゲンフィルムなどの検査資料

## 記入例

❗ 医療機関には提出せず、ご自身でご記入ください。

### ① 対象者(患者)ご本人(※1)が同意者となる場合

|                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| 対象の医療機関名をご記入ください |                                     |
| 〇〇総合病院           | 御中                                  |
| 記入日              | 20XX年 9月 10日                        |
| 同意者              | 住所 東京都墨田区錦糸X-X-201                  |
|                  | 氏名 永合 太郎                            |
|                  | 対象者(患者)との関係 本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他( ) |
| 対象者(患者)          | 生年月日 大正・昭和・平成・令和 XX年 7月 1日          |
|                  | 住所 同意者と同じ →ご記入不要です                  |
|                  | 氏名 同意者と同じ →ご記入不要です                  |

忘れずに押印してください。

※1)対象者(患者)が成年の場合は、原則として対象者(患者)ご本人が「同意」してください。

20XX年 9月 1日 に発生した事故または疾病について、

### ② 対象者(患者)以外の方(※2)が同意者となる場合 (母:永合 花子、子:永合 一郎の場合)

|                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| 対象の医療機関名をご記入ください |                                     |
| 〇〇総合病院           | 御中                                  |
| 記入日              | 20XX年 9月 10日                        |
| 同意者              | 住所 東京都墨田区錦糸X-X-201                  |
|                  | 氏名 永合 花子                            |
|                  | 対象者(患者)との関係 本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他( ) |
| 対象者(患者)          | 生年月日 大正・昭和・平成・令和 XX年 7月 1日          |
|                  | 住所 同意者と同じ →ご記入不要です                  |
|                  | 氏名 同意者と同じ →ご記入不要です<br>永合 一郎         |

忘れずに押印してください。

※2)対象者(患者)が未成年の場合は、親権者の方が同意者となります。  
また、その他事情により対象者(患者)ご本人が同意者になれない場合は、法定代理人または法定相続人の方が同意者となります。

20XX年 9月 1日 に発生した事故または疾病について、

|            |       |             |  |
|------------|-------|-------------|--|
| 代理店<br>受付日 | 年 月 日 | 保険会社<br>受付日 |  |
|------------|-------|-------------|--|





診断書(傷害保険用) ※医療機関へ作成をご依頼ください。

AIG損害保険株式会社 宛

|   |                                   |   |   |     |
|---|-----------------------------------|---|---|-----|
|   |                                   | カルテNO.  |   |     |
| 傷病者   | 住所                                | 1 健 保 3 労 災 5 自 賠 責   |   |     |
|   | 氏名                                | 2 国 保 4 自 費 6 その他( )  |   |     |
|   |                                   | 職 業   |   |     |
| 初診日   | 年 月 日                             | 男・女   | 年 月 日生( 才)  |     |
| 受傷日 年 月 日   |                                   |   |   |     |
| 傷病名および受傷部位・態様                                       |                                   |   |   |     |
| 受傷の原因(傷病者の申告内容を詳細にご記入ください。)                         |                                   |   |   |     |
| 治療期間  | 総期間                               | 年 月 日 ~ 年 月 日   | 転帰  |     |
|   | 入院期間                              | 第1回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日   | 退院 入院中  |     |
|   |                                   | 第2回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日   | 退院 入院中  |     |
|   | 通院期間                              | 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 | 計 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 | 計 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 | 計 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 | 計 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 | 計 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 | 計 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 | 計 日 |
| 就業が全く不可能であると医学的に判断した期間 年 月 日 ~ 年 月 日                |                                   |   |   |     |
| 固定具使用の場合  | 固定部位                              | (手指のみ) (手指から手首を含む) (足指のみ) (足指から足首を含む) (その他( ))  |   |     |
|   | 名称と期間                             | ギプス・ギプスシャーレ   | 常時装着を指示した期間 年 月 日 ~ 年 月 日   |     |
|   |                                   | ギプスシーネ・シーネ  | 常時装着を指示した期間 年 月 日 ~ 年 月 日   |     |
|   |                                   | コルセット(軟・硬)  | 常時装着を指示した期間 年 月 日 ~ 年 月 日   |     |
| その他( )  |                                   | 常時装着を指示した期間 年 月 日 ~ 年 月 日   |   |     |
| 筋・腱・靱帯の場合 ⇒ (完全断裂) (部分断裂)                           |                                   | 残存する後遺障害が有る場合にご記入ください(無し・不明の場合は記入不要です。)<br>後遺障害の内容  |   |     |
| ・初診時の所見および治療中の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過など)             |                                   | 他覚的所見(レントゲン・脳波・筋電図など器質的変化)の有無、検査結果 ※必ずご記入ください   |   |     |
| ・頭部外傷の場合の意識障害: (無) (有)                              |                                   | X 線: (無) (有) ( )  |   |     |
| 有りの場合 ⇒ 経時的変化をご記入ください                               |                                   | C T: (無) (有) ( )  |   |     |
|   |                                   | M R I: (無) (有) ( )  |   |     |
|   |                                   | その他(検査名及びその結果) ( )  |   |     |
| 当該傷病の治療歴 (無) (有) (病院名: )                            |                                   | 治療期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)   |   |     |
| 「今回の傷病に影響を及ぼした」既往症・持病 (無) (有)                       |                                   | 有りの場合、傷病名、医療機関名、治療期間などおわかりになれば記入してください。)  |   |     |
| 傷病名   |                                   | 医療機関名   |   |     |
|   |                                   | 治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃  |   |     |
| 今回の傷病に関して実施した手術<br>(無しの場合は記入不要です<br>有りの場合のみご記入ください) | 手術名<br>(経皮的手術・TAE・ドレナージ・シャント術を含む) | 手術の種類   | 手術日   |     |
|   | K・J( - )                          | 1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術を含む)<br>4.開腹術 5.胸腔鏡・腹腔鏡手術<br>6.ファイバースコープまたはカテーテルによる手術<br>7.その他 右記に該当する場合に○印をご記入ください。 | 年 月 日   |     |
|   | K・J( - )                          | 1.開頭術 2.穿頭術 3.開胸術(開心術を含む)<br>4.開腹術 5.胸腔鏡・腹腔鏡手術<br>6.ファイバースコープまたはカテーテルによる手術<br>7.その他 右記に該当する場合に○印をご記入ください。 | 年 月 日   |     |
| その他   | 先進医療                              | (無) (有) 有りの場合、技術名を記入してください。[ ]  |   |     |

上記の通り診断いたします。

診断書料金(税込)

円

年 月 日 所在地

病院名

電話番号

医師氏名

(印)

代理店  
受付日

年 月 日

保険会社  
受付日



GIAJ16-1B1-202004

451-1B1 M04Y20

---

## 個人情報の取扱いについて

---

弊社は、今回の保険金請求に関する個人情報を次の目的のために利用します。

- (1) 今回のご請求に関わる保険事故の調査および保険金のお支払い
- (2) 保険契約のお引受け、ご継続・維持管理
- (3) 日本におけるAIGグループ会社・提携会社等が取り扱うサービスや各種商品のご案内・提供、ご契約の維持管理
- (4) 弊社業務に関する情報提供および運営管理、商品・サービスの充実
- (5) お客さまとのお取引および業務運営を適切かつ円滑に履行するために行う業務
- (6) その他上記に付随する業務

また、ご本人が同意されている場合のほか、次の場合に外部へ提供する場合があります。

- (1) 利用目的の達成に必要な範囲内において、保険代理店を含む委託先(外国にある事業者を含みます)へ提供する場合
- (2) 保険金の適正および迅速な支払いその他保険契約の履行のために必要な範囲内で、保険事故の関係者(事故当事者、医療機関、事故当事者の関係する保険会社、修理業者等。外国にある事業者を含みます)に提供する場合
- (3) 再保険(再保険以降の出再を含みます)の手続きをする場合(外国にある事業者との間の手続きを含みます。)
- (4) ご本人の保険契約内容を保険業界において設置運営する情報制度に登録する等、保険制度の健全な運営に必要であると考えられる場合
- (5) AIGグループ会社\*と共同利用する場合
- (6) その他法令に根拠がある場合

ただし、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、各種法令に従い、業務の適切な運営の確保およびその他必要と認められる範囲に限定します。また、個人番号(マイナンバー)を含む特定個人情報の利用目的は、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」(番号法)に定められている範囲に限定します。

上記に関わる個人情報の取扱い(プライバシーポリシー)の詳細は、弊社ホームページをご覧ください。

(URL: <https://www.aig.co.jp/sonpo>)

(\*AIGグループ会社との共同利用については、弊社プライバシーポリシーをご覧ください)