

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、被保険者または被保険者)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、個人情報を裏面「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

● 法人の場合は法人名にてご記名、押印してください。

〒 610 - 1131
ご住所 京都府京都市西京区大原野上羽町318

Tel (075 - 332 - 0666)

ご連絡先 日中のご連絡先
(- - -)

フリガナ フカオハラシドウカクシイリツヨウケンジキヨウイ
お名前 社会福祉法人大原野児童福祉会
理事長 櫛引雄一

印

担当者名 平松恒雄

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 ②
ご記入ください

③

2 治療を受けられた方について

※治療を受けられた方の在籍を確認できる書類のご提出をお願いする場合があります。

契約者とのご関係 () 事業主 () 役員 () 社員 () パート・アルバイト () その他 ()

入社年月日

年 月 日

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?
(はい) (いいえ)

3 治療を受けられた方(保険金請求者)

● 治療を受けられた方ご本人がご記名、押印してください。

〒 一
ご住所Tel (- - -)
ご連絡先 日中のご連絡先
(- - -)

フリガナ

お名前

印

生年月日 年 月 日 (歳)

4 入退院時の交通費、室料差額などが補償されるご契約*の場合のみご記入ください

入退院時・転院時(通院時を除く)の交通費
●交通費の合計が3万円を超える場合は、領収書をご提出ください
●先進医療を受けられた場合は通院交通費を含めてご記入ください

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

円 延べ

有料道路

km

利用代 円

室料差額(差額ベッド代・個室代・特別療養環境室料)

希望した

●室料差額が発生する病室の利用を希望された場合は○で囲んでください

他社のご契約

●治療費が支払われる他社のご契約
がある場合は、ご記入ください

会社名

連絡先

証券番号

担当者

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、□座欄のご記入は不要です。

銀行	J A	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・複合) (当座)		1	0
□座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください			



保険金支払に必要な医療情報の提供に関する同意書

対象の医療機関名をご記入ください		(同意者→AIG損害→医療機関)	
御中		※同意書1枚につき1つの医療機関名をご記入ください。受診された医療機関が複数ある場合は、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 (自署)	印	
	対象者(患者) とのご関係	本人 <input type="checkbox"/> 純権者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 法定相続人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	
対象者 (患者)	生年月日	大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	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みます)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)の以下のものの交付・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。
 - ✓ 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料
 - ✓ レントゲンフィルムなどの検査資料
 - ✓ カルテなどの診察記録

記入例

① 医療機関には提出せず、ご自身でご記入ください。

① 医療機関名について

同意書1枚につき1つの医療機関名をご記入ください。受診された医療機関が複数ある場合は、保険金支払担当者から指定された医療機関名をご記入ください。指定がない場合は、最初に受診された医療機関名をご記入ください。

対象の医療機関名をご記入ください			
○○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 (自署)	永合 太郎 <input type="checkbox"/>	
	対象者(患者) とのご関係	本人 <input type="checkbox"/> 純権者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 法定相続人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	
対象者 (患者)	生年月日	大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	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。

③ 年月日について

ケガの場合は受傷日(事故日)を、病気の場合は入院開始日(入院がない場合は手術日)をご記入ください。

20XX年 9月 1日		に発生した事故または疾患について、	
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みます)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。			
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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)の以下のものの交付・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。 <ul style="list-style-type: none"> ✓ 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料 ✓ レントゲンフィルムなどの検査資料 ✓ カルテなどの診察記録 			

② 同意者について

- 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。
- 2) 対象者(患者)が未成年の場合は、親権者の方が「同意」してください。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」してください。



診断書(医療保険用)

※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

1. 氏名	生年月日			男	1.健保	3.労災	5.その他			
	年 月 日生			女	2.国保	4.自費				
2. 傷病名				傷病(受傷)発生年月日						
ア 入院手術の原因となった傷病名	(ICD-10コード)			年 月 日						
イ アの原因	診断日			アの傷病につき 医療が入院治療が必要だと判断した日						
ウ 合併症				年 月 日						
3. 新生物の場合	病理組織診断: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「なし」の場合の確定診断方法: []			<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 浸潤性 <input type="checkbox"/> 非浸潤性 <input type="checkbox"/> 上皮内がん <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 大腿がんの場合: 深度は? <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> cm以深 <input type="checkbox"/> 皮膚がんの場合: 悪性黒色腫ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 子宮等部異形成の場合: <input type="checkbox"/> CIN I <input type="checkbox"/> CIN II <input type="checkbox"/> CIN III						
4. 前医・紹介医	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	医師名			医療機関名					
5. 既往症・持病	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	初診日 年 月 日			所在地					
(有りの場合、病名、医療機関名、治療期間などおわかりにあれば記入してください。)										
病名 医療機関名 治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃										
6. 発病から初診までの経過(いつ頃からどのような症状があったか記入してください。)/初診時の所見および入院中の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)										
7.	初診日 年 月 日	終診日 年 月 日	年 月 日	転帰	治療	・要通院	・要入院	・中止	・転医	
要入院日数(見込)		※実際の入院日数と相違ない場合は、記入は不要です。								
入院期間	第1回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日	退院 年 月 日	入院中							
	第2回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日	退院 年 月 日	入院中							
治療期間	付添 上記入院中、付添が必要と認めた場合はその期間 年 月 日 ~ 年 月 日									
通院期間	※連続日数を記入する場合は、各月を1つずつ記入してください。	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								
固定具使用の場合		使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日	使用固定具 ギブス、ギブスシャーレ、コルセット(硬・軟)、その他()							
傷病を被る直前の業務に就くこと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								
8. 今回の傷病に 関して実施し た手術	手術種類	(1)開腹術 (2)穿頭術 (3)腫瘍術 (4)胸腔鏡下・腋窩鏡下手術 (5)開腹術 (6)腹腔鏡下手術 (7)ファイバースコープまたはカーテールによる手術 (8)絆皮的 (9)經尿道的 (10)經皮的 (11)眼科レーザー (12)ドレナージ (13)その他()								
カテーテル手 術・ドレナージ 等もご記入く ださい。	手術名 (診療報酬点数区分)	手術 部位	目的	手術日	手術種類 (上記番号 を記入)	該当する場合に○印をお付けください。 手掌部・手背部・筋・腱・韌帶 または足底部・足背部に及ぶ 伴う	手掌部・手背部・筋・腱・韌帶 または足底部・足背部に及ぶ 伴う	福皮 面積	口腔手術 の場合、歯骨 を削った	
	① (K・J-)	右 左 両側	治療 生検	年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	25cm ² 以上	側	
	② (K・J-)	右 左 両側	治療 ・ 生検	年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	25cm ² 以上	側	
9. 上記の手術が必要だと医師が判断した日	① 年 月 日	② 年 月 日								
10. 放射線治療・ 温熱療法	部位	診療報酬点数区分	M-	総線量	グレイ ラド					
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
11. 先進医療・ 患者申出療養	先進医療・患者申出療養 (該当する方に○をつけてください。)	技術名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日						

上記の通り診断いたします。 年 月 日

診断書料金(税込)

円

所在地

病院名

電話番号

医師氏名



代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付口



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: <http://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)