

新型コロナウイルス感染症用 保険金請求書 兼 同意書の記入例

! ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

契約者をご記入ください。

- 法人の場合は法人名をご記入ください。社名・代表者名は社判でも結構です。

忘れずに押印してください。

- 弊社からの指定がない限り、認印で結構です。
- 法人の場合は、「代表者印」を押印ください。

治療を受けられたご本人をご記入ください。

- 事情によりご本人が請求できない場合は、法定代理人または法定相続人の方が、ご記入ください。

保険証券をご確認のうえ、今回請求される保険契約の証券番号をご記入ください。

ほかに今回の保険請求が対象となる弊社の保険契約があれば、証券番号をすべてご記入ください。

*対象となる保険契約の例

医療保険、海外旅行保険など

契約者をご記入ください。

法人の代表取締役は「役員」に○印をお願いいたします。

AIG 損保へ返送する書類



新型コロナウイルス感染症用 保険金請求書 兼 同意書

AIG 損害保険株式会社 宛 ご記入日 2021年8月1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、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」とお取り取り、提供することに同意します。

1 契約者・被保険者（治療を受けられた方） ● 被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご記入ください。

<p>ご住所 〒130-XXXX 東京都〇〇区XX町1-2-3</p> <p>フリガナ カブシキカイシャ エイアイ</p> <p>お名前 株式会社 エイアイ</p> <p>被保険者（治療を受けられた方） ご住所 〒130-XXXX 東京都XX区〇〇町3-2-1-101</p> <p>フリガナ エイアイ タロウ</p> <p>お名前 永合 太郎 男 女</p> <p>親権者</p>	<p>ご連絡先 Tel (03 - XXXX - 1234) 日中のご連絡先 (090 - XXXX - 5678)</p> <p>法人の場合は担当者のお名前をご記入ください</p> <p>担当者名 永 合子</p> <p>ご連絡先 Tel (03 - XXXX - 4321) 日中のご連絡先 (090 - XXXX - 8765)</p> <p>生年月日 19XX年 6月 30日 (30歳)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

証券番号をご記入ください ① 123456XXXX 複数のご契約がありましたらご記入ください ② 98765XXXX ③

2 治療を受けられた方について ● ご契約の商品が「業務災害総合保険」・「総合事業者保険」・「グループ傷害保険（準記名式）」の場合にご記入ください。

※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。

契約者との関係 本人 役員 社員 パート/アルバイト その他 ()

入社年月日 2018年 4月 1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 保険金支払先 ● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

● 契約の商品が以下の場合には、**契約者**にてご記入ください。
● グループ傷害保険（法人等契約の保険金受取人指定に関する特約の付帯あり）
● 大同生命セット商品
上記以外の商品の場合は、**治療を受けられた方**にてご記入ください。

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。

<p>東西</p> <p>銀行 <input checked="" type="radio"/> JA <input type="radio"/></p> <p>信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/></p>	<p>南北 支店</p> <p>ゆうちょ銀行</p>	
店番号	口座番号	記号 番号
0 0 1 1 2 3 4 X X X		1 0
口座名義(カタカナ) 左づめでご記入ください	エイアイ タロウ	

次項へ続く

45M-353 M01Y22

代理店 年月日 保険会社 年月日

受付日 受付日

この書類を作成された日付をご記入ください。

ご連絡先をご記入ください。また、法人の場合は弊社からご連絡させていただき担当者のお名前をご記入ください。

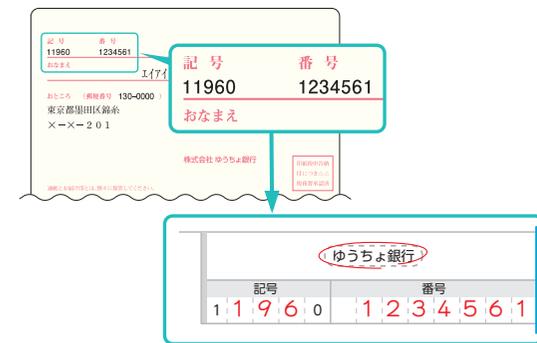
- 日中に連絡可能なご連絡先もお忘れなくご記入ください。

ご契約の商品をご確認のうえ、該当する方がご記入ください。

保険金の支払先をご指定ください。

- 保険金を請求される方が指定される口座となります。
- 通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。
- 口座番号は、右づめでご記入ください。
- ゆうちょ銀行の場合は、下図を参考にしてください。

(ゆうちょ銀行の例)



新型コロナウイルス感染症用 保険金請求書 兼 同意書の記入例

! ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

入院療養された場合、または宿泊療養された場合、または自宅療養された場合は、療養期間および療養場所をご記入ください。
右記のいずれかの書類も併せてご提出をお願いいたします。

治療を受けられたご本人がご記入ください。

新型コロナウイルス感染症により通院された場合で、ご契約の商品に「通院医療保険金支払特約」・「退院後通院保険金支払特約」・「特定感染症危険支払特約」が付帯されている場合は、ご記入ください。
通院された場合でも、上記特約が付帯されていない場合は、ご記入不要です。

治療を受けられたご本人がご記入ください。

医療機関または保健所、検査機関から受けた陽性診断日をご記入ください。

治療を受けられたご本人がご記入ください。

宿泊施設療養において、宿泊料金のご負担がある場合は金額をご記入ください。
また、領収書も一緒にご提出ください。

新型コロナウイルス感染症のため保健所から就業制限が課せられた場合で、ご契約の商品に「特定感染症危険支払特約」が付帯されている場合は、ご記入ください。
就業制限が課せられた場合でも、上記特約が付帯されていない場合は、ご記入不要です。

4 治療内容について

ご病気の名前	新型コロナウイルス感染症	陽性診断日	20 21 年 7 月 1 日
医療機関・医師の指示に基づく療養期間および療養場所 ●療養場所は該当するものを○で囲んでください。			
①	20 21 年 7 月 1 日～20 21 年 7 月 15 日	自宅	○ 宿泊施設
②	20 年 月 日～20 年 月 日	自宅	○ 宿泊施設
陽性判定の通知を受けた医療機関・保健所 ●詳細確認のために照会させていただく場合があります。			
医療機関・保健所名		△△病院	
		TEL (03 - XXXX - 0123)	

※以下いずれかの書類をご提出ください。
「診断書」、「退院証明書」、「就業制限通知書（または陽性診断日が確認できる書類）および就業制限解除通知書」、「宿泊・自宅療養証明書」等、診断および療養期間を証明する書類

5 ご負担費用について

入退院時・宿泊施設までの往復交通費 ●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。	電車・バス・タクシーなどの合計金額	2,450 円	延べ 走行距離	km	有料道路 利用代	円
宿泊施設料 ●宿泊料金（部屋代）をお支払いされた場合は、領収書をご提出ください。 ※ルームサービスや電話代等は除く	円					
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	東西海上保険	証券番号	ABC123XXX		
	連絡先	03-XXXX-XXXX	担当者	〇〇		

6 ご通院等について

通院日に○印を付けてください。		通院した合計日数(各月の「○」印の数)をご記入ください。															
(7)月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計 3 日	
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	通院
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計 日	
現在の治療状況について		治療中 ○ 治療終了 ○															
治療を受けた医療機関①		治療を受けた医療機関②															
医療機関名		△△病院															
TEL (03 - XXXX - 0123)		TEL (- -)															
以下は特定感染症危険支払特約が付帯されていて、かつ保健所から就業制限が課せられた場合のみご記入ください。																	
就業制限期間		20 21 年 7 月 1 日 ~ 20 21 年 7 月 15 日															
保健所名		〇〇保健所															
		TEL (03 - 4567 - XXXX)															