

保険金請求書

(自損事故傷害保険用)



イーデザイン損保
東京海上グループ

本書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、以下に指定する金融機関口座へお支払いください。

<個人情報の利用目的>
本記載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確認や関係する損害保険について損害保険会社間での確認を含みます)、保険金のお支払いのために利用させていただきます。

請求日 年 月 日

証券番号	
事故日	年 月 日

ご請求される方 ご住所 〒	電話番号(自宅) ----- 電話番号(携帯) -----
お名前 (親権者)	年齢 歳 男・女 生年月日 T S H 年 月 日
印	
※おケガされた方が未成年の場合は親権者のご記名・ご捺印が必要です	

医療機関	名称:	医療機関①(○)	医療機関②(△)	医療機関③(□)							
	TEL:										
診断名もしくは該当の部位・症状について、主治医に確認のうえご記入ください。											
診断名	部位	頭	顔	首	胸	腰	腕	手の指	足	足の指	その他()
	症状	打撲	捻挫	すり傷	切創	骨折(ひびも含む)	脱臼	その他()			
治療状況	<入院>	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち外泊日数 日)									
	<固定具の使用>	<使用器具> <ご自身での着脱>									
治療内容・治療期間	年 月 日 <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> 副子 副木 <input type="checkbox"/> シーネ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可										
	通院治療を受けた月をご記入いただき、通院日に印を付けてください。										合計
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 日											
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 日											
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 日											
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 日											
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 日											
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 日											

※上記治療状況について、弊社が保険金のお支払い額を算定するために、お客さまのご同意をいただいた上で、医療機関に事実確認等を行うことがありますので、あらかじめご了承ください。

保険金支払先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 支店	ゆうちょ銀行 (総合口座に限ります)
	<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 支所	
普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄		通帳記号 1
店番		通帳番号
口座番号		
口座名義(カタカナ)		

他社の傷害保険のご契約についてご記入ください。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
保険会社名	証券番号

車を運転中の事故の方は免許証の情報をご記入ください。	
交付日	平成 年 月 日
有効期限	平成 年 月 日迄
番号(12桁)	
種類	(普通・中型・大型)(I種・II種)

診断書

カルテ番号	<input type="radio"/> ① 健保 <input type="radio"/> ③ 労災 <input type="radio"/> ⑤ その他 <input type="radio"/> ② 国保 <input type="radio"/> ④ 自費	
住所： 傷病者 氏名：	職業： 男・女 T S H 年 月 日生	
初診時主訴	最終診断名（受傷部位・様態）	
初診から現在までの主要症状および治療内容	検査所見・神経学的異常所見（知覚・反射の異常・筋力の低下・筋萎縮等）	
受傷の原因	当該傷病の治療歴 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	病院名：	時期： 年 月 日頃
	当該傷病と影響のある既往症 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	傷病名：	時期： 年 月 日頃
初診日	年 月 日	受傷日 年 月 日
入院治療	日間（うち外泊日数 日）	
自 年 月 日；至 年 月 日	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
通院治療	日間（うち治療実日数 日）	
自 年 月 日；至 年 月 日	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	固定具名 ご自身による脱着 使用期間	
	（ ）（可・不可）（ 年 月 日～ 年 月 日）	
手術 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	手術名：	実施日 年 月 日
年 月 日	<input type="radio"/> 治ゆ <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 中止 <input type="radio"/> 転医	月
平常の業務（就業）または生活（家事・通学等）が全くできないと思われる期間	後遺障害 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 （有の場合その内容）	
自 年 月 日；至 年 月 日	上記後遺障害の改善の可能性 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	

上記の通り診断します。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師氏名

電話番号

印