

# 保険金・給付金請求書

## 本請求書の構成

必須



保険金・給付金請求書

該当時のみ



代表受取人選任届

該当時のみ



個人番号(マイナンバー)申告書

※それぞれの「記入のご案内」を確認のうえ、ご記入ください。

添付



請求書類一覧(請求項目に応じ確認ください)



詳細は、請求項目に応じた「必要書類のご案内」(別冊)を確認ください。

## 対象契約

以下の契約についてご請求いただけます。

- |                 |                     |               |               |
|-----------------|---------------------|---------------|---------------|
| ■ 団体定期保険        | ■ 新・団体定期保険          | ■ 医療保障保険(団体型) | ■ 無配当団体医療保険   |
| ■ 無配当特定疾病保障定期保険 | ■ 無配当特定疾病保障定期保険(Ⅱ型) | ■ 無配当新・定期保険   | ■ 無配当定期保険(Ⅱ型) |
| ■ 団体総合就業不能保障保険  | ■ 無配当医療保険           | ■ 医療プラン       | ■ 医療プラン(Ⅱ型)   |

## 保険金等のお支払期限

当会社にご請求をいただいた場合、保険金等のお支払期限は以下のとおりとなります。(お支払期限を超過してお支払いする場合には、所定の遅延利息をお支払いします)

- 必要な請求書類が当会社に到着した日の翌営業日からその日を含めて5営業日以内(ご契約内容によっては当会社に到着した日の翌日からその日を含めて5日以内)

- 保険金等をお支払いするために確認が必要な場合は、必要な請求書類が当会社に到着した日の翌営業日からその日を含めて45日を経過する日

- 上記確認を行なうために、弁護士法に基づく照会や日本国外における調査など特別な照会や調査が不可欠な場合は、必要な請求書類が当会社に到着した日の翌営業日からその日を含めて180日を経過する日

## ⚠️ 留意事項

- 請求書類に記入もれや、提出もれがありますと、お手続きに時間がかかりますのでご注意ください。
- 請求内容によっては、「請求書類一覧」に記載された書類以外の書類をご提出いただく場合もございますので、ご了承ください。
- 健康保険被保険者証や医療機関発行の領収書・診療明細書等の保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください。

## 個人情報のお取扱い

### 個人番号を除く個人情報のお取扱い

ご請求の際、以下の同意事項をご確認ください。

- ① 契約者が本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報<氏名、性別、生年月日、健康状態等>(以下、「個人情報」といいます。)を、当該保険の事務手続きのために使用し、契約者が保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ)へ提供すること
- ② 生命保険会社が受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、子会社・関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理、その他保険に関連・付随する業務のため使用(注)し、また、必要に応じて、契約者、他の生命保険会社、関連会社、再保険会社に上記目的の範囲内で提供すること
- ③ 生命保険会社が、保険金・給付金・返れい金等の支払いに係る情報(進捗情報を含む)を契約者に提供し、契約者が当該保険の事務手続きのために使用すること

- ④ 所属団体において明治安田損害保険株式会社(以下、「損保社」という)の取扱商品が販売されている場合は、生命保険会社が受領した個人情報を、損保社に前項②の目的の範囲内で提供し、損保社の保険金・返れい金の支払い、保険契約の引受査定を含む損害保険制度の健全な運営のために利用(注)すること

※事務幹事会社の個人情報の取扱いにつきましては、ホームページ(<https://www.meijiyasuda.co.jp/>)をご参照ください。

(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、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。

### 特定個人情報のお取扱い

個人番号をその内容に含む個人情報(特定個人情報)を提供いただく場合には、「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」により定められた方法にて収集します。

## 個人番号の利用目的

生命保険会社は、提供いただいた個人番号を保険取引に関する支払調書作成事務で利用します。

### 支払調書が作成される場合

- 支払われる死亡保険金(災害死亡保険金を含む)が一時金で100万円を超える場合
- 支払われる保険金が一時的でなく年金で支払われる場合に、年金年額が20万円を超えるとき

### はじめにお読みください

- 黒色のボールペン(消せるボールペンは不可)でご記入ください。
- 請求書上欄の「契約者記入欄」をご記入ください。
- 記入内容を訂正される場合は、二本線で消してください。(訂正印は不要です)
- 受取人・被保険者が同一の場合、複数商品を同時に請求できます。

### 記入のガイド

- 留意事項には **A** マークを付けています。
- **A** や **B** のマークが付いている箇所は、特に注意のうえ、ご記入ください。
- **C** アミ掛けされている箇所は該当する場合のみ記入が必要となる項目です。

下記の順に沿って記入してください。

被保険者情報をご記入ください。

- A** 加入内容を確認のうえ、左詰でご記入ください。
- B** 被保険者区分をチェック  してください。
- C** 姓と名の間は1マス空けて左詰でご記入ください。濁点も1マスお使いください。

### 保険金・給付金請求書

(個人番号申告にかかる委任状)

明治安田生命保険相互会社 御中

**契約者記入欄**

<b>A</b>	21123456																			
	21654321																			
証券番号	76012345000001																			
	81012345000003																			

※5件以上ご請求される場合、以下にご記入ください。

被保険者番号	12345678																			
被保険者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 所属員本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子ども	<input type="checkbox"/> 会社負担分																
被保険者名	ワカバ	リョウ																		様

▼被保険者が賞与時払(ボーナス払)コースに加入の方のみ

賞与時払保険料の取扱	※賞与時払(ボーナス払)コースに加入があり、死亡・高度障害保険金等を請求の場合は、いずれかをチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。
------------	--

契約者(代理人)

住所 **東京都新宿区西新宿1-9-1**

団体名 **株式会社 明安銀行** 銀明行安

代表者役職・氏名 **代表取締役 明安 豊**

請求項目※

<input checked="" type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> リビング・ニーズ
<input type="checkbox"/> 高度障害	<input type="checkbox"/> 障害
<input type="checkbox"/> 特定疾病 ( <input type="checkbox"/> 7大疾病	<input type="checkbox"/> 上皮内がん等 )
<input type="checkbox"/> 入院・手術・放射線	<input type="checkbox"/> 先進医療
<input type="checkbox"/> 就業不能	<input type="checkbox"/> 保険料払込免除

具体例を参考に

該当する項目にチェック  してください(ご加入内容を確認のうえ、請求される項目のみにチェック  してください)

#### ●入院給付金、手術給付金または外来手術給付金、外来放射線治療給付金を請求される場合

- ・入院・手術をされた場合
- ・外来で手術または放射線治療を受けられた場合 等

請求項目※	
<input checked="" type="checkbox"/> 入院・手術・放射線	<input type="checkbox"/> 先進医療

#### ●複数の保険金または給付金を請求される場合

- ・入院中にお亡くなりになられた場合 (死亡保険金および入院給付金を請求される場合)

請求項目※			
<input checked="" type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> リビング・ニーズ		
<input type="checkbox"/> 高度障害	<input type="checkbox"/> 障害		
<input type="checkbox"/> 特定疾病 ( <input type="checkbox"/> 7大疾病	<input type="checkbox"/> 上皮内がん等 )		
<input checked="" type="checkbox"/> 入院・手術・放射線	<input type="checkbox"/> 先進医療		
<input type="checkbox"/> 就業不能	<input type="checkbox"/> 保険料払込免除		

※ご加入内容および請求項目のチェック内容に沿って、お支払可否の手続きを進めさせていただきます。

#### ●特定疾病、7大疾病、がん・上皮内新生物保険金を請求される場合

- 1 上皮内新生物(上皮内がん、非浸潤がん)の場合  
→「上皮内がん等」の欄にチェック  してください

請求項目※	
<input type="checkbox"/> 特定疾病 ( <input type="checkbox"/> 7大疾病	<input checked="" type="checkbox"/> 上皮内がん等 )

- 2 7大疾病のうち「肝硬変、糖尿病、慢性腎不全、高血圧性疾患」の場合  
→「7大疾病」の欄にチェック  してください

請求項目※	
<input type="checkbox"/> 特定疾病 ( <input checked="" type="checkbox"/> 7大疾病	<input type="checkbox"/> 上皮内がん等 )

- 3 上記①②以外の疾病「悪性新生物、急性心筋梗塞、脳卒中」の場合  
→「特定疾病」の欄のみにチェック  してください

請求項目※	
<input checked="" type="checkbox"/> 特定疾病 ( <input type="checkbox"/> 7大疾病	<input type="checkbox"/> 上皮内がん等 )

※特定疾病・・・悪性新生物、急性心筋梗塞、脳卒中  
7大疾病・・・悪性新生物、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病、肝硬変、慢性腎不全、高血圧性疾患  
上皮内がん等・・・悪性新生物、上皮内新生物

### はじめにお読みください

- **受取人ご本人様**が、黒色のボールペン(消せるボールペンは不可)でご記入ください。
- 請求書下欄の「受取人記入欄」をご記入ください。  
(上欄の「契約者記入欄」は団体様の記入欄ですのでご記入不要です)
- 記入内容を訂正される場合は、二本線で消してください。(訂正印は不要です)
- **受取人が2名以上の場合は、代表受取人選任届をご提出ください。**

### 記入のガイド

- 留意事項には **▲**マークを付けています。
- **A▶**や**B▶**のマークが付いている箇所は、特に注意のうえ、ご記入ください。
- **■** アミ掛けされている箇所は該当する場合のみ記入が必要となる項目です。

下記の順に沿って記入してください。

受取人

- A▶** アパート・マンション・寮の場合は、名称・号棟・室番号までご記入ください。  
(フリガナもご記入ください)

振込先口座

- B▶** 金融機関コード・本支店コードがおわかりになる場合はご記入ください。

- C▶** 左詰でご記入ください。

- ▲** 受取人本人名義の口座を指定ください。  
(受取人が未成年の場合は、親権者または未成年後見人の口座をご記入ください。  
なお、未成年である受取人の口座を指定いただくことも可能です。)

- ゆうちょ銀行口座を指定の場合は振込用口座をご記入ください。  
→ゆうちょ銀行記入例を参照ください。

### 受領代行委任届

- ▲** 死亡保険金のご請求の場合、「受領代行」のお取扱いはできません。  
(契約者・事業主に受領代行業を委任する場合を除きます)

受取人記入欄			
受取人(委任者)	フリガナ	ワカバ カオル	
	氏名	若葉 薫	性別 男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 生年月日 大正 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 30年 3月 3日
	住所(自宅)	〒171-0033 トシマク タカダ マルバツ 東京 豊島区高田3-35A▶ ○×レジデンス101	
電話(日中の連絡先)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 03 - 1234 - 5678	親権者・後見人署名欄	※親権者・後見人がお手続きされる場合は署名・押印ください。
振込先口座	金融機関名	明安 銀行	金融機関コード <b>B▶</b> 1 2 3 4
	本支店名	駅前 支店	本支店コード(店番) <b>B▶</b> 7 8 9
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 <b>C▶</b> 5 6 7 8
	口座名義人(カナ)	ワカバ カオル	
被保険者	※被保険者と受取人の住所が異なる場合のみご記入ください。		

### ゆうちょ銀行口座を指定の場合の記入例

金融機関名	ゆうちょ 銀行	金融機関コード	9 9 0 0
本支店名	一二八 支店	本支店コード(店番)	1 2 8
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義人(カナ)	ワカバ カオル		

契約者記入欄

貴社約款の規定により、下記契約の保険金または給付金を請求します。  
 なお、下記受取人(代表受取人選任届に記入の受取人を含む)は契約上の指定受取人に相違ないことを確認いたしました。

証券番号												
	※5件以上ご請求される場合、以下にご記入ください。											
被保険者番号												
被保険者区分	<input type="checkbox"/> 所属員本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子ども	<input type="checkbox"/> 会社負担分								
被保険者カナ氏名												様

契約者(代理人)

住所

団体名

代表者役職・氏名

届出印

請求項目※

死亡  リビング・ニーズ

高度障害  障害

特定疾病 (  7大疾病  上皮内がん等 )

入院・手術・放射線  先進医療

就業不能  保険料払込免除

※請求項目の詳細は「記入のご案内」を参照ください。

▼被保険者が賞与時払(ボーナス払)コースに加入の方のみ

賞与時払保険料の取扱い

下記いずれかにチェック☑してください。

保険金より相殺  他の加入者と一括支払い(払込済みも含む)

受取人記入欄

表紙記載の〈個人情報のお取扱い〉の同意事項を確認し、同意のうえ、請求します。  
 なお、貴社が必要と認めた場合には、請求内容の事実の確認を医療機関等に行なうことを承諾します。

●「保険金」・「給付金」の受取人が2名以上になる場合

受取人全員の協議により代表者として選任された私が代表して請求します。  
 なお、本請求について後日利害関係人から異議の申し出があっても全受取人が連帯して責任を負い、貴社に一切迷惑をかけません。

●表紙記載の〈支払調書が作成される場合〉

受取人(委任者)は、上記「契約者(契約者から委託を受けた者がいる場合はその受託者)」を代理人として定め、当該代理人を通じて、保険取引に関する支払調書作成事務のため、当該委任者の個人番号(マイナンバー)を明治安田生命保険相互会社に申告いたします。

受取人(委任者)

氏名 フリガナ

性別  男  女

生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

住所(自宅) 〒 フリガナ 都道 府県

電話(日中の連絡先)  ご自宅  お勤め先  携帯  その他

親権者・後見人署名欄 フリガナ 印

※親権者・後見人がお手続きされる場合は署名・押印ください。

振込先口座

金融機関名  銀行  信託  農協  信金  労金  信組

金融機関コード

本支店名  支店  本店  出張所  店

本支店コード(店番)

預金種目  普通・総合  当座

口座番号

口座名義人(カナ) 姓と名の間は1マス空けて左詰でご記入ください。濁点も1マスお使いください。

受領代行委任届

当保険金・給付金の請求にあたり、記載の口座名義人へ送金ください。

受取人から見た口座名義人の続柄 [ ] 印

被保険者住所

※被保険者と受取人のご住所が異なる場合のみご記入ください。

〒 都道 府県

明治安田生命保険相互会社 御中

DC 0231

本請求の代表受取人を次のとおり選任いたします。

本請求について後日利害関係人から異議の申し出があっても私たちが連帯して責任を負い、貴社に一切迷惑をかけません。

以下に記載した個人情報について契約者が保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ)に提供されること、また生命保険会社が受領した個人情報を、このたびの保険金・給付金請求が受取人全員の意思によるものであることを確認するために利用することに同意します。

●表紙記載の〈支払調書が作成される場合〉

各受取人(各委任者)は、請求書記載の「契約者(契約者から委託を受けた者がいる場合はその受託者)」を代理人として定め、当該代理人を通じて、保険取引に関する支払調書作成事務のため当該各委任者の個人番号(マイナンバー)を明治安田生命保険相互会社に申告いたします。

## 記入欄

※請求書に記入した代表受取人が署名ください。

※親権者・後見人がお手続きされる場合は署名・押印ください。

代表受取人	フリガナ	フリガナ
	氏名 ※自署	親権者・後見人署名欄 

※受取人の欄は、代表受取人以外の請求者をご記入・押印ください。

※親権者・後見人がお手続きされる場合は署名・押印ください。

受取人(委任者)	フリガナ	フリガナ
	氏名 ※自署	親権者・後見人署名欄 
	生年月日 大昭平令 年 月 日	
	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ	
	都道府県	

受取人(委任者)	フリガナ	フリガナ
	氏名 ※自署	親権者・後見人署名欄 
	生年月日 大昭平令 年 月 日	
	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ	
	都道府県	

受取人(委任者)	フリガナ	フリガナ
	氏名 ※自署	親権者・後見人署名欄 
	生年月日 大昭平令 年 月 日	
	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ	
	都道府県	

受取人(委任者)	フリガナ	フリガナ
	氏名 ※自署	親権者・後見人署名欄 
	生年月日 大昭平令 年 月 日	
	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ	
	都道府県	

◎当選任届を省略できる場合がございます。詳しくは「記入のご案内」をご参照ください。

証券番号

被保険者番号

被保険者区分

 本人  配偶者  こども  会社負担分

はじめに  
お読みください

1

提出が省略できる場合  
を確認ください

2

イメージ図を確認ください

⚠ 保険金を年金で受け取るため、受取人それぞれが請求書を提出する場合は、当選任届の提出は不要です。  
(詳しくは年金請求書の「記入のご案内」をご参照ください。)

3

記入見本に沿ってご記入の  
うえ、ご提出ください

## 保険金(給付金)受取人が2名以上の場合はご記入ください。

受取人全員の協議により代表者を選任してください。代表者以外の受取人は受取人欄へご記入・押印ください。

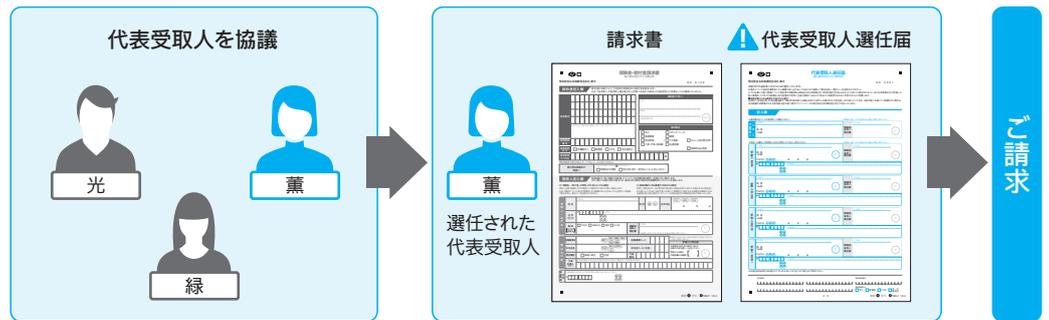


各契約の保険金額(給付金額)が500万円以下で、かつ、下記いずれかに該当の場合は当選任届は省略できます。

### 受取人の指定方法および請求手続

- 死亡保険金受取人が法定相続人、約款順位(受取人無指定)、子、父母、兄弟姉妹、労基法準用、規程受給者と指定されている場合
- 指定された死亡保険金受取人が死亡し再指定されなかったことにより法定相続人または約款順位の受取人が死亡保険金請求を行なう場合
- 被保険者が受取人となる保険金・給付金について、被保険者が死亡したことにより法定相続人が保険金・給付金請求を行なう場合

## 代表受取人の請求手続きのイメージ図



※光と緑は「請求書」の提出は不要です。  
薫の提出する「代表受取人選任届」の受取人欄に署名・押印ください。

## 記入見本

- 代表者は「代表受取人欄」へ、代表者以外の受取人は「受取人欄」へ記入・押印ください。
- 黒色のボールペン(消せるボールペンは不可)でご記入ください。

記入欄	
<p>※請求書に記入した代表受取人が署名ください。</p> <p>代表受取人 フリガナ ワカバ カオル 氏名 若葉 薫 ※自署</p>	<p>※親権者・後見人がお手続きされる場合は署名・押印ください。</p> <p>フリガナ 親権者・後見人 署名欄</p>
<p>※受取人の欄は、代表受取人以外の受取人がご記入・押印ください。</p> <p>受取人(委任者) フリガナ ワカバ ヒカル 氏名 若葉 光 ※自署 生年月日 (大) (中) (小) 3年 5月 5日 〒171-0033 フリガナ トシマク タカダ マルバツ 東京 豊島区高田 3-35-1 OXレジデンス101</p>	<p>※親権者・後見人がお手続きされる場合は署名・押印ください。</p> <p>フリガナ シンバ マモル 親権者・後見人 署名欄 新葉 守</p>
<p>受取人(委任者) フリガナ ワカバ ミドリ 氏名 若葉 緑 ※自署 生年月日 (大) (中) (小) 10年 2月 22日 〒100-0005 フリガナ チヨダク マルノウチ マルバツ 東京 千代田区丸の内 2-1-1 OXハイツ202</p>	<p>フリガナ 親権者・後見人 署名欄</p>
<p>受取人(委任者) フリガナ 氏名</p>	<p>フリガナ 親権者・後見人 署名欄</p>

はじめに  
お読み  
ください

社会保障・税番号制度(マイナンバー制度)は、行政の効率化、国民の利便性の向上、公平かつ公正な社会の実現をめざし、国民一人ひとりを特定する個人番号を発行するものです。これに伴いまして、保険会社は税務署等に提出する支払調書にお客さまの個人番号を記載することとなります。つきましては、下記 **A** に該当する場合には、以下要領にて個人番号の申告をお願いいたします。なお、個人番号を保管する必要がなくなった場合(支払調書作成対象外と判明した場合など)は保険会社にて廃棄・マスキング等の適切な処理を行ないます。

## A 支払調書作成の対象となる場合

- (各受取人に)支払われる死亡保険金(災害死亡保険金を含む)が、一時金で100万円を超える場合
- (各受取人に)支払われる保険金が一時金でなく年金で支払われる場合に、年金年額が20万円を超えるとき

**!** 受取人が2名以上の場合は、上記 **A** に該当する受取人全員分の申告書と、個人番号確認書類のご提出をお願いします。不足する場合はコピーしてご利用ください。

## 申告方法について

- 「個人番号(マイナンバー)申告書」と下記個人番号確認書類を「保険金・給付金請求書」とともにご提出願います。
- 年金受取期間中に個人番号(マイナンバー)が変更になった場合は、改めて変更後の個人番号(マイナンバー)を保険会社にご申告ください(申告方法については「年金のしおり」を参照ください)。

## 個人番号確認書類

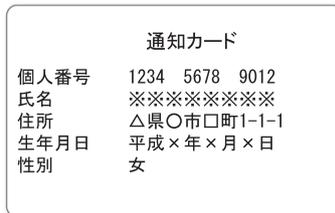
下記①～③の個人番号確認書類のうち**いずれか1点**をご用意ください。※下記イラストはイメージですので実物と相違する場合があります。

### ① 個人番号カードのコピー(裏面)

※裏面(個人番号の記載のある面)をご提出ください。

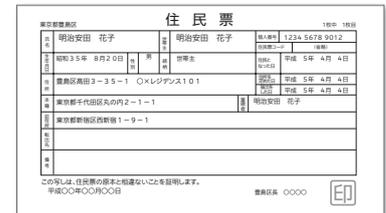


### ② 通知カードのコピー



### ③ 個人番号記載住民票の写し

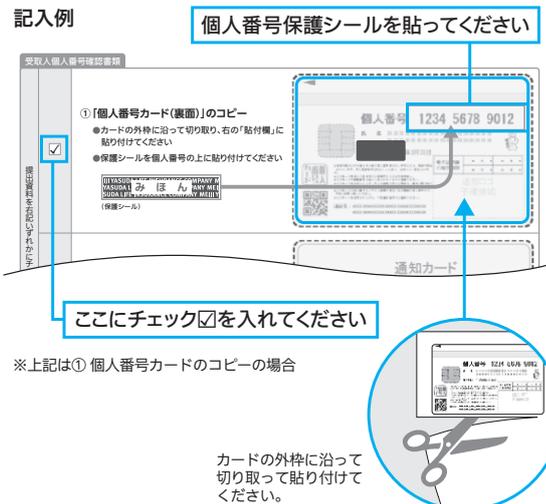
※写しのコピーでも可



## 記入・提出見本

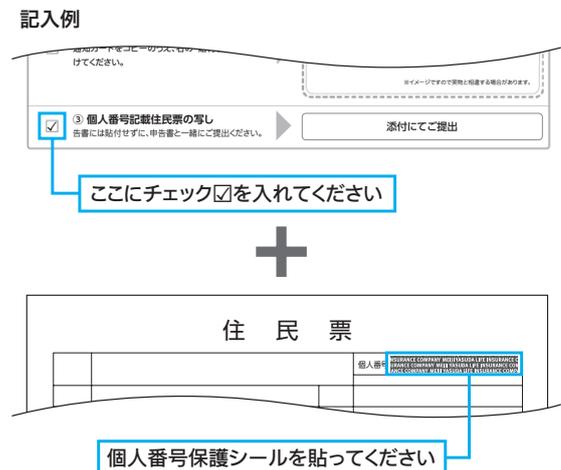
### ① 個人番号カードのコピー/② 通知カードのコピーの場合

➔ 提出物は申告書のみ



### ③ 個人番号記載住民票の写しの場合

➔ 提出物は申告書と住民票の写しの2点



明治安田生命保険相互会社 御中

DC 1401

明治安田生命保険相互会社(以下、保険会社)が保険取引に関する支払調書作成事務に利用するために、貼付・添付書類に記載されているとおり、個人番号(マイナンバー)を申告いたします。

なお、この個人番号(マイナンバー)申告書(添付書類を含む。以下「申告書」)を提出後、個人番号を保管する必要性がなくなった場合(支払調書作成対象外と判明した場合など)には、申告書は保険会社にて廃棄・マスキング等の適切な処理をしていただくようお願いします。

## 受取人(委任者)署名欄

氏名 ※自署	フリガナ .....	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
住所	〒	都 道 府 県				

## 受取人個人番号確認書類

※下記イラストはイメージですので、実物と相違する場合があります。

提出資料を右記いずれかにチェック☑してください

## ①「個人番号カード(裏面)」のコピー

- カードの外枠に沿って切り取り、右の「貼付欄」に貼り付けてください
- 保護シールを個人番号の上に貼り付けてください



## ②「通知カード」のコピー

- カードの外枠に沿って切り取り、右の「貼付欄」に貼り付けてください
- 保護シールを個人番号の上に貼り付けてください



## ③ 個人番号記載「住民票」の写し

申告書には貼付せずに、当申告書と一緒に提出ください。

## 留意事項

## 支払調書作成対象となる場合

- (各受取人に)支払われる死亡保険金(災害死亡保険金を含む)が、一時金で100万円を超える場合
  - (各受取人に)支払われる保険金が一時金でなく年金で支払われる場合に、年金年額が20万円を超えるとき
- 上記に該当されない場合は、当申告書は提出不要です。

会社使用欄

証券番号

被保険者  
番号被保険者  
カナ氏名

様

法人代理

請求時に必要な書類は以下のとおりです。  提出もれがないかご確認をお願いします

	書類のご説明	省略できる場合
1	<p>保険金・給付金請求書 ＜個人番号申告にかかる委任状＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当社所定の請求書をご提出ください</li> <li>・受取人が未成年の場合は、親権者・後見人のご署名、押印が必要となります</li> </ul>	省略できません
2	<p>団体保険用 死亡証明書 または死体検案書</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当社所定の用紙をご提出ください</li> <li>・死亡日が加入日・増額日から2年（（新・）団体定期保険、医療保障保険（団体型）、無配当団体医療保険は1年）を経過しての病気死亡、または災害死亡の場合は、当社所定外の死亡診断書でもご請求できます</li> <li>・死亡日が加入日・増額日から3年（（新・）団体定期保険、医療保障保険（団体型）、無配当団体医療保険は1年）を経過した死亡保険金請求についてはコピーでもご請求できます</li> </ul> <p>【死体検案書】 監察医務院・法医学教室などでは当社所定の死亡証明書の作成ができないため、死体検案書をご提出ください</p>	省略できません
3	<p>受取人の戸籍謄本(抄本) (または住民票)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受取人を個人氏名にて指定されていない場合（続柄、法定相続人、約款順位等を指定）は、受取人全員が判明する戸籍謄本(抄本)または住民票(続柄記載のあるもの)をご提出ください。なお、住民票をご提出いただいた場合でも受取人の続柄(死亡日時点)が確認できないときは、改めて戸籍謄本(抄本)をお取り寄せいただくことになります</li> <li>・受取人が未成年の場合は、親権者または後見人が判明する戸籍謄本をご提出ください</li> <li>・受取人全員の確認のため、転籍前後の戸籍や改製原戸籍などが必要になる場合があります。ただし、各契約の保険金額・給付金額がそれぞれ500万円以下(保険金額と給付金額は合算しません)の場合は、受取人が2名以上であっても代表受取人おひとりからのご請求手続きも可能です。その場合、代表受取人が受取人のひとりであることが判明するものをご提出ください</li> <li>・発行後6ヵ月以内のものをご提出ください(コピーでの提出可)</li> <li>・住民票は本籍地および個人番号の記載がないものをご提出ください (個人番号の申告対象で個人番号申告書の添付書類を兼ねてご提出する場合は、本籍地の記載がなく個人番号の記載があるものをご提出ください)</li> </ul>	各契約の保険金額が500万円以下の場合 かつ 受取人を個人氏名にて指定の場合
4	<p>受取人の本人確認書類 (コピー)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・次の書類のうち、氏名、現住所、生年月日が確認できるもの、発行日・発行元がある場合は確認できるもの、有効期間がある場合は有効期間中のものをご提出ください</li> </ul> <p>【本人確認書類】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「個人番号カード(表面(顔写真がある面))のみ」●「運転免許証」</li> <li>●「運転経歴証明書(交付日が2012年4月以降のものに限る)」●「パスポート」</li> <li>●「健康保険被保険者証」(*1) ●「カード式健康保険被保険者証」(*1)</li> <li>●「国民健康保険高齢受給者証」(*1) ●「年金手帳」(*2)</li> <li>●「住民基本台帳カード(写真付き)」●「特別永住者証明書」</li> <li>●「在留カード」●「身体障害者手帳」●「福祉手帳」●「母子健康手帳」いずれかのコピー</li> <li>●「印鑑証明書」(発行後6ヵ月以内のもの、コピーでの提出可)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受取人が2名以上の場合は、受取人全員の本人確認書類(コピー)をご提出ください</li> <li>・受取人が未成年の場合は、親権者・後見人の本人確認書類(コピー)をご提出ください</li> </ul>	各契約の保険金額が500万円以下の場合

(\*1) 保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください

(\*2) 年金手帳等の基礎年金番号(記号・番号)はマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください

※「省略できる場合」は一例です。その他の事由により、省略できない場合があります。

※診断書や戸籍謄本等の取得費用は、お客さまのご負担となります。ただし、保険金・給付金をお支払いできなかった場合でかつ当社所定の要件を満たす場合には、診断書原本のご提出1通につき所定の金額をお支払いします。

該当する場合に必要な書類です。

「必要となる場合の例」をご覧ください  
提出もれがないかご確認をお願いします

	書類のご説明	必要となる場合の例
5	<b>受傷状況報告書 (団体保険用)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当社所定の用紙をご提出ください</li> <li>・発生状況、原因、経過など詳しくご記入ください</li> <li>・関連する新聞記事などございましたらあわせてご提出ください</li> <li>・死亡保険金のご請求でも受傷状況が不明な不慮の事故などの場合はご提出いただくことがあります</li> </ul>	災害保険金を請求する場合
6	<b>被保険者の戸籍謄本(抄本)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受取人を個人氏名にて指定されていない場合(続柄、法定相続人、約款順位等を指定)は、先順位者のいないことが確認できる戸籍謄本(抄本)をご提出ください</li> <li>・発行後6ヵ月以内のものをご提出ください(コピーでの提出可)</li> </ul>	受取人が順位指定、法定相続人等の場合
7	<b>代表受取人選任届 &lt;個人番号申告にかかる委任状&gt;</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当社所定の用紙をご提出ください</li> <li>・受取人が2名以上の場合は受取人全員の協議により代表受取人を選任してください</li> <li>・代表者は代表受取人欄、代表者以外の受取人は受取人欄へご記入・押印ください</li> <li>・受取人が未成年の場合は親権者・後見人のご署名・押印が必要です</li> </ul>	受取人が2名以上の場合
8	<b>もれなくご請求いただくためのチェックシート</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当社所定の用紙をご提出ください</li> <li>・本チェックシートをご確認のうえ、(1)～(3)のいずれも該当する場合は必ずご提出ください</li> </ul>	(新・)団体定期保険で障害特約にご加入の場合
9	<b>個人番号(マイナンバー)申告書</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当社所定の用紙をご提出ください</li> <li>・受取人が2名以上の場合は、受取人数分の申告書が必要です</li> </ul> <p>【支払調書作成の対象となる場合】 支払われる死亡保険金(災害死亡保険金を含む)が、一時金で100万円を超える場合 支払われる保険金が一時金でなく年金で支払われる場合に、年金年額が20万円を超えるとき</p>	支払調書作成の対象となる場合
10	<b>個人番号確認書類</b> <p>次のいずれか1点を9の「個人番号(マイナンバー)申告書」に貼付しご提出ください</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●個人番号カードコピー(個人番号の記載のある面)</li> <li>●個人番号記載の住民票コピー</li> <li>●通知カードコピー</li> </ul> <p>※記載されている個人番号(マイナンバー)にすべて個人番号保護シールを貼付のうえご提出ください</p>	

※「必要となる場合の例」は一例です。記載例以外の事由により、必要となる場合があります。

#### ■成年後見人等からのお手続き

受取人が「保険金等を請求し、受け取る行為」の意味を理解できず、かつ、保険契約上の代理請求ができないときは、成年後見人等からのお手続きとなります。

成年後見人等が選任されていない場合は、最優先順位の法定相続人2名からのお手続きとなり、上記書類に加え「確認通知書」を印鑑証明書とあわせてご提出いただくこととなります。

成年後見人等からのお手続きの場合、「登記事項証明書または家庭裁判所の審判書のコピー(いずれも発行(交付)後6ヵ月以内のもの)」をご提出ください。

請求時に必要な書類は以下のとおりです。  提出もれがないかご確認をお願いします

	書類のご説明	省略できる場合
1	保険金・給付金請求書 <個人番号申告にかかる委任状> ・当社所定の請求書をご提出ください ・受取人が未成年の場合は、親権者・後見人のご署名、押印が必要となります	省略できません
▼高度障害保険金・障害給付金の場合		
2	団体保険用 障害診断書 ・当社所定の用紙に医療機関にて証明を依頼のうえご提出ください	省略できません
▼障害保険金・障害初期給付金の場合		
3	公的障害年金の認定書類 (年金証書等)(コピー) ・公的機関から発行された障害基礎年金・障害厚生年金の受給権を取得したことを証明する書類(年金証書および認定通知等の受給した障害等級・受給権取得日(障害認定日)がわかる資料)のコピーをご提出ください	省略できません
4	公的障害年金の 受給権取得時の診断書 (コピー) ・公的障害年金受給権取得時の診断書コピーがお手元にない場合は、当社所定の診断書が必要となります。団体窓口にお問い合わせのうえ当社所定の診断書をお取り寄せください ・公的障害年金とは、国民年金保険法による障害基礎年金または厚生年金保険法による障害厚生年金のことを指します。(身体障害者福祉法による「身体障害者手帳」とは異なりますのでご注意ください。)	省略できません
▼就業不能給付金等の場合		
5	就業不能診断書 ・当社所定の用紙に医療機関にて証明を依頼のうえご提出ください	省略できません
6	就業不能証明書 ・当社所定の用紙に勤務管理担当者の証明を依頼のうえご提出ください	省略できません

※診断書や戸籍謄本等の取得費用は、お客さまのご負担となります。ただし、保険金・給付金をお支払いできなかった場合でかつ当社所定の要件を満たす場合には、診断書原本のご提出1通につき所定の金額をお支払いします。

該当する場合に必要な書類です。

「必要となる場合の例」をご覧ください  
提出もれがないかご確認をお願いします

	書類のご説明	必要となる場合の例
7	<p><b>受傷状況報告書</b> (団体保険用)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当会社所定の用紙をご提出ください</li> <li>・発生状況、原因、経過など詳しくご記入ください</li> <li>・関連する新聞記事などございましたらあわせてご提出ください</li> <li>・障害給付金のご請求の場合は必ずご提出ください</li> <li>・高度障害保険金・障害保険金・障害初期給付金のご請求でも受傷状況が不明な不慮の事故などの場合はご提出いただくことがあります</li> </ul>	<p>災害(不慮の事故)が原因の場合</p>
8	<p><b>被保険者の戸籍謄本</b></p> <p>(各契約の保険金額が500万円以下の場合、ご提出は不要です) ・発行後6か月以内のものをご提出ください(コピーでの提出可)</p>	<p>受領代行(受取人以外への口座送金)または受取人以外が手続きをする場合</p>
9	<p><b>親権者の本人確認書類</b> (コピー)</p> <p>(各契約の保険金額が500万円以下の場合、ご提出は不要です) ・次の書類のうち、氏名、現住所、生年月日が確認できるもの、発行日・発行元がある場合は確認できるもの、有効期間がある場合は有効期間中のものをご提出ください 【本人確認書類】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●「個人番号カード(表面(顔写真がある面))のみ」●「運転免許証」</li> <li>●「運転経歴証明書(交付日が2012年4月以降のものに限る)」●「パスポート」</li> <li>●「健康保険被保険者証」(*1) ●「カード式健康保険被保険者証」(*1)</li> <li>●「国民健康保険高齢受給者証」(*1) ●「年金手帳」(*2)</li> <li>●「住民基本台帳カード(写真付き)」●「特別永住者証明書」</li> <li>●「在留カード」●「身体障害者手帳」●「福祉手帳」●「母子健康手帳」いずれかのコピー</li> <li>●「印鑑証明書」(発行後6か月以内のもの、コピーでの提出可)</li> </ul> <p>・受取人が2名以上の場合は、受取人全員の本人確認書類(コピー)をご提出ください ・受取人が未成年の場合は、親権者・後見人の本人確認書類(コピー)をご提出ください</p>	<p>受取人が未成年の場合</p>
10	<p><b>受取人の印鑑証明書</b></p> <p>(各契約の保険金額が500万円以下の場合、ご提出は不要です) ・発行後6か月以内のものをご提出ください(コピーでの提出可) ・本人確認書類としても利用できます</p>	<p>受領代行(受取人以外への口座送金)の場合</p>
11	<p><b>もれなくご請求いただくためのチェックシート</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当会社所定の用紙をご提出ください</li> <li>・本チェックシートをご確認のうえ、(1)～(3)のいずれも該当する場合は必ずご提出ください</li> </ul>	<p>(新・)団体定期保険で障害特約にご加入の場合</p>
12	<p><b>個人番号(マイナンバー)申告書</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当会社所定の用紙をご提出ください</li> <li>・受取人が2名以上の場合は、受取人数分の申告書が必要です 【支払調書作成の対象となる場合】 支払われる保険金が一時金でなく年金で支払われる場合に、年金年額が20万円を超えるとき</li> </ul>	<p>支払調書作成の対象となる場合</p>
13	<p><b>個人番号確認書類</b></p> <p>次のいずれか1点を12の「個人番号(マイナンバー)申告書」に貼付しご提出ください</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●個人番号カードコピー(個人番号の記載のある面)</li> <li>●個人番号記載の住民票コピー</li> <li>●通知カードコピー</li> </ul> <p>※記載されている個人番号(マイナンバー)にすべて個人番号保護シールを貼付のうえご提出ください</p>	

(\*1) 保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください

(\*2) 年金手帳等の基礎年金番号(記号・番号)はマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください

※「必要となる場合の例」は一例です。記載例以外の事由により、必要となる場合があります。

## 請求書類一覧

## 高度障害保険金、障害保険金、就業不能給付金等

### ■成年後見人等からのお手続き

高度障害保険金等のご請求で、被保険者ご本人が「保険金等を請求し、受け取る行為」の意味が理解できず、かつ、保険契約上の代理請求ができないときは、成年後見人等からのお手続きとなります。

成年後見人等が選任されていない場合は、最優先順位の法定相続人2名からのお手続きとなり、前ページの書類に加え「確認通知書」を印鑑証明書とあわせてご提出いただくこととなります。この場合、口座名義人は被保険者ご本人の名義としてください。

成年後見人等からのお手続きの場合、「登記事項証明書または家庭裁判所の審判書のコピー（いずれも発行（交付）後6ヵ月以内のもの）」をご提出ください。

### ■代理請求のお手続き

保険契約上の代理請求（指定代理請求者からの請求もしくは死亡保険金受取人からの代理請求）となる場合は、前ページの書類に加え、次の書類をご提出ください。

- ・「指定代理請求についての事情届」 ・「指定代理請求についての確認書」
- ・指定代理請求者の印鑑証明書（各契約の保険金・給付金額が500万円以下の場合、ご提出は不要です）

### ●戸籍上の配偶者、直系親族、兄弟姉妹、3親等内の親族からの代理請求となる場合は、以下の書類もあわせてご提出ください。

- ・被保険者と指定代理請求者の続柄が確認できる指定代理請求者の「戸籍謄本」または「住民票（続柄記載のあるもの）」

### ●内縁の夫・妻(①)、同性パートナー(②)、3親等外の親族(③)、財産管理人(④)からの代理請求となる場合には、以下の書類もあわせてご提出ください。

- ①「未届の夫・妻」等と記載があり、かつ被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票（続柄記載のあるもの）」
- ②地方自治体により発行された「パートナー証明書等」および被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票（続柄記載のあるもの）」
- ③被保険者と指定代理請求者の続柄が確認できる「戸籍謄本」および被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票（続柄記載のあるもの）」
- ④被保険者と指定代理請求者の財産管理委任契約が有効であることが確認できる「財産管理契約書」

### ●代理請求特約が付加されていない契約の場合は、以下の書類もあわせてご提出ください。

<被保険者と（指定）代理請求者が同居している場合>

- ・世帯全員の住民票（続柄記載のあるもの）

<被保険者と（指定）代理請求者が同居していない場合>

- ・健康保険被保険者証のコピー（\*1）

（カード式の場合は被保険者と（指定）代理請求者それぞれのカードのコピー（\*1）および被保険者と（指定）代理請求者の続柄が判明する戸籍謄本（抄本））

（\*1）保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください

## 請求書類一覧

## 特定疾病保険金、リビングニーズ特約保険金等

特定疾病保険金には7大疾病保険金、がん・上皮内新生物保険金を含みます

請求時に必要な書類は以下のとおりです。  提出もれがないかご確認をお願いします

	書類のご説明	省略できる場合
1	保険金・給付金請求書 <個人番号申告にかかる委任状>  ▼特定疾病保険金の場合	省略できません
2	診断書  ▼リビング・ニーズ特約保険金の場合	省略できません
3	団体保険用 診療証明書 [リビング・ニーズ特約]	省略できません

※診断書や戸籍謄本等の取得費用は、お客さまのご負担となります。ただし、保険金・給付金をお支払いできなかった場合でかつ当社所定の要件を満たす場合には、診断書原本のご提出1通につき所定の金額をお支払いします。

該当する場合に必要な書類です。

「必要となる場合の例」をご覧ください  
提出もれがないかご確認をお願いします

		書類のご説明	必要となる場合の例
4	被保険者の戸籍謄本	(各契約の保険金額が500万円以下の場合、ご提出は不要です) ・発行後6ヵ月以内のものをご提出ください(コピーでの提出可)	受領代行(受取人以外への口座送金)または受取人以外が手続きする場合
5	親権者の本人確認書類(コピー)	(各契約の保険金額が500万円以下の場合、ご提出は不要です) ・次の書類のうち、氏名、現住所、生年月日が確認できるもの、発行日・発行元がある場合は確認できるもの、有効期間がある場合は、有効期間中のものをご提出ください 【本人確認書類】 ●「個人番号カード(表面(顔写真がある面))のみ」●「運転免許証」 ●「運転経歴証明書(交付日が2012年4月以降のものに限る)」●「パスポート」 ●「健康保険被保険者証」(*1) ●「カード式健康保険被保険者証」(*1) ●「国民健康保険高齢受給者証」(*1) ●「年金手帳」(*2) ●「住民基本台帳カード(写真付き)」●「特別永住者証明書」 ●「在留カード」●「身体障害者手帳」●「福祉手帳」●「母子健康手帳」いずれかのコピー ●「印鑑証明書」(発行後6ヵ月以内のもの、コピーでの提出可)  ・受取人が2名以上の場合は、受取人全員の本人確認書類(コピー)をご提出ください ・受取人が未成年の場合は、親権者・後見人の本人確認書類(コピー)をご提出ください	受取人が未成年の場合
6	受取人の印鑑証明書	(各契約の保険金額が500万円以下の場合、ご提出は不要です) ・発行後6ヵ月以内のものをご提出ください(コピーでの提出可) ・本人確認書類としても利用できます	受領代行(受取人以外への口座送金)の場合
7	個人番号(マイナンバー)申告書	・当会社所定の用紙をご提出ください ・受取人が2名以上の場合は、受取人数分の申告書が必要です 【支払調書作成の対象となる場合】 支払われる保険金が一時金でなく年金で支払われる場合に、年金年額が20万円を超えるとき	支払調書作成の対象となる場合
8	個人番号確認書類	次のいずれか1点を7の「個人番号(マイナンバー)申告書」に貼付しご提出ください ●個人番号カードコピー(個人番号の記載のある面) ●個人番号記載の住民票コピー ●通知カードコピー ※記載されている個人番号(マイナンバー)にすべて個人番号保護シールを貼付のうえご提出ください	

※「必要となる場合の例」は一例です。記載例以外の事由により、必要となる場合があります。

■成年後見人等からのお手続き

被保険者ご本人が「保険金等を請求し、受け取る行為」の意味が理解できず、かつ、保険契約上の代理請求ができないときは、成年後見人等からのお手続きとなります。成年後見人等が選任されていない場合は、最優先順位の法定相続人2名からのお手続きとなり、上記書類に加え「確認通知書」を印鑑証明書とあわせてご提出いただくこととなります。この場合、口座名義人は被保険者ご本人の名義としてください。成年後見人等からのお手続きの場合、「登記事項証明書または家庭裁判所の審判書のコピー(いずれも発行(交付)後6ヵ月以内のもの)」をご提出ください。

■代理請求のお手続き

保険契約上の代理請求(指定代理請求者からの請求もしくは死亡保険金受取人からの代理請求)となる場合は、上記に加え、次の書類をご提出ください。

- ・「指定代理請求についての事情届」・「指定代理請求についての確認書」
- ・指定代理請求者の印鑑証明書(各契約の保険金・給付金額が500万円以下の場合、ご提出は不要です)

- 戸籍上の配偶者、直系親族、兄弟姉妹、3親等内の親族からの代理請求となる場合は、以下の書類もあわせてご提出ください。  
・被保険者と指定代理請求者の続柄が確認できる指定代理請求者の「戸籍謄本」または「住民票(続柄記載のあるもの)」

- 内縁の夫・妻(①)、同性パートナー(②)、3親等外の親族(③)、財産管理人(④)からの代理請求となる場合には、以下の書類もあわせてご提出ください。  
①「未届の夫・妻」等と記載があり、かつ被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票(続柄記載のあるもの)」  
②地方自治体により発行された「パートナー証明書等」および被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票(続柄記載のあるもの)」  
③被保険者と指定代理請求者の続柄が確認できる「戸籍謄本」および被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票(続柄記載のあるもの)」  
④被保険者と指定代理請求者の財産管理委任契約が有効であることが確認できる「財産管理契約書」

- 代理請求特約が付加されていない契約の場合は、以下の書類もあわせてご提出ください。

<被保険者と(指定)代理請求者が同居している場合>

- ・世帯全員の住民票(続柄記載のあるもの)

<被保険者と(指定)代理請求者が同居していない場合>

- ・健康保険被保険者証のコピー(\*1)

(カード式の場合は被保険者と(指定)代理請求者それぞれのカードのコピー(\*1)および被保険者と(指定)代理請求者の続柄が判明する戸籍謄本(抄本))

(\*1) 保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください

(\*2) 年金手帳等の基礎年金番号(記号・番号)はマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください

請求時に必要な書類は以下のとおりです。  提出もれがないかご確認をお願いします

		書類のご説明	省略できる場合
1	保険金・給付金請求書 〈個人番号申告にかかる委任状〉	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当会社所定の請求書をご提出ください</li> <li>・受取人が未成年の場合は、親権者・後見人のご署名、押印が必要となります</li> </ul>	省略できません
2	治療状況報告書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・給付金をご請求する際、当会社所定診断書に代えて治療状況報告書でのご請求が可能です</li> <li>・添付書類で支払可否が判断できない場合は、当会社所定の診断書をご提出いただく場合があります</li> </ul> <b>【治療状況報告書の取扱条件】</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 給付金の請求であること</li> <li>2. 給付金種類に応じた客観資料の提出があること ⇒詳細は下表「客観資料の準備」を参照ください</li> <li>3. 退院後の請求であること(入院中のときはご利用できません)</li> <li>4. 医療機関での入院であること(整骨院や接骨院は除く) ※柔道整復師法に定める施設所(整骨院や接骨院)は医療機関には該当しません</li> </ol>	省略できません
3	医療機関発行の客観資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご請求の給付金種類に応じてご提出ください(資料はいずれもコピーでの提出可です) ⇒詳細は下表「客観資料の準備」を参照ください</li> </ul>	

▼治療状況報告書をご利用できない場合

4	診断書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当会社所定の診断書をご提出ください</li> </ul>	治療状況報告書 をご利用できる 場合
---	-----	--	--------------------------

※「省略できる場合」は一例です。その他の事由により、省略できない場合があります。

「客観資料の準備」 給付金種類により添付する客観資料を確認、ご準備ください。資料はいずれもコピーでの提出可です。

給付金種類	●入院給付金 ●入院支援給付金	●三大疾病入院給付金 ※「疾病入院給付金」の倍額を 給付する給付金	●手術給付金	〈治療支援給付特約 ご加入者限定〉 ●外来手術給付金 ●外来放射線治療給付金	●集中治療給付金	●先進医療給付金
客観資料(添付資料)	□ 領収書	□ 領収書 および □ 入院診療計画書等	□ 領収書 および □ 診療明細書	□ 領収書	□ 診断書	□ 診断書 および □ 領収書
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院期間(入院日、退院日等)が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院期間(入院日、退院日等)が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー</li> <li>・がん、急性心筋梗塞、脳卒中等の病名が記載されている医療機関発行の入院診療計画書等のコピー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手術を受けたことが客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー</li> <li>・手術名等が客観的に確認できる医療機関発行の診療明細書のコピー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来手術、外来放射線治療を受けた日が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー(治療を受けた日の療養に係る診療(調剤)報酬点数が記載されたもの)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病名・入院期間(入院日・退院日等)・集中治療室治療期間(開始日・終了日等)の治療状況詳細が確認できる医師の署名または押印のある診断書のコピー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病名・先進医療技術名等の治療状況詳細が確認できる医師の署名または押印のある診断書のコピー</li> <li>・先進医療の治療を受けた日および先進医療の技術に係る費用が客観的に確認できる医療機関発行の領収書等のコピー</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>※外来・入院中を含みます</li> <li>※ご加入内容を確認のうえ、治療支援給付特約の「外来手術給付金」のみ請求の場合は右欄「●外来手術給付金」を確認ください</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※治療支援給付特約の「外来手術給付金」「外来放射線治療給付金」のみ請求の場合</li> <li>※治療支援給付特約以外の「手術給付金」も請求の場合は左欄「●手術給付金」を確認ください</li> </ul>		

上記以外の保険金・給付金についてはご利用できません

⚠ 医療機関発行の領収書・診療明細書等の保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください。

※診断書や戸籍謄本等の取得費用は、お客さまのご負担となります。ただし、保険金・給付金をお支払いできなかった場合でかつ当会社所定の要件を満たす場合には、診断書原本のご提出1通につき所定の金額をお支払いします。

該当する場合に必要な書類です。

「必要となる場合の例」をご覧ください  
提出もれがないかご確認をお願いします

		書類のご説明	必要となる場合の例
5	受傷状況報告書 (団体保険用)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当会社所定の用紙をご提出ください</li> <li>・発生状況、原因、経過など詳しくご記入ください</li> <li>・関連する新聞記事などございましたらあわせてご提出ください</li> <li>・受傷状況が不明な不慮の事故などの場合はご提出いただくことがあります</li> </ul>	災害(不慮の事故)が原因の場合
6	受取人の印鑑証明書	(各契約の保険金・給付金額が500万円以下の場合、ご提出は不要です) <ul style="list-style-type: none"> <li>・発行後6ヵ月以内のものをご提出ください(コピーでの提出可)</li> <li>・本人確認書類としても利用できます</li> </ul>	受領代行(受取人以外への口座送金)の場合

※「必要となる場合の例」は一例です。記載例以外の事由により、必要となる場合があります。

■ 成年後見人等からのお手続き

被保険者ご本人が「保険金等を請求し、受け取る行為」の意味が理解できず、かつ、保険契約上の代理請求ができないときは、成年後見人等からのお手続きとなります。成年後見人等が選任されていない場合は、最優先順位の法定相続人2名からのお手続きとなり、上記書類に加え「確認通知書」を印鑑証明書とあわせてご提出いただくこととなります。この場合、口座名義人は被保険者ご本人の名義としてください。成年後見人等からのお手続きの場合、「登記事項証明書または家庭裁判所の審判書のコピー(いずれも発行(交付)後6ヵ月以内のもの)」をご提出ください。

■ 代理請求のお手続き

保険契約上の代理請求(指定代理請求者からの請求もしくは死亡保険金受取人からの代理請求)となる場合は、上記に加え、次の書類をご提出ください。

- ・「指定代理請求についての事情届」・「指定代理請求についての確認書」
  - ・指定代理請求者の印鑑証明書(各契約の保険金・給付金額が500万円以下の場合、ご提出は不要です)
- 戸籍上の配偶者、直系親族、兄弟姉妹、3親等内の親族からの代理請求となる場合は、以下の書類もあわせてご提出ください。
- ・被保険者と指定代理請求者の続柄が確認できる指定代理請求者の「戸籍謄本」または「住民票(続柄記載のあるもの)」
- 内縁の夫・妻(①)、同性パートナー(②)、3親等外の親族(③)、財産管理人(④)からの代理請求となる場合には、以下の書類もあわせてご提出ください。
- ① 「未届の夫・妻」等と記載があり、かつ被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票(続柄記載のあるもの)」
  - ② 地方自治体により発行された「パートナー証明書等」および被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票(続柄記載のあるもの)」
  - ③ 被保険者と指定代理請求者の続柄が確認できる「戸籍謄本」および被保険者と同居していることが確認できる世帯全員の「住民票(続柄記載のあるもの)」
  - ④ 被保険者と指定代理請求者の財産管理委任契約が有効であることが確認できる「財産管理契約書」
- 代理請求特約が付加されていない契約の場合は、以下の書類もあわせてご提出ください。
- <被保険者と(指定)代理請求者が同居している場合>
    - ・世帯全員の住民票(続柄記載のあるもの)
  - <被保険者と(指定)代理請求者が同居していない場合>
    - ・健康保険被保険者証のコピー(注\*)
    - (カード式の場合は被保険者と(指定)代理請求者それぞれのカードのコピー(注\*)および被保険者と(指定)代理請求者の続柄が判明する戸籍謄本(抄本))
    - (注\*) 保険者番号および被保険者等記号・番号、二次元コードはマジックで黒く塗りつぶすなどマスキングしてください