

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 医療保険(損害保険)の受取人については、病気・けがをされた方ご自身が受取人となります。

B 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

C 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。

D 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。

● 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。

受取人記入欄

フリガナ	ワカバ カオル	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	大正 <input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/>
氏名	A ▶ 若葉 薫	請求者	住所(自宅)	〒171-0033 B ▶ 東京都豊島区高田3-35 B ▶ ○×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	親権者・後見人署名欄	電話	03 - 1234 - 5678	
金融機関名	明安 銀行	金融機関コード	振込先口座	1 2 3 4	
本支店名	駅前 支店	本支店コード(店)	預金種目	7 8 9	
口座名義人(カナ)	ワカバ カオル	口座番号	口座番号	5 6 7 8 D	
保険会社名	〇〇損害保険	保険種目	証券番号	123456789	
代理店	明治安田生命	代理店	代理店		

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	一ニハ 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

- 保険約款の規定により、下記契約の保険金を請求します。
- 貴社が業務委託を行なう明治安田生命保険相互会社が本書類等保険契約に係わる一切の書類を取り扱い、情報を知り得ることに同意します。

団体番号 9 1 9 0 1 3 2 2 0 0 0 0 0 1

契約者	
団体名	三重県市町村職員共済組合

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"/> こども <input type="checkbox"/> 会社負担分
被保険者カナ氏名	

請求項目
<input checked="" type="checkbox"/> 入院・手術

受取人記入欄

表紙記載の<個人情報のお取り扱い>の同意事項を確認し、同意のうえ、請求します。

- 指定の口座への振込みをもって受領したものと認め、保険金受領書は提出いたしません。
- 本件については貴社(または貴社が指名する者)が医療機関関係者に対し私の検査・治療に関する説明を求めることに同意します。
- 「保険金」の請求者が2名以上になる場合

請求者全員の協議により代表者として選出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請求者が連帯して責任を負い、貴社に一切迷惑をかけません。
 ※被保険者さまの死亡の場合は、「代表請求者選任届」に記載の<確認事項>をご確認のうえ、お手続きください。

請求者	氏名	フリガナ	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 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)	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> お勤め先 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 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		▼請求者様の名義以外の口座へ送金の場合のみご記入ください。 受領代行委任届 当保険金の請求にあたり、記載の口座名義人へ送金ください。 請求者様から見た口座名義人の続柄 [] 印 請求者様印
	本支店名	支店 本店 出張所 店	本支店コード(店番)		
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 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。			

この事故で支払対象となる他の保険会社の保険契約がある場合は記入してください。	保険会社名	保険種目	証券番号	保険会社受付欄	明治安田生命受付欄	代理店受付欄

生命保険のご請求は(生命保険用)をご使用ください。

請求書類一覧

入院給付金・手術給付金・先進医療給付金等

「客観資料の準備」(損害保険) 保険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。

保険金種類	客観資料(添付資料)
<ul style="list-style-type: none"> ● 疾病・傷害入院保険金 ● 疾病・傷害入院支援保険金 ● 疾病・傷害入院初期費用保険金 	<p><input type="checkbox"/> 領収書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
<ul style="list-style-type: none"> ● 疾病・傷害手術保険金 	<p><input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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
<ul style="list-style-type: none"> ● 三大疾病入院保険金 ● 糖尿病・高血圧入院保険金 ● 腎臓病・肝臓病入院保険金 ● 女性疾病入院保険金(悪性新生物のぞく) 	<p><input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・該当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
<ul style="list-style-type: none"> ● 三大疾病手術保険金 ● 糖尿病・高血圧手術保険金 ● 腎臓病・肝臓病手術保険金 ● 女性疾病手術保険金(悪性新生物のぞく) 	<p><input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 手術同意書等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 ・該当の病名が記載されている医療機関発行の手術同意書等のコピー
<ul style="list-style-type: none"> ● 女性疾病入院保険金(悪性新生物の場合) ● 女性疾病手術保険金(悪性新生物の場合) 	<p><input type="checkbox"/> 診断書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・傷病名・入院期間(入院日・退院日等)・手術日・病理組織診断結果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

介護保険・親介護保険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。

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
提出もれがないか確認をお願いします

	書類のご説明	必要となる場合の例
6	<p>受傷状況報告書 (団体保険用) 傷害事故状況報告書 兼事故証明書 (損害保険用)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当会社所定の用紙をご提出ください ・発生状況、原因、経過など詳しくご記入ください ・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 ・損害保険のご請求には「傷害事故状況報告書兼事故証明書(損害保険用)」をご提出ください ただし、「受傷状況報告書(団体保険用)」が兼用できます 	災害(不慮の事故)が原因の場合
7	<p>受取人の印鑑証明書</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(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) ・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 	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か月以内のもの)」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