

給付金・保険金(生存給付型)請求書

〈海外用〉

貴社の普通保険約款および特約条項に基づき、かつ「海外渡航のてびき」に記載の「お客さまの身体・健康状態に関する情報について」および「再保険にかかる取扱いについて」の内容に同意のうえ、下記のとおり給付金を請求します。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。口座振込みは下記の指定口座への送金完了をもって領収したものと認めます。また、本書の複写も同様の効果があることを承諾します。

請求者(受取人)住所・氏名	フリガナ	連絡先電話番号 ()

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

保険証券番号	
--------	--

請求者様が未成年の場合は、親権者または後見人の方がご署名ください。

請求区分	<input type="checkbox"/> 入院給付金 <input type="checkbox"/> 手術給付金 <input type="checkbox"/> その他 ()	入院・手術を された原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 交通事故以外の不慮の事故 <input type="checkbox"/> 病気
傷病者氏名	フリガナ	傷病者と被保険者との続柄	傷病者の生年月日 年 月 日

送金方法 (なお海外への送金の諸経費は請求者様にご負担いただきます)

①日本国内の金融機関でお受取りの場合 (日本語でご記入ください。また、貯蓄口座・払出証書以外をご指定ください。ゆうちょ銀行) (口座をご指定の場合は、「振込用口座番号」(店番3桁・口座番号7桁)をご記入ください)			
金融機関名	金融機関コード	本支店名	本支店コード
銀行 信組 信託 労金 信金 農協			
預金種目	口座番号(右づめでご記入ください)	口座名義人	
1. 総合・普通 2. 当座		フリガナ	
②海外の金融機関でお受取りの場合 (英語でご記入をお願いいたします)			
金融機関名		本支店名	
口座番号		口座名義人	
金融機関の住所 (国名までご記入ください)			

会社用欄

添付書類	取扱者	受付拠点	受付拠点受付日	備考
<input type="checkbox"/> 入院・手術証明書 <input type="checkbox"/> パスポートのコピー <input type="checkbox"/> 受傷状況報告書 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 交通事故証明書				