

# 給付金請求手続きのご案内(疾病用)

マニユライフ生命保険株式会社

このたび、被保険者様ご傷病の趣を承り心よりお見舞い申し上げます。

つきましては、給付金のご請求に必要な書類をご案内いたしますので、お取り揃えのうえご提出くださいますようお願い申し上げます。

お問い合わせ先： コールセンター 0120-063-730  
取 扱 店：

## 【 ご請求にあたってのお願い 】

1. 別紙注意事項「個人情報の取扱いについて」「お手続きにあたってご同意いただく内容」をご一読いただき、ご確認・ご同意の上ご請求くださいますようお願い申し上げます。
2. 傷病内容、事故状況、障害状態などにつきまして事実確認をさせていただくため担当の者がお伺いする場合がございますので、ご理解のうえご協力くださいますようお願い申し上げます。
3. 当社が特に必要と認めた場合には下記請求書類以外の書類の提出をお願いする事がありますので、ご了承くださいませようお願い申し上げます。
4. 各書類についてお受取人様控はございませんので、必要な場合はお手数ですがコピーをお取りくださいますようお願い申し上げます。

## 【 ご請求に必要な書類 】

ご提出前にご確認ください	書類	ご説明	ご請求内容	
			入院・手術・通院	通院のみ
<input type="checkbox"/>	保険金・給付金等 支払請求書	記入例をご参照のうえ、必要事項をお受取人様が自署・押印ください。 ※なお、お受取人様が病状等により自署・押印が困難なため代筆にてご請求される場合、代筆者様は代筆者様欄に自署・押印および代筆理由を記入してください。	/	
<input type="checkbox"/>	当社所定の 証明書 (原本)	同封の証明書を医療機関に提出のうえ、証明をいただいでください。 ※なお、ご契約およびご請求の内容により、証明書原本に代えて証明書コピーまたは領収証コピー等による簡易取扱でのお手続きが可能な場合があります。ご希望の際は、お手数ですが上記コールセンターまでお問い合わせください。	入院・手術・通院 証明書 (疾病用)	通院証明書 (疾病用)

ご提出前にご確認ください	ケースにより必要となる書類		※該当の有無を必ずご確認ください
	ケース	必要書類 (健康保険証・領収書コピー以外は発行後6ヵ月以内の原本)	
<input type="checkbox"/>	お受取人様が未成年の場合 (親権者様が代理請求人様となります)	お受取人様と親権者様の続柄が確認できる「戸籍謄本(抄本)」、「住民票」、または「健康保険証コピー」 ※ただし、親権者様がご契約の契約者様または死亡保険金(給付金)受取人様で続柄が確認できる場合は、省略可能です。	
<input type="checkbox"/>	お受取人様が会社・法人の場合	会社・法人の「印鑑証明書」、又は「登記簿謄本」 ※ただし、会社届出事項(代表者・会社組織・商号・届出印)に変更がなく、請求書に会社届出印または印鑑証明書印(印鑑証明書コピーの提出要)の押印があり、かつ500万円までのご請求の場合は省略可能です。	
<input type="checkbox"/>	家族型特約のご請求の場合	お受取人様(主契約の被保険者様)と被保険者様との続柄を確認できる「戸籍謄本(抄本)」、「住民票」、または「健康保険証コピー」	
<input type="checkbox"/>	ご請求金額が500万円を超える場合	お受取人様の「印鑑証明書」	
<input type="checkbox"/>	お受取人様死亡の場合で相続人様からのご請求の場合	相続人様の「印鑑証明書」、および被保険者様の相続人様であることを確認できる「戸籍謄本(抄本)」	
<input type="checkbox"/>	成年後見(補助・保佐・後見)開始の審判を受けている場合、または任意後見監督人の選任がなされている場合	「登記事項証明書」	
<input type="checkbox"/>	先進医療給付金をご請求される場合	所定の証明書に加えて先進医療にかかる技術料が確認できる「領収書コピー」	

# 保険金・給付金等支払請求書のご記入について

## Manulife 保険金・給付金等支払請求書 (兼保険料払込免除請求書)

UTV

マニライフ生命保険株式会社 御中

1 お客様情報 別紙注意事項及び約款に規定された事実確認の実施に同意し、下記契約の保険金・給付金等の支払等を請求します。(太線枠内の必要箇所について、ご記入・押印してください)

請求内容	保険金請求 <input type="checkbox"/> 給付金請求 <input checked="" type="checkbox"/>	被保険者様	国領 花子 様
記入日	2009 年 6 月 1 日		
種類 一証券番号	123 - 4567890 987 - 6543210 789 - 1111111	100 - 2233445 456 - 0011223	
受取人様 (自署)	フリガナ コクリョウ ハナコ 国領 花子 様	親権者様 後見人様 成年後見人様 指定代理請求人様	受取人様との続柄( ) 請求・同意 印
連絡先TEL	090 - ( 1234 ) - 5678	*印鑑証明書をご提出される場合は、印鑑証明印を押印してください。	

給付金請求に○をしてください。

受取人ご本人が別紙「個人情報の取扱いについて」「お手続きにあたってご同意いただく内容」を確認・同意の上、請求してください。  
 法人の場合は登記簿謄本上の法人名、役職および代表者名をご記入ください。  
 受取人は被保険者(傷病者)です。ただし、以下の場合は異なります。  
 ①「家族型」の場合  
 ⇒受取人は主契約の被保険者です。  
 ②「このこの保険」の場合  
 ⇒受取人は契約者です。  
 ③契約者かつ保険金受取人が法人の場合  
 ⇒受取人は契約者(法人)です。  
 ※(注)受取人が死亡されている場合は、受取人の相続人が請求してください。

受取人様をご契約者様で当社に登録されているご住所に変更がある場合は、現在お住まいのご住所をご記入ください。変更がない場合、記入不要です。

住所 (受取人様)	〒 1 8 2 - 8 6 2 1 東京 道 府 県	フリガナ コクリョウハナコ 調布市国領町5-34-1	(アパート・マンション等もご記入ください)
--------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------

2 ご送金口座情報 \*お振込は受取人様の口座をご記入願います。  
 \* ゆうちょ銀行へのお振込みをご指定される場合は、振込み用支店番号・口座番号をお調べのうえご記入願います。  
 下記口座を指定する。

マニライフ	銀行 信用金庫 労働金庫 農協 信用組合	国領	本店 支店 出張所
預金種目	1.普通 2.当座 4.貯蓄 9.別荘	口座番号	0 1 2 3 4 5 6
口座名義人(カタカナで記入)	コクリョウ ハナコ 様		

◆左記口座欄が未記入の場合  
 ◆左記口座欄記入に不備がある場合  
 受取人様をご契約者様であり、当社にご契約者様名義の保険料振替口座の登録がある場合は、保険料振替口座へご送金させていただきます。あらかじめご了承ください。

被保険者(傷病者)が未成年の場合は、親権者・後見人が別紙「個人情報の取扱いについて」「お手続きにあたってご同意いただく内容」を確認・同意の上、記入・押印してください。また、(続柄)を記入してください。

3 (1) 年金受取方法 下記のご請求に該当する場合のみ、受取方法を○印でご指定ください。  
 ①収入保険特約 ②年金払定期保険特約 ③このこの保険の育英年金 ④新総合保障保険  
 (2) 月払給付金受取方法 下記のご請求に該当する場合のみ、受取方法を○印でご指定ください。  
 ①(非喫煙者)家族収入保障特約 ②特定疾病収入保障特約  
 \*一部一括受取の場合には、月払給付金額のうち一括受取部分(月払給付金額ベース)を指定してください。ただし、月払受取部分の月払給付金額が(非喫煙者)家族収入保障特約の場合は8万円、特定疾病収入保障特約の場合は3万円を下回る金額となる指定はできません。

一括受取	年金受取	一括受取	月払受取	一部一括受取	00.00円
------	------	------	------	--------	--------

弊社より、ご記入内容等につきまして確認のご連絡をさせていただく場合がございます。連絡先は必ず日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。

4 保険証券を紛失された場合 死亡・高度障害・保険料払込免除・特定疾病・リビングニーズのご請求の場合のみ押印ください。

保険証券紛失届	この契約の保険証券を紛失しました。印鑑証明書を添えてお届けします。なお、後日発見した時は貴社にお返しします。	印鑑証明 印
取 扱 者	RO名・事業部名 請求書出力日	取扱店(支社・営業所・SSO・代理店名) 取扱者氏名
請求書ID		本社受理日

CB0031 (201001) 原本・本社・10年保存

受取人ご本人の口座を記入してください。受取人が未成年者の場合は親権者または後見人の口座を記入してください。法人の場合は法人名義の口座を記入してください。

## ご 注 意

1. 受取人が死亡されている場合、受取人の相続人が請求してください。この場合念書の提出が必要となります。なお、代表受取人は保険金・給付金等支払請求書および念書に必要な事項を記入・押印してください。代表受取人以外の相続人は連帯保証人として念書に必要な事項を記入・押印してください。
2. 受取人が成年後見人制度を利用している場合は、成年後見人等の法定代理人が請求してください。
3. 送金指定口座欄は保険料振替口座または受取人ご本人(未成年の場合または成年後見人制度を利用している場合、親権者・後見人、成年後見人等)の口座を記入してください。ただし、受取人が個人の場合は、法人名義の保険料振替口座は指定できません。
4. 受取人様に特別なご事情(ご病気、お怪我等の理由により)があり、ご記入できない場合は弊社へその旨お申下下さい。
5. 押印はインク浸透タイプの印以外の印をご使用ください。

マニライフ生命保険株式会社 御中

**1 お客様情報** 別紙注意事項及び約款に規定された事実確認の実施に同意し、下記契約の保険金・給付金等の支払等を請求します。(太線枠内の必要箇所について、ご記入・押印ください)

請求内容	<input type="checkbox"/> 保険金請求 <input type="checkbox"/> 給付金請求                 (同時請求の場合は両方に○をしてください)	被保険者様	様
記入日	年 月 日		
種類 —証券番号			
受取人様	フリガナ (自署) 請求・同意 印	親権者様 後見人様 成年後見人様 指定代理請求人様 請求・同意 印	受取人様との続柄〔 〕 様
連絡先TEL	— ( ) —	*印鑑証明書をご提出される場合は、印鑑証明印を押印してください。	

支払計算書の送付先住所をご記入ください。受取人様がご契約者様で当社に登録されている住所に変更がない場合は、記入不要です。変更がある場合、または別の住所へ送付をご希望の場合はご希望の住所をご記入ください。(住所変更届けは別途申請ください。)空欄の場合は、当社登録のご契約者様住所へ送付いたします。

支払計算書 送付先住所	〒	フリガナ	(アパート・マンション名もご記入ください)
	都 道 府 県		

**2 ご送金口座情報**

\*お振込先は受取人様の口座をご記入願います。  
\* ゆうちょ銀行へのお振込みをご指定される場合は、振込み用支店番号・口座番号をお調べのうえご記入願います。

下記口座を指定する。

銀行 信用金庫 信用組合	労働金庫 農協	本店 支店 出張所	◆左記口座欄が未記入の場合 ◆左記口座欄記入に不備がある場合 受取人様がご契約者様であり、当社にご契約者様名義の保険料振替口座の登録がある場合は、保険料振替口座へご送金させていただきます。あらかじめご了承ください。
預金種目	1.普通 2.当座 4.貯蓄 9.別段	口座番号	
口座名義人(カタカナで記入)		様	
会社使用欄 (金融機関コード)	機関 コード	支店 コード	

**3 (1) 年金受取方法**

下記のご請求に該当する場合のみ、受取方法を○印でご指定ください。

- ①収入保障特約 ②年金払定期保険特約  
③このこの保険の育英年金 ④新総合保障保険

一括受取
  年金受取

**(2) 月払給付金受取方法**

下記のご請求に該当する場合のみ、受取方法を○印でご指定ください。

- ①(非喫煙者)家族収入保障特約  
②特定疾病収入保障特約

一部一括受取を指定の場合のみ一括受取部分(月払給付金額ベース)をご指定ください

一括受取
  月払受取
  一部一括受取
 ...
  円

\*一部一括受取の場合には、月払給付金額のうち一括受取部分(月払給付金額ベース)を指定してください。ただし、月払受取部分の月払給付金額が(非喫煙者)家族収入保障特約の場合は8万円、特定疾病収入保障特約の場合は3万円を下回る金額となる指定はできません。

**4 保険証券を紛失された場合**

死亡・高度障害・保険料払込免除・特定疾病・リビングニーズのご請求の場合のみ押印ください。

保険証券紛失届	この契約の保険証券を紛失しましたので(印鑑証明書を添えて)お届けします。なお、後日発見した時は貴社にお返しいたします。	印鑑証明印 印
---------	---	------------

RO名・事業部名	取扱店(支社・営業所・SSO・代理店名)
請求書出力日	取扱者氏名
請求書ID	

本社受理日	
-------	--

**「個人情報の取扱いについて」および「お手続きにあたってご同意いただく内容」を記載しております**

## 個人情報の取扱いについて

### 1. 利用目的について

当社はおお客様の個人情報をつぎの利用目的達成に必要な範囲で利用いたします。

- ①各種保険契約のお引受け、ご継続、維持管理、保険金・給付金等のお支払い
- ②含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- ③当社業務に関する情報提供・運営管理・商品・サービスの充実
- ④その他保険に関連、付随する業務

### 2. 機微(センシティブ)情報について

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、利用目的が限定されます。

当社は、事業の適切な業務運営を確保する必要性から、業務遂行上必要な範囲で、お客様の保健医療等の機微(センシティブ)情報を取得・利用いたします。なお、既に取得している機微(センシティブ)情報についても利用し、または第三者提供する場合があります。当社は、これらの機微(センシティブ)情報の取り扱いにつき、ご同意いただいたうえでご請求をお受けいたします。

### 3. 個人情報の第三者への提供について

#### ①再保険会社への提供

当社は、再保険会社に保険契約の引受けを申込む場合があり、この際、再保険会社による保険引受けや保険金等支払い等の判断に利用されるよう、再保険の対象となるお客様の氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する個人情報、および保健医療等の機微(センシティブ)情報を提供します。これらの取り扱いにつき、ご同意いただいたうえでご請求をお受けいたします。

#### ②契約者・被保険者・受取人が別人の際のそれぞれへの提供

当社は、契約者・被保険者・受取人がそれぞれ異なる保険契約の場合には、利用目的達成に必要な範囲で、各々の氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する個人情報、および保健医療等の機微(センシティブ)情報をそれぞれの方に提供することがあります。当社はこれらの取り扱いにつき、ご同意いただいたうえでご請求をお受けいたします。

### 4. 事実の確認について

ご提出いただきましたご請求書類等にて、保険金・給付金等のお支払い、ご契約のご継続・維持管理等の判断をいたしかねるときには、事実の確認をさせていただく場合があります。その場合、当社が委託した者に対し、ご請求書類等または請求対象者の個人情報を提供することがあります。また、請求対象者の健診・診療等に従事した医師または医療機関等関係先が当社または当社が委託した者に対し、請求対象者の健診・診療等に関して知り得た事実を提供すること、およびその証として当社が本書写しを医師または医療機関等関係先に交付または提示することがあります。なお、事実を確認する場合には、お支払い等の決定までにお時間がかかる場合があります。

### 5. 支払査定時照会制度について

平成17年1月31日から、当社は、社団法人生命保険協会、社団法人生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会(以下「各生命保険会社等」といいます)とともに、支払いの判断または保険契約もしくは共済契約等(以下、「保険契約等」といいます)の解除・取消もしくは無効の判断(以下「お支払い等の判断」といいます)の参考とすることを目的として、当社を含む各生命保険会社等の保有する保険契約等に関する(1)被保険者様の氏名、生年月日、性別、住所(2)保険事故発生日、死亡日、入院日、退院日、対象となる保険事故(照会を受けた日から5年以内)(3)保険種類、契約日、復活日、消滅日、ご契約者様の氏名および被保険者様との続柄、死亡保険金受取人様の氏名および被保険者様との続柄、死亡保険金額、各特約内容、保険料および払込方法等を共同して利用しております。

### 6. 契約内容登録制度・契約内容照会制度について

当社は、社団法人生命保険協会(「協会」)、協会加盟の他の生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会(総称して「各生命保険会社等」といいます)とともに、保険契約もしくは共済契約等(「保険契約等」)のお引受けの判断または保険金・給付金等のお支払の判断の参考とすることを目的として、保険契約等に関する所定の情報(被保険者名、死亡保険金額、入院保険金日額等)を協会に登録しております。協会に登録された情報は、同じ被保険者様について保険契約等のお申込みがあった場合または保険金等のご請求があった場合、協会から各生命保険会社等に提供され、各生命保険会社等において前述の目的のため利用されることがあります。

## お手続きにあたってご同意いただく内容について

◆貴社保険約款に基づき保険金・給付金等の支払を請求します。支払金がある場合は指定口座へ送金してください。なお、口座への入金をもって領収したものと認めます。

◆支払内容・変更事項については、約款に規定する保険証券の裏書にかえて「お支払計算書」等にて通知する場合があることに同意します。

◆請求人は被保険者または被保険者の親族および戸籍謄本等の請求書類に記載された親族等とともに、「個人情報の取扱いについて」を確認・同意の上請求します。なお、代表受取人請求の場合は、他の受取人とともに、「個人情報の取扱いについて」を確認・同意の上請求します。

◆被保険者の健診・診療等に従事した医師または医療機関等を含む関係先が、貴社または貴社の委託した者に、被保険者の健康状態を含む知りえた事実に関する記録(情報)を提供することに同意します。また、「個人情報の取扱いについて」を確認・同意します。(被保険者様のご病状により署名・押印が困難な場合はご親族の署名・押印で結構です。)

# 通院証明書（疾病用）

本証明書では、通院・ガン通院給付金のみ、ご請求いただくことができます。（入院/手術給付金のご請求には使用できません）

1.氏名		フリガナ	カルテ番号	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日																										
2.傷病	ア. 通院の原因となった傷病名	通院の原因となった傷病名を記入してください				傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください																												
		ICD10コード				医師推定 年 月 日																												
	イ. アの原因	アの原因となった傷病名や事故を記入してください				傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください																												
		ICD10コード				医師推定 年 月 日																												
	ウ. ア、イ以外の傷病(合併症を含む)	ア、イ以外の、通院治療の必要があった傷病(合併症を含む)があれば記入してください				傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください																												
		ICD10コード				医師推定 年 月 日																												
	エ. アの初診日	年 月 日			アの治療状況		治癒 継続 中止 転医																											
3.前医・紹介医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名	治療期間	年 月 日～年 月 日		医療機関	医師名																											
4.既往症・持病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	傷病名	治療期間	年 月 日～年 月 日		医療機関	医師名																											
5.通院	今回の治療にともなう通院日(往診日を含む)を○で囲んでください								合計日数																									
	年 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	合計	日
	年 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	合計	日
	年 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	合計	日
	年 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	合計	日
	年 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	合計	日
	年 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	合計	日
	年 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	合計	日
*合計通院日数を必ず記入してください⇒合計通院日数								日																										
6. 悪性新生物・上皮内新生物	病名告知	本人・家族に告知した日を記入してください		本人・家族に告げた病名を記入してください		種類 →	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他( )																											
		本人 年 月 日	本人( )	今回が初めて のガンですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →	いいえの場合 発生年月日	年 月 日																											
	病理組織学的検査	<input type="checkbox"/> あり	病理組織診断名を記入してください		診断確定日を記入してください		該当する悪性新生物の種類があれば選択(○)してください																											
		<input type="checkbox"/> なし			年 月 日		上皮内癌・非浸潤癌 浸潤性・その他																											
	上記以外の検査	<input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡的検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI <input type="checkbox"/> その他( )		検査日を記入してください		検査結果を記入してください																												
				年 月 日																														
上記の通り証明(診断)します						(証明日)		年 月 日																										
病院、診療所 または施設の 所在地 名称 診療科 電話番号		医師氏名				印																												

【お願い】訂正の場合は、必ず証明印による訂正印を捺印してください。