受取人　　様

マニュライフ生命保険株式会社
保険金部

保険金・給付金等請求お手続きのご案内

拝啓

平素は格別のお引き立てを賜り厚くお礼申し上げます。

さて、先般お問い合わせいただきました、保険金・給付金等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。

敬具

書類提出の流れ

動画でご紹介

書類提出の流れを**動画**でわかりやすくご紹介

一部端末・ブラウザでは再生できないことがあります。あらかじめご了承のほどお願いします。

スマートフォン・タブレットからアクセス

STEP1 必要書類の確認

お手続きに必要な書類をご確認ください。

「お手続きに必要な書類のご案内」→P2

STEP2 注意事項の確認

下記のページをご確認ください。

「お手続きにあたって」→P3

「個人情報の取扱いについて」→P4

STEP3 必要事項の記入

提出書類に必要事項をご記入ください。

「保険金・給付金等支払（事前査定）請求書」→P6

※その他に提出が必要な書類がありましたらご記入ください。

STEP4 書類の確認と返送

提出書類を今一度ご確認いただき、同封の返信用封筒にて弊社までご返信ください。

ご提出前にご確認ください。

- ☑ 書類の不足
- ☑ 記入もれ
- ☑ 押印もれ

お問合せ先 受付時間／月～金曜日 9時～17時（祝日および12月31日～1月3日は休業とさせていただきます）

マニュライフ生命 コールセンター

0120-063-730

UD FONT
見やすいユニバーサルデザインフォントを採用しています。

返送不要

CB0901ホ　(201701)

Manulife
マニュライフ生命

お手続きに必要な書類のご案内

ご提出いただく書類	原本	コピー	ご留意点	ご提出前にご確認ください
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受取人様が記入・押印してください。 なお、特段の事情により代筆にてご請求される場合は、代筆される方の 署名・押印と代筆の理由を請求書の所定欄にご記入ください。	□
入院・手術状況報告書	●		すべての項目をご記入ください。 なお、ご請求の内容により状況報告書による手続きがお取扱できない 場合がございます。その場合はあらためてご連絡させていただきます。	□
災害通院状況報告書	●		すべての項目をご記入ください。 なお、ご請求の内容により状況報告書による手続きがお取扱できない 場合がございます。その場合はあらためてご連絡させていただきます。	□
医療機関の領収書等 のコピー		●	被保険者様の氏名・診療期間・治療費が明記された医療機関の 領収書等のコピーをご提出ください。 手術給付金を請求される場合は被保険者様の氏名・手術名等が明記された 「診療明細書」のコピーをご提出ください。「手術同意書」の コピーがご用意できる場合は併せてご提出ください。	□
				□
				□
				□
				□
				□

公的証明書(戸籍謄本(抄本)、住民票、印鑑証明書)につきましては《公的証明書のご提出について(P3)》をご覧のうえお取り揃えください。

※ご留意点をご確認いただき該当する場合は下記の書類もご提出ください

ご提出いただく書類	原本	コピー	ご留意点	ご提出前にご確認ください
				□
				□

返送不要

Manulife
マニュライフ生命

⚠お手続きにあたって

必ずお読みください

別紙注意事項

公的証明書のご提出について

●公的証明書（戸籍謄本（抄本）、住民票、印鑑証明書）は、**発行日から6ヶ月以内のもの**をご提出ください。

●戸籍謄本（抄本）等の本籍地が記載された証明書をご提出される場合は、お手数ですが**本籍地は判読できないように黒く塗りつぶしたうえで**ご送付ください。判読可能な場合は、**受理後、弊社にて黒く塗りつぶさせていただきます。**

●住民票をご提出される場合は**住民票コード・マイナンバー（個人番号）が記載されていないもの**をご提出ください。記載されている場合は、**受理後、弊社にて判読できないように黒く塗りつぶさせていただきます。**

●ご提出いただきました書類は返却いたしません。

お手続きにあたって確認・同意いただく内容について

1. 受取人様（被保険者様または被保険者様の親族様等）は、**別紙「個人情報の取扱いについて」（P4）**を確認・同意のうえご請求ください。
2. 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。この場合、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請求書類等の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。
   また、事実の確認を実施する場合には、お支払い等の決定までにお時間がかかることがあります。
3. 支払事由日後に発生した引出予約または年金による支払金が、契約者様または年金受取人様の口座に入金している場合、通常の死亡給付金（死亡一時金）額より引出予約または年金による支払金額を差し引いた差額をお支払いします。
4. 年金（月払）受取の選択が可能な請求で年金（月払）受取を選択した場合の次回以降の送金口座は、今回ご指定いただいた口座となります。

※代表受取人様がご請求される場合は、受取人様全員が上記について確認・同意のうえご請求ください。

受取方法の指定について

●保険証券をご確認いただき下記の契約（特約）に該当する場合は、**保険金・給付金等支払請求書（P6）**の「❸受取方法の指定」欄にて受取方法を指定してください。

年金受取の対象	月払給付金受取の対象
①収入保障特約 ②年金払定期保険特約 ③こども保険の育英年金 ④新総合保障保険 ⑤無配当年金特約が付加された無配当終身保険 ⑥無配当年金特約が付加された変額保険Ⅰ型（有期型） ⑦無配当年金特約が付加された無配当外貨建終身保険 ※年金受取は円建支払のみです。	①（非喫煙者）家族収入保障特約 ②特定疾病収入保障特約 ③無配当無解約返戻金型家族収入保障保険 ※一部一括受取の場合、月払受取部分の月払給付金額をご指定ください。 ただし、月払給付金額は①・③については5万円、②については3万円をそれぞれ下回る金額の指定はできません。
受取方法	**受取方法**
一括受取 または **年金受取**	**一括受取** または **月払受取** または **一部一括受取**

●受取人様が遺族年金特約（＊1）を付加できるご契約（＊2）について、年金受取を希望される場合、別途「特約付加請求書」をご提出いただく必要があります。
ご請求に必要な書類を提出される前に**弊社変額年金／投資型商品カスタマーセンター 0120-925-008**へお問い合わせください。

＊1 遺族年金特約／新遺族年金特約／遺族年金特約A型
＊2 変額個人年金保険／通貨選択型個人年金保険Ⅰ型（保険種類等によっては付加できない場合がございます。）

返送不要

CB0525ホ （201708）

Manulife
マニュライフ生命

別紙注意事項

お客様の個人情報のお取扱いについて

1. 個人情報の利用目的および機微情報（＊1）のお取扱いについて

- マニュライフ生命は、個人情報の取扱いに関する指針を定め、お客様からご信頼いただける保険会社として、個人情報の適法かつ公正な方法による収集・利用、および適正な管理を通じてその正確性と機密性の保持に努めています。
- マニュライフ生命の個人情報の保護に関する方針（プライバシーポリシー）については、マニュライフ生命ホームページの「個人情報保護方針」をご覧いただくか、マニュライフ生命コールセンターにお問合せください。
- 個人情報の利用目的は下記のとおり、マニュライフ生命の商品・サービスを提供させていただくために必要な範囲に限定しています。また、お客様より個人情報を収集させていただきます際は、同目的を達成するために必要とする最小限の範囲といたします。
  - ・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
  - ・関連会社・提携会社を含む各種商品やサービスの案内・提供、ご契約の維持管理
  - ・マニュライフ生命の業務に関する情報提供・運営管理、商品やサービスの充実
  - ・その他保険に関連・付随する業務
- お客様の身体・健康状態等に関する機微情報は、上記利用目的の範囲内で、ご本人の同意のもとに取得・利用し、特に保護が必要とされる情報として厳重に管理します。なお、取得した機微情報を業務上必要かつ適切な範囲に限定してご契約者・受取人・募集関係者・事務担当者等に開示する場合があります。お申込みいただいたご契約が成立しなかった場合や、解約、保険期間満了など保険契約消滅後も、お客様からいただいた情報は所定の期間、マニュライフ生命が保管保存しますが、上記利用目的以外に利用することはありません。
- なお、機微情報には、マニュライフ生命がすでに取得・管理しているものも含まれます。

（＊1）要配慮個人情報を含みます。

2. 個人情報の第三者への提供について

【業務委託先または第三者への個人情報の取得依頼や提供】

- マニュライフ生命は、業務上必要な範囲内で、嘱託医、生命保険面接士、契約確認会社、国内外の外部情報処理業者・再保険会社（＊2）等に個人情報の取得依頼または提供を行なうことがあります。

【再保険会社への個人情報の提供】

- マニュライフ生命は、引受リスクを適切に分散するために、お引受けした保険契約の保険金支払いの一部を再保険会社に引受けてもらう再保険を行なうことがあります。この場合、再保険会社における当該保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い等のために、再保険の対象となるご契約の特定に必要なご契約者の個人情報のほか、被保険者の氏名、性別、生年月日、保険金額等のご契約内容に関する情報、および健康状態に関する情報など当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することがあります。

（＊2）再々保険以降の出再を含みます。

3. 個人情報の共同利用について

- マニュライフ生命は、お客様の保険契約等に関する所定の情報を一般社団法人生命保険協会（以下、「協会」といいます。）に登録し、協会および協会加盟の他の各生命保険会社等の特定の者と下記情報交換制度により共同して利用しています。詳細はマニュライフ生命ホームページの「個人情報保護方針」をご覧ください。

<契約内容登録制度・契約内容照会制度>

マニュライフ生命は、協会、協会加盟の他の各生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会（以下、「各生命保険会社等」といいます。）とともに、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。）のお引受けの判断または保険金もしくは給付金等（以下、「保険金等」といいます。）のお支払い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（契約者および被保険者の氏名、死亡保険金額、入院給付金日額、契約日、取扱会社名等）を協会に登録しています。協会に登録された情報は、同じ被保険者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。

<支払査定時照会制度>

マニュライフ生命は、協会、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、お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、「支払査定時照会制度」にもとづき、マニュライフ生命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、契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金受取人の氏名および被保険者との続柄、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います。

- マニュライフ生命は、マニュライフ・グループ（＊3）として適切な経営管理・内部管理を遂行するため、お客様の保険契約等に関する個人情報をマニュライフ・グループ間で共同利用させていただくことがあります。

（＊3）外国にある会社を含みます。

Manulife
マニュライフ生命

給付金・個人用

保険金・給付金等支払請求書のご記入について

ご記入(印字)された内容を訂正される場合は、受取人様のご請求印を押印のうえ訂正してください。
※給付金のみをご請求される場合、請求書❸は記入不要です。

①証券番号
他にもご請求対象の契約がございましたら、枠内にご記入ください。

②請求日
請求書記入日をご記入ください。

③受取人様自署
受取人様ご本人(代筆される場合は代筆者様)が別紙「お手続きにあたって確認・同意いただく内容について」(P3)、「個人情報の取扱いについて」(P4)を確認・同意の上、受取人様の戸籍上の氏名を記入・押印してください。

※受取人様は、被保険者(傷病者)様です。
ただし、以下の場合は異なります。
○「家族型」の場合
⇒受取人様は主契約の被保険者様
○「このこの保険」の場合
⇒受取人様は契約者様
○保険料払込免除の場合
⇒請求者(未経過保険料の受取人)は契約者様

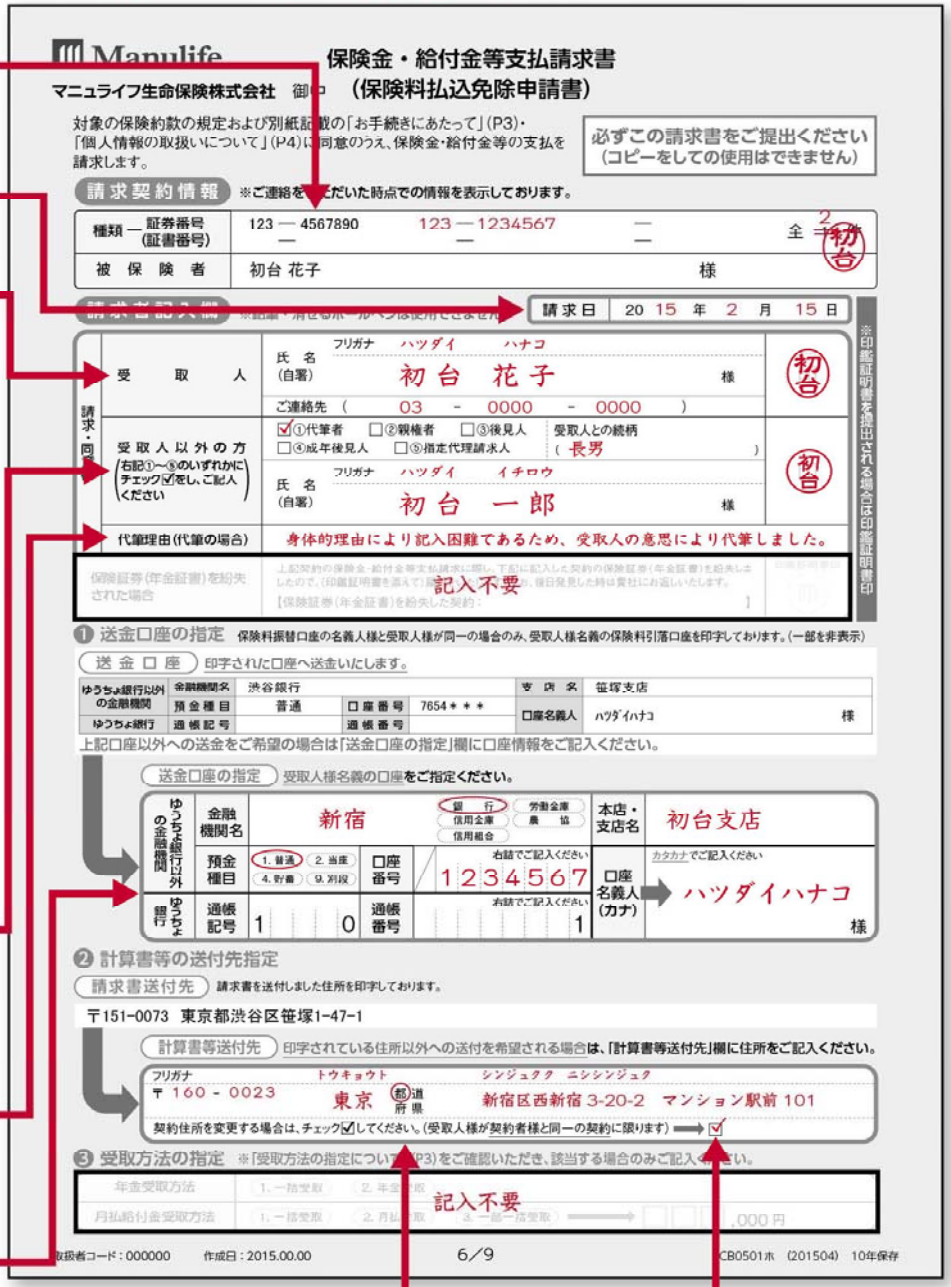
※印鑑証明書を提出される場合は、印鑑証明書印を押印してください。

④受取人様以外の方が請求される場合
代筆者様が記入される場合は、署名・押印し、代筆者様の項目にチェック☑・続柄をご記入ください。

⑤代筆理由
代筆によるお手続きの場合、代筆理由をご記入ください。

⑥ご指定の口座
受取人様ご本人名義の口座をご指定・ご記入ください。

※上記の「ご登録口座」欄に口座情報が記載されている場合で、その口座への送金をご希望される場合は記入不要です。



⑦計算書等送付先
計算書等の送付先をご指定・ご記入ください。

※上記の「請求書送付先」欄に記載されている住所への送付をご希望される場合は、記入不要です。

⑧契約住所の変更
ご記入いただいた住所にご契約の登録住所を変更される場合はチェック☑をつけてください。(受取人様が契約者様の場合に限ります。)

お問合せ先 受付時間／月～金曜日 9時～17時 (祝日および12月31日～1月3日は休業とさせていただきます)

マニュライフ生命 コールセンター
0120-063-730

返送不要

Manulife

保険金・給付金等支払請求書

マニュライフ生命保険株式会社　御中　**（保険料払込免除申請書）**

対象の保険約款の規定および別紙記載の「お手続きにあたって」(P3)・「個人情報の取扱いについて」(P4)に同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。

必ずこの請求書をご提出ください（コピーをしての使用はできません）

請求契約情報

※ご連絡をいただいた時点での情報を表示しております。

種類 — 証券番号（証書番号）	— — — — — —	全　件
被保険者		様

請求者記入欄

※鉛筆・消せるボールペンは使用できません。

請求日　20　年　月　日

請求・同意欄	受取人	フリガナ 氏名（自署）　様 ご連絡先（　－　－　）	印
	受取人以外の方（右記①～⑤のいずれかにチェック☑をし、ご記入ください）	□①代筆者　□②親権者　□③後見人 □④成年後見人　□⑤指定代理請求人 受取人との続柄（　）	
		フリガナ 氏名（自署）　様	印
	代筆理由（代筆の場合）		
保険証券（年金証書）を紛失された場合	上記契約の保険金・給付金等支払請求に際し、下記に記入した契約の保険証券（年金証書）を紛失しましたので、（印鑑証明書を添えて）届出をいたします。なお、後日発見した時は貴社にお返しいたします。 【保険証券（年金証書）を紛失した契約：　】	印鑑証明書印	印

※印鑑証明書を提出される場合は印鑑証明書印

❶ 送金口座の指定

保険料振替口座の名義人様と受取人様が同一の場合のみ、受取人様名義の保険料引落口座を印字しております。（一部を非表示）

「送金口座の指定」欄に口座情報をご記入ください。

送金口座の指定　受取人様名義の口座をご指定ください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関	金融機関名	銀行　労働金庫　信用金庫　農協　信用組合		本店・支店名	
	預金種目	1. 普通　2. 当座　4. 貯蓄　9. 別段	口座番号	右詰でご記入ください	口座名義人（カナ）　カタカナでご記入ください　様
ゆうちょ銀行	通帳記号	1　0	通帳番号	右詰でご記入ください　1	

❷ 計算書等の送付先指定

請求書送付先　請求書を送付しました住所を印字しております。

****

計算書等送付先　印字されている住所以外への送付を希望される場合は、「計算書等送付先」欄に住所をご記入ください。

フリガナ

〒　－　都道府県

契約住所を変更する場合は、チェック☑してください。（受取人様が契約者様と同一の契約に限ります）→ □

❸ 受取方法の指定

※「受取方法の指定について」(P3)をご確認いただき、該当する場合のみご記入ください。

年金受取方法	1. 一括受取　2. 年金受取
月払給付金受取方法	1. 一括受取　2. 月払受取　3. 一部一括受取 → □□□,000円

CB0501ホ　(201504)　10年保存

入院・手術状況報告書の取り扱いに関するご案内（マニュライフ生命）

1.「入院・手術状況報告書」のご利用条件

この「入院・手術状況報告書」は、以下のすべての条件を満たすときにご利用いただくことができます。

入院給付金のご請求の場合

①ご契約状況・ご請求内容が下記に当てはまること

・ご契約の責任開始日（復活日・特約の中途付加日を含む）から2年経過後に開始した入院
⇒入院日数60日以下

・ご契約の責任開始日（復活日・特約の中途付加日を含む）から2年以内に開始した入院
⇒入院日数7日以下

②傷病名により割増給付（※1）となる各種給付金がないこと

③特定部位・指定疾病不担保期間中の入院ではないこと

④退院後のご請求であること

（※1） 次の請求の場合にはご利用いただけません。
*特定のご病気による入院の場合にお支払いする給付金
（例：ガン入院給付金・成人病（生活習慣病）入院給付金・女性疾病入院給付金・支払限度延長により対象となる入院給付金等）
*特定の治療を受けられた場合にお支払いする給付金等
（例：先進医療給付金・抗ガン剤治療給付金等）

手術給付金のご請求の場合

①ご契約の責任開始日（復活日・特約の中途付加日を含む）から2年経過後の手術であること

②傷病名により割増給付（※1）となる各種給付金がないこと

③特定部位・指定疾病不担保期間中の手術ではないこと

④入院と同時にご請求の場合は左記【入院給付金のご請求の場合】の条件を満たしていること

⑤入院をともなう手術の場合は、入院期間中に実施した1回分の手術のみが対象

⑥ 放射線照射 ・ 抜歯手術以外の手術であること

（※1） 次の請求の場合にはご利用いただけません。
*特定のご病気による手術の場合にお支払いする給付金
（例：ガン手術給付金・悪性新生物根治手術として給付倍率40倍で支払われる手術給付金等）
*特定の治療を受けられた場合にお支払いする給付金等
（例：先進医療給付金・抗ガン剤治療給付金等）

2. あわせてご提出いただく書類

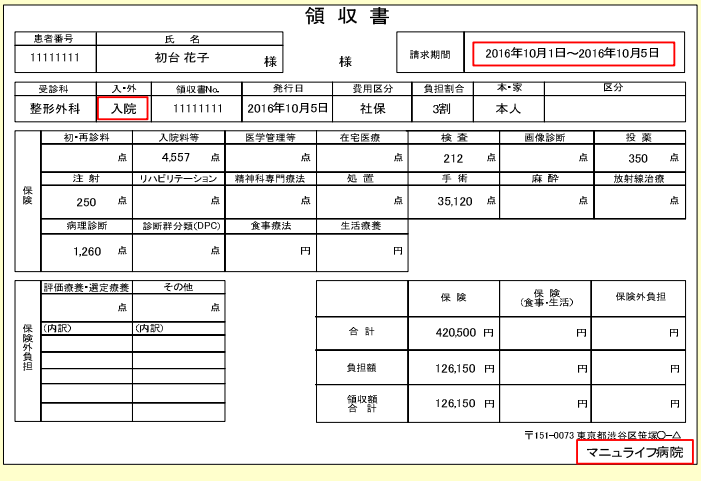
入院給付金のご請求の場合

入院期間が明記された医療機関発行の
☑「入院領収書」コピー
または
☑「退院証明書」コピー

「領収書」とは・・・

医療機関の会計窓口で受け取ることができる医療費の領収書のことです。入院期間が記載されたものをご提出ください。

≪「領収書」サンプル≫



領 収 書

患者番号	氏 名		請求期間
11111111	初台 花子 様	様	2016年10月1日～2016年10月5日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
整形外科	入院	11111111	2016年10月5日	社保	3割	本人	

保険

初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
点	4,557 点	点	点	212 点	点	350 点
注 射	**リハビリテーション**	**精神科専門療法**	**処 置**	**手 術**	**麻 酔**	**放射線治療**
250 点	点	点	点	35,120 点	点	点
病理診断	**診断群分類(DPC)**	**食事療法**	**生活療養**			
1,260 点	点	円	円			

保険外負担

評価療養・選定療養	その他
点	点
(内訳)	(内訳)

	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
合 計	420,500 円	円	円
負担額	126,150 円	円	円
領収額 合 計	126,150 円	円	円

〒151-0073 東京都渋谷区笹塚〇-△
マニュライフ病院

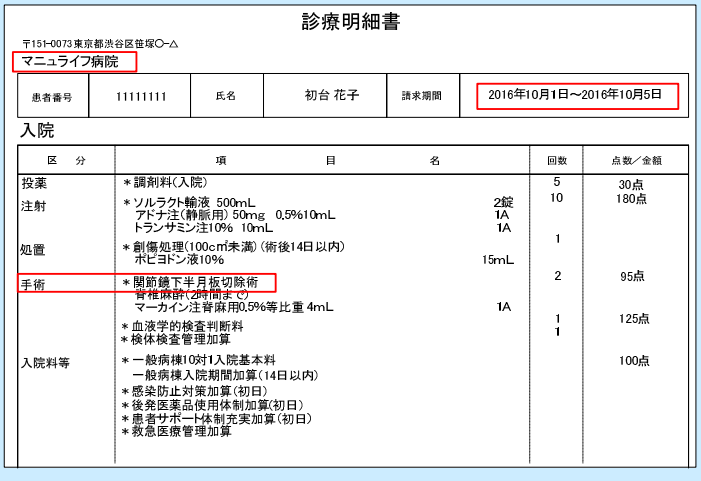
手術給付金のご請求の場合

手術名が明記された医療機関発行の
☑「診療明細書」のコピー
+
ご用意が可能な場合は「手術同意書」のコピー

「診療明細書」とは・・・

医療機関の会計窓口で受け取ることができる明細書のことです。治療中に受けた投薬・検査・手術等の詳細な情報が記載されています。手術名が記載されたものをご提出ください。
※「診療明細書」は「診療報酬明細書」や「医療費明細書」など医療機関によって名称が異なる場合があります。

≪「診療明細書」サンプル≫



診療明細書

〒151-0073 東京都渋谷区笹塚〇-△
マニュライフ病院

患者番号	11111111	氏名	初台 花子	請求期間	2016年10月1日～2016年10月5日

入院

区 分	項 目 名	回数	点数／金額
投薬	＊調剤料(入院)	5	30点
注射	＊ソルラクト輸液 500mL 2錠 アドナ注(静脈用) 50mg 0.5%10mL 1A トランサミン注10% 10mL 1A	10	180点
処置	＊創傷処理(100cm²未満)（術後14日以内） ポビドン液10% 15mL	1	
手術	＊関節鏡下半月板切除術 脊椎麻酔(2時間まで) マーカイン注脊麻用0.5%等比重 4mL 1A	2	95点
	＊血液学的検査判断料 ＊検体検査管理加算	1 1	125点
入院料等	＊一般病棟10対1入院基本料 一般病棟入院期間加算(14日以内) ＊感染防止対策加算(初日) ＊後発医薬品使用体制加算(初日) ＊患者サポート体制充実加算(初日) ＊救急医療管理加算		100点

上記条件を満たしていないことが判明した場合、またはご提出書類およびご記載内容から支払審査ができないと判断された場合は、大変お手数ですが、当社所定診断書のご提出をお願いする場合がございます。また、ご請求の内容によっては事実確認が必要となる場合がございますので、あらかじめご了承ください。

CB0050ホ(201908)

お客様記入用

入院・手術状況報告書

マニュライフ生命保険株式会社 御中

下記の記載内容は事実に相違ありません。万が一事実と相違することが判明した場合には、受領した給付金は貴社に返還いたします。また、傷病・入院・手術の内容等について貴社が医療機関に照会することに同意します。

被保険者様または受取人様がご記入ください。（被保険者様が未成年のときは親権者様または後見人様がご記入ください。）

年　月　日　被保険者様 または 受取人様 氏名　（自署）

傷病者氏名（被保険者名）		性別	1. 男　2. 女	生年月日	2. 大正　4. 平成　3. 昭和　5. 令和　年　月　日

初診日	年　月　日
ご請求の原因となった傷病名	※病気・ケガをされた部位も含めて詳細にご記入ください。左右がある身体部位につきましては、左・右・両側のいずれかに〇をしてください。（例：㊧大腿骨頚部骨折・㊨変形性膝関節症・㊧腎結石・両側 白内障・腰椎椎間板ヘルニアなど） 1.左　2.右　3.両側　傷病名

傷病の原因		ケガについて		
1. 病気 2. ケガ（交通事故） 3. ケガ（交通事故以外） ※ケガの場合のみ「ケガについて」にご記入ください。	⇒		受傷日時	年　月　日　午前・午後　時　分頃
			受傷場所	※ケガをされた場所をご記入ください。（例：自宅・新宿区初台〇丁目交差点など）
			受傷状況	※ケガをされた際の状況を具体的にご記入ください。（例：自宅の階段で転倒・交差点で停車中に後続車から追突されたなど）

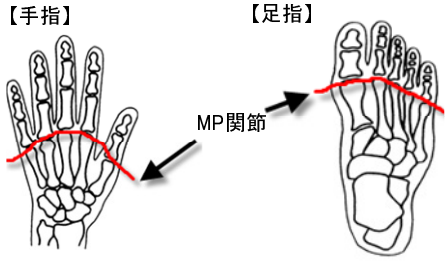
入院

入院期間	入院日　年　月　日　～　退院日　年　月　日
退院時の傷病の状況	1. 通院予定あり　2. 通院予定なし

手術

手術日	年　月　日
手術名・手術の術式	※手術を受けられた部位も含めて詳細にご記入ください。左右がある身体部位につきましては、左・右・両側のいずれかに〇をしてください。（例：例：㊧人工膝関節置換術・㊨経尿道的尿管ステント留置術・両側 レーザー後発白内障手術など） ※同日に複数回の手術を受けられた場合は全てご記入ください。 1.左　2.右　3.両側　手術名 ※術式をご選択ください。いずれにもあてはまらない場合は、記入不要です。 1. 開頭術　2. 穿頭術　3. 開胸術　4. 胸腔鏡　5. 開腹術 6. 腹腔鏡　7. ファイバースコープ/カテーテル 8. 経皮的　9. 経尿道的　10. 経膣的　11. レーザー ※手術部位が手指・足指の場合は、手術部位についてご選択ください。 1. MP関節よりも手足の甲側 2. MP関節よりも指側 3. MP関節上

MP関節とは・・・



医療機関

所在地		
医療機関名	電話番号	－ －
医師名	診療科	

CB0050ホ（201908）

お客様記入用

災害通院状況報告書

通院費用の領収証コピーのご提出が必要です。

マニュライフ生命保険株式会社 御中

下記の記載内容は事実に相違ありません。万が一事実と相違することが判明した場合には、受領した給付金は貴社に返還いたします。また、傷病・入院・手術の内容等について貴社が医療機関に照会することに同意します。

被保険者様または受取人様がご記入ください。（被保険者様が未成年のときは親権者様または後見人様がご記入ください。）

年　月　日　被保険者様 または 受取人様 氏名　（自署）

傷病者氏名（被保険者名）		性別	1. 男　2. 女	生年月日	2. 大正　4. 平成　3. 昭和　5. 令和	年　月　日

ご請求の原因となった傷病名

※ケガをされた部位も含めて詳細にご記入ください。（例：頭部打撲、膝関節捻挫、右手親指骨折等）

傷病名

頸部症候群、腰痛の場合（他覚症状）

頸部症候群（むちうち症）または腰痛の場合は「他覚症状」※の有無について、記入ください。

※他覚症状・・・客観的に確認できる画像検査所見＜MRI,CT,X-P等＞や、神経学的検査所見
＜筋力低下・知覚障害・腱反射の亢進や低下や消失等＞の計測結果

画像検査での異常所見　1. 無　2. 有 ⇨ 有の場合：詳細（　　）

その他検査での異常所見　1. 無　2. 有 ⇨ 有の場合：詳細（　　）

事故状況

受傷日時	年　月　日　午前 午後　時　分頃
受傷場所	※ケガをされた場所をご記入ください。（例：自宅・新宿区初台〇丁目交差点など）
受傷内容	1. 交通事故　2. 交通事故以外
受傷状況	※ケガをされた際の状況を具体的にご記入ください。（例：自宅の階段で転倒・ 交差点で停車中に後続車から追突されたなど）

治療期間

通院期間　初診　年　月　日 ～　年　月　日　1.治癒　2.通院継続

通院日（〇印を記入してください）

	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
月																																日
月																																日
月																																日
月																																日
月																																日
月																																日

なおった日

平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になおっていますか？

1.なおっている ⇨ なおった日　年　月　日 ・ 2.なおっていない

医療機関

所在地

名称　電話番号　－　－

治療医・柔道整復師　科　先生

⚠ この「災害通院状況報告書」は以下の①～②のすべての条件を満たすときにご利用いただくことができます。

① 「通院費用（診療費）領収書」のコピー（※1）をご提出いただけること

② 請求通院日数が下記の範囲であること

災害通院給付金の請求　：1回の事故について請求通院日数が10日以下

通院給付金のみの請求（※2）：1回の入院について請求通院日数が30日以下

＊平常の生活または業務に従事することに支障がない程度になおった日以降の通院はお支払対象外です。

（※1）通院者氏名・通院日・治療費・医療機関名等が明記された医療機関発行の領収書のコピー
病院・診療所・柔道整復師施術所の発行したものに限ります。（薬局の領収書はお取扱できません。）

（※2）入院給付金・ガン通院給付金のご請求にはご利用いただけません。

CB0506ホ(201908) 原本-本社-10年保存