

医療保険

保険金請求書

CHUBB®

請求前にご確認ください

この請求書は医療保険の保険金請求書です。

保険内容はお加入内容により異なります。
お手元の保険証券や重要事項説明書等をご確認ください。

以下の資料を手元にご準備の上、請求書の必要項目をすべて記入ください。

- ・保険証券または加入証明書
- ・傷病名、医療機関名、治療内容わかるもの
- ・その他各保険金請求に必要な書類

記入いただいた内容に関し、お問い合わせさせていただきます。また、内容により診断書など追加書類の提出をご依頼する場合がございます。

担当者からのお問い合わせは、請求書記載のメールアドレス・携帯番号・ご住所のいずれかへご連絡いたします。

医療総合保険 保険金請求書

貴社が本保険金請求に関する個人情報を、保険契約の履行（保険金支払の可否、支払金額の算定など）および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を取得、利用、提供することに同意します。

ご確認ください

請求項目に✓願います	ご記入いただく欄							
<input type="checkbox"/> ご病気による入院・手術・入院一時金・診断一時金など	1	2	3	4				
<input type="checkbox"/> おケガによる入院・手術・入院一時金・後遺障害・死亡など	1	2	3	4	5			
<input type="checkbox"/> 先進医療費用保険金	1	2	3	4		6		
<input type="checkbox"/> 葬祭費用保険金	1	2	3				7	
<input type="checkbox"/> 歯科保険診療通院一時金	1	2	3	4				8

1. 契約情報

保険証券番号または加入証明者番号			
契約者氏名		契約者氏名フリガナ	

2. 保険金請求者情報、ご連絡先

※保険金請求者は原則として被保険者（ご病気・おケガを被られご治療を受けた方）となります。ただし、被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご請求ください。

治療を受けた方（被保険者）氏名		被保険者氏名フリガナ	
契約者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
親権者、法定相続人またはご遺族の氏名 ※本人が請求手続きできない場合のみ			
本請求についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 親権者または法定相続人等の代理人		
メールアドレス			
携帯番号	-	-	日中連絡先 (携帯のない方のみ)
郵便番号	〒 -	住所	

3. 保険金支払先

<input type="checkbox"/> 金融機関（ゆうちょ銀行以外）口座へ支払い希望 … 以下を記入ください			
金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> 信用組合		
支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 支店コード(3桁)		
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号(7桁)		
口座名義（カタカナ）※被保険者本人名義口座を記載ください			
<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行口座へ支払い希望 … 以下を記入ください			
ゆうちょ銀行 通帳記号(5桁)		記号番号 (8桁)	
口座名義（カタカナ）※被保険者本人名義口座を記載ください			

※被保険者が未成年の場合は親権者口座をご指定いただけます。
被保険者が亡くなっているなど、代理請求の場合は別途書類のご提出をお願いいたします。

4. 治療状況申告欄			
初診日 (YYYY/MM/DD)		診断日 (YYYY/MM/DD)	
傷病名・診断名			
入院	入院期間 (YYYY/MM/DD) :	~	(入院日数 : 日間)
	入院期間 (YYYY/MM/DD) :	~	(入院日数 : 日間)
手術	手術名 :	手術日 (YYYY/MM/DD) :	
	手術名 :	手術日 (YYYY/MM/DD) :	
	手術名 :	手術日 (YYYY/MM/DD) :	
入院・手術を受けた医療機関	① 名称 :	診察券番号 :	電話番号 : - -
	② 名称 :	診察券番号 :	電話番号 : - -
	③ 名称 :	診察券番号 :	電話番号 : - -
治療状況	<input type="checkbox"/> 治癒または寛解 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中または再診予定有 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 後遺障害残存※おケガのみ <input type="checkbox"/> その他 ()		

5. 事故の内容 ※おケガによる保険金請求の場合			
いつ起こりましたか	日付 (YYYY/MM/DD)		時刻 (24 時間表記) : :
場所はどこですか	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 以下場所 <input type="checkbox"/> 海外 (国名 : 都市名 :) 都道府県 市群区		
どのように起こりましたか	例 : 交差点を横断中、車と接触し強く頭を打ってしまい救急搬送された。		
運転免許証 (運転中のみ、事故時点で有効なもの)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有効期限 (YYYY/MM/DD)	

6. 先進医療保険金申告欄 ※先進医療費用保険金請求の場合	
先進医療技術名	
お支払いされた技術料	円
医療機関名	

7. 葬祭費用申告欄 ※葬祭費用を請求する場合			
項目	金額	支払い日 (YYYY/MM/DD)	支払先
例) 告別式費用	480,000 円	2023/3/1	○×葬儀社
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		

※領収書の PDF または画像を併せてご提出願います。ご請求いただいた領収書は 6 か月間お手元に保管ください。

8. 歯科保険診療申告書 ※歯科保険診療一時金を請求する場合

歯科医院名			
治療状況申告	治療期間 (YYYY/MM/DD) :	~	(通院日数 : 日間)

◆弊社の個人情報お取り扱いについて（詳細については、当社ホームページ (<https://www.chubb.com/jp>) をご覧ください。)

- ①【利用目的】 保険金のご請求時に弊社が取得する個人情報は、保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等）・保険引受判断・各種サービスの提供等のために利用します。保険事故の関係者（修理工場、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、国内外の再保険引受会社、その他必要な関係先に対して提供することがあります。
- ②【第三者提供】 主に以下の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供いたしません。
 - ・法令等に基づく場合
 - ・人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき
 - ・保険業務の遂行上必要な範囲で、保険代理店を含む委託先に提供する場合
 - ・国等への税務関係書類作成業務に関し、契約者ならびに被保険者・受取人等の関係者に対し、保険事故内容通知が必要な場合
- ③【機微（センシティブ）情報】 個人情報保護法に規定するセンシティブ情報については、保険業の適切な業務運営を確保する必要があるとき等においては、業務遂行上必要な範囲で取得、利用または第三者提供をすることがあります。
- ④【情報交換制度】 保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険請求を防止するため、他の損害保険会社等との間で個人データを共同利用することがあります。詳しくは一般社団法人日本損害保険協会のホームページ (<https://www.sonpo.or.jp>) をご覧ください。

記入内容に誤りがないことを確認し、上記に同意の上、保険金を請求します。

請求日
(YYYY/MM/DD)

記入が完了したらボタンを押してください
(メールが立ち上がります)

※使用端末等によりメーラーが起動しない場合は、記入済みのものを手動でメール添付ください。

請求手続きを続ける
(メール作成)