

## 医療保険 保険金請求書 兼 同意書

事業者用

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 年 月 日

- 貴社との保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認のうえ同意し、保険金を請求します。
- 貴社が本保険金請求に関する私（保険契約者、被保険者または補償対象者）の個人情報を、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、個人情報を裏面「個人情報の取扱いについて」のとおり取得、利用、提供することに同意します。

## 1 契約者

● 法人の場合は法人名にてご記名、押印してください。

ご住所 〒 -	ご連絡先 Tel ( - - ) 日中のご連絡先 ( - - )
フリガナ	法人の場合は担当者のお名前をご記入ください
お名前	担当者名
証券番号をご記入ください ①	複数のご契約がありましたらご記入ください ② ③

## 2 治療を受けられた方について

※治療を受けられた方の在籍を確認できる書類のご提出をお願いする場合があります。

契約者との関係  事業主  役員  社員  パート・アルバイト  その他 ( )

入社年月日 年 月 日 通常の勤務状況 週あたりの平均労働日数は3日以上、かつ平均労働時間は15時間以上ですか?  はい  いいえ

## 3 治療を受けられた方（保険金請求者）

● 治療を受けられた方ご本人がご記名、押印してください。

ご住所 〒 -	ご連絡先 Tel ( - - ) 日中のご連絡先 ( - - )
フリガナ	生年月日 年 月 日 ( 歳)
お名前	

## 4 入退院時の交通費、室料差額などが補償されるご契約\*の場合のみご記入ください

入退院時・転院時（通院時を除く）の交通費 ●交通費の合計が3万円を超える場合は、領収書をご提出ください ●先進医療を受けられた場合は通院交通費を含めてご記入ください	電車・バス・タクシー代などの合計金額 円	自家用車利用の場合 延べ走行距離 km 有料道路利用代 円
室料差額（差額ベッド代・個室代・特別療養環境室料） ●室料差額が発生する病室の利用を希望された場合は○で囲んでください		<input type="text" value="希望した"/>
他社のご契約 ●治療費が支払われる他社のご契約がある場合は、ご記入ください	会社名 証券番号 連絡先 担当者	

## 5 保険金支払先

● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ご希望の支払先を○で囲んでください  以下の口座  保険料振替口座 ▶ 保険料振替口座の場合は、口座欄のご記入は不要です。

<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> J A <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合	支店	<input type="radio"/> ゆうちょ銀行
店番号	口座番号	記号 番号
<input type="radio"/> 普通・総合 <input type="radio"/> 当座		1 0
口座名義（カタカナ） 左づめでご記入ください		

代理店  
受付日

年 月 日

保険会社  
受付日

# 診断書(医療保険用) ※医療機関へ作成をご依頼ください。

AIG損害保険株式会社 宛

1. 氏名		生年月日 年 月 日生		カルテ番号		1.健保		3.労災		5.その他					
				2.国保		4.自費									
2. 傷病名						傷病(受傷)発生年月日									
ア 入院・手術の原因となった傷病名		(ICD-10コード: )		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日					
		診断日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日					
イ アの原因				年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日					
ウ 合併症				年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日					
3. 新生物の場合		病理組織診断: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「なし」の場合の確定診断方法: [ ]		① <input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ② <input type="checkbox"/> 浸潤性 <input type="checkbox"/> 非浸潤性 <input type="checkbox"/> 上皮内がん <input type="checkbox"/> その他 ( )		③ 大腸がんの場合: 深達度は? <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> sm以深 ④ 皮膚がんの場合: 悪性黒色腫ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⑤ 子宮頸部異形成の場合: <input type="checkbox"/> CIN I <input type="checkbox"/> CIN II <input type="checkbox"/> CIN III		確定診断日: 年 月 日 病期 ( )		TNM分類: T N M					
該当する項目にシ印をお付けください。		病理組織診断名:													
4. 前医・紹介医		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		医師名		医療機関名		初診日		所在地					
5. 既往症・持病		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(有りの場合、病名、医療機関名、治療期間などおわかりになれば記入してください。)		医療機関名		治療期間		年 月 日頃 ~ 年 月 日頃					
6. 発病から初診までの経過(いつ頃からどのような症状があったか記入してください。)/初診時の所見および入院中の経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)															
7. 初診日		年 月 日		終診日		年 月 日		転帰		治癒・要通院・要入院・中止・転医					
要入院日数(見込)		継続		日		※実際入院日数と相違ない場合は、記入は不要です。									
入院期間		第1回目 入院		年 月 日 ~		年 月 日		退院		入院中					
		第2回目 入院		年 月 日 ~		年 月 日		退院		入院中					
付添		上記入院中、付添が必要と認められた場合はその期間 年 月 日 ~ 年 月 日													
治療期間		※通院日数(日)を記入してください。		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		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		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		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		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		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		計		日					
固定具使用の場合		使用期間		年 月 日 ~ 年 月 日		使用固定具		ギプス、ギプスシャーレ、コルセット(硬・軟)、その他( )							
医学的に就業・家事・通勤通学が全く不可能とされる期間		年 月 日 ~ 年 月 日													
8. 今回の傷病に関して実施した手術		手術種類		(1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術 (4)胸腔鏡下・縦隔鏡下手術 (5)開腹術 (6)腹腔鏡下手術 (7)ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 (8)経皮的 (9)経尿道的 (10)経膈的 (11)眼科レーザー (12)ドレナージ (13)その他( )											
カテーテル手術・ドレナージ等もご記入ください。		手術名 (診療報酬点数区分)		手術部位		目的		手術日		手術種類 (上記番号を記入)		該当する場合に○印をお付けください。			
		① (K・J- )		右 左 両側		治療・生検		年 月 日		観血		手掌部・手背部、筋・腱・靭帯または足底部・足背部に及ぶの処置を伴う		植皮面積 □腔手術の場合、頸骨を削った	
		② (K・J- )		右 左 両側		治療・生検		年 月 日		観血		及ぶ		25cm <sup>2</sup> 以上 削った	
9. 上記の手術が必要だと医師が判断した日		① 年 月 日		② 年 月 日											
10. 放射線治療		部位		診療報酬点数区分		M-		総線量		グレイ		ラド			
		期間		年 月 日 ~ 年 月 日											
11. 先進医療		技術名		期間		年 月 日 ~ 年 月 日									

上記の通り診断いたします。 年 月 日

診断書料金(税込)

円



所在地  
病院名  
電話番号  
医師氏名

代理店  
受付日

年 月 日

保険会社  
受付日



451-1H1

GIAJ16-1H1-201801

# 保険金支払に必要な医療情報の提供に関する同意書

対象の医療機関名をご記入ください
------------------

御中

記入日	年 月 日	
同意者	住所	
	氏名	
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他( )
対象者(患者)	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です

年 月 日 に発生した事故または疾病について、AIG損害保険株式会社の担当者(AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む)が、以下を行う(保険金支払の前・後のいずれの場合も含まれます)ことに同意します。なお、本状の複写も本状と同じ効力があるものと認めます。

- 上記対象者(患者)の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。
- 上記対象者(患者)の以下①②の交付・貸出(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
  - ① 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料
  - ② レントゲンフィルムなどの検査資料

## 記入例

⚠ 医療機関には提出せず、ご自身でご記入ください。

### ① 対象者(患者)ご本人(※1)が同意者となる場合

対象の医療機関名をご記入ください	〇〇総合病院	御中
記入日	20XX年 9月 10日	
同意者	住所	東京都墨田区錦糸X-X-201
	氏名	永合 太郎
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他( )
対象者(患者)	生年月日	大正・昭和・平成 XX年 7月 1日
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です
20XX年 9月 1日 に発生した事故または疾病について、		

忘れずに押印してください。

※1)対象者(患者)が成年の場合は、原則として対象者(患者)ご本人が「同意」してください。

### ② 対象者(患者)以外の方(※2)が同意者となる場合 (母:永合 花子、子:永合 一郎の場合)

対象の医療機関名をご記入ください	〇〇総合病院	御中
記入日	20XX年 9月 10日	
同意者	住所	東京都墨田区錦糸X-X-201
	氏名	永合 花子
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他( )
対象者(患者)	生年月日	大正・昭和・平成 XX年 7月 1日
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です 永合 一郎
20XX年 9月 1日 に発生した事故または疾病について、		

忘れずに押印してください。

※2)対象者(患者)が未成年の場合は、親権者の方が同意者となります。また、その他事情により対象者(患者)ご本人が同意者になれない場合は、法定代理人または法定相続人の方が同意者となります。

代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
------------	-------	-------------	--

