

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

契約者(保険金請求者)をご記入ください。

- 法人の場合は法人名をご記名ください。

**忘れずに押印してください。**

- 法人の方は「代表者印」を押印してください。
- 個人事業主の方は、弊社からの指定がない場合、認印で結構です。

保険証券をご確認のうえ、今回請求される保険の証券番号をご記入ください。  
ほかに今回の事故(保険請求)が対象となる弊社の保険契約があれば、証券番号をすべてご記入ください。

\*対象となる保険契約の例

おケガの場合:医療保険、傷害保険、自動車保険、海外旅行保険など

他の保険会社にご請求可能な保険契約がある場合は、内容をご記入ください。

おケガなどをされた方がご記入ください。

- おケガされた方が未成年の場合は、親権者の方がご記入ください。
- 事情によりご本人が請求できない場合は、法定代理人または法定相続人の方がご記入ください。

自動車、バイクを運転中におケガをされた場合は、運転免許の内容をご記入ください。

		AIG 損害保険 一般・事業者 兼用	
AIG 損保へ返送する書類			
20XX年 6月 1日			
契約者 〒130-XXXX 東京都〇〇区XX町 1-2-3 カブシキガイシャ エイアイ <b>株式会社 エイアイ</b>			
ご住所 〒130-XXXX 東京都〇〇区XX町 1-2-3 ご連絡先 (090-XXXX-5678)		Tel (03-XXXX-1234) 日中のご連絡先 (090-XXXX-5678)	
フリガナ カブシキガイシャ エイアイ <b>株式会社 エイアイ</b>			
お名前 永 合子			
法人の場合は担当者のお名前をご記入ください			
請求される保険 証券番号を ① 123456XXXX ② 98765XXXX ③			
複数のご契約がありま したらご記入ください			
● 弊社のご契約についてご記入ください			
他社のご契約 保険会社などの名称 保険の種類 証券番号 保険金請求の有無 連絡先			
東 西 流 上 保 険 傷 害 保 険 あり(なし) あり(なし)			
● ご請求可能な他の保険契約などがありましたらご記入ください			
おケガなどをされた方 ご住所 〒 東京都XX区〇〇町 4-5-6 フリガナ エイアイ タロウ <b>永合 太郎</b> 男 女			
お名前 永合 太郎 男 女			
職業 塗装工			
生年月日 19XX年 9月 1日(30歳)			
保険契約者 ① 本人 ② 配偶者 ③ 子 ④ その他			
親権者 おケガなどをされた方が未成年の場合は、親権者の方がご記入ください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 運転中におケガをされた場合のみ、以下に運転免許証の内容をご記入ください。			
交付日 平成 年 月 日 免許証番号 第 号 有効期限 平成 年 月 日 日 免許の種類 ( ) その他 ( )			
● 希望の支払先を○で囲んでください。(以下の口座へ、保険料振替口座) ▶ 保険料振替口座の欄は、口座制のご記入は不要です。			
銀行 J A 支店 南北			
東 西 東 西 流 上 保 険 傷 害 保 険 あり(なし) あり(なし)			
支店 南北			
口座番号 0 0 1 1 2 3 4 X X X 1			
記号 0			
番号 1 1 9 6 0 1 2 3 4 5 6 1			
● 希望の支払先を○で囲んでください。(以下の口座へ、保険料振替口座) ▶ 保険料振替口座の欄は、口座制のご記入は不要です。			
銀行 J A 支店 南北			
東 西 東 西 流 上 保 険 傷 害 保 険 あり(なし) あり(なし)			
支店 南北			
口座番号 0 0 1 1 2 3 4 X X X 1			
記号 0			
番号 1 1 9 6 0 1 2 3 4 5 6 1			

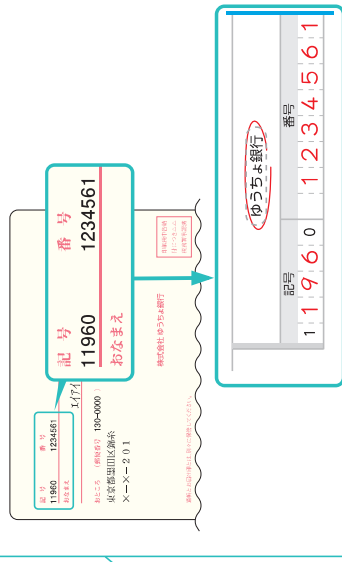
この書類を作成された日付をご記入ください。

ご連絡先をご記入ください。また、法人の場合は弊社からご連絡させていただきたくて担当者のお名前をご記入ください。

- 日中に連絡可能なご連絡先もお忘れなくご記入ください。

保険金の支払先をご指定ください。

- 通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。
- 口座番号は、右づめでご記入ください。
- ゆうちょ銀行の場合は、下図を参考に記入してください。(ゆうちょ銀行の例)



6 ! ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

事故が発生した日時、場所、状況についてできるだけ詳しくご記入ください。

おケガなどの内容についてご記入ください。

- おケガの名前は、受傷部位および病院で診断された診断名をご記入ください。
- 医師の診断により、治療が終わった場合は「治ゆ」を○で囲んでください。
- 治療を受けた医療機関名、電話番号をご記入ください。

治療費のご負担についてご記入ください。

- 健康保険や労災などの利用についても、あわせてご記入ください。
- 「負担された金額」には、治療のために医療機関へ直接支払われた費用のほか、医師の指示により負担された費用(医師の処方によるお薬代、治療材料費など)をご記入ください。

出発時に予定されていた到着時刻および目的地をご記入ください。

傷害保険 保険金請求書 兼 同意書

<b>6 おケガなどをされたときの状況</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">いつ起こりましたか</td> <td style="width: 30%;">20 XX 年 4 月 6 日 (午前) 午後 10 時 30 分頃</td> <td style="width: 30%;">就業中 (就業中) (出勤中) (その他) ( )</td> </tr> <tr> <td>どこで起こりましたか</td> <td>東京都 (都) 府県 XX 市 郡 (区) ○○町 3-2-1</td> <td>施設または現場名 ○○マンション建築現場</td> </tr> <tr> <td>どのような原因で起こりましたか</td> <td colspan="2">                 ● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。                  ① 契約者が業務のために所有もしくは使用する施設内                  ② 契約者が運搬業務を行う場内 ( ) ③ その他 ( )                  現場で作業中に、足場(高さ3m)から転落し、右肘骨折しました。             </td> </tr> </table>	いつ起こりましたか	20 XX 年 4 月 6 日 (午前) 午後 10 時 30 分頃	就業中 (就業中) (出勤中) (その他) ( )	どこで起こりましたか	東京都 (都) 府県 XX 市 郡 (区) ○○町 3-2-1	施設または現場名 ○○マンション建築現場	どのような原因で起こりましたか	● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。 ① 契約者が業務のために所有もしくは使用する施設内 ② 契約者が運搬業務を行う場内 ( ) ③ その他 ( ) 現場で作業中に、足場(高さ3m)から転落し、右肘骨折しました。																																								
いつ起こりましたか	20 XX 年 4 月 6 日 (午前) 午後 10 時 30 分頃	就業中 (就業中) (出勤中) (その他) ( )																																															
どこで起こりましたか	東京都 (都) 府県 XX 市 郡 (区) ○○町 3-2-1	施設または現場名 ○○マンション建築現場																																															
どのような原因で起こりましたか	● 契約者が事業者の場合のみご記入ください。 ① 契約者が業務のために所有もしくは使用する施設内 ② 契約者が運搬業務を行う場内 ( ) ③ その他 ( ) 現場で作業中に、足場(高さ3m)から転落し、右肘骨折しました。																																																
<b>7 おケガなどの内容</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">おケガの名前</td> <td colspan="3">右肘骨折</td> </tr> <tr> <td>治療期間</td> <td>20XX年 4 月 6 日から 20XX年 6 月 29日まで</td> <td>現在の治療について</td> <td>入院中 ( ) 入院中止 ( ) 退院 ( )</td> </tr> <tr> <td>入院期間</td> <td>20XX年 4 月 6 日から 20XX年 4 月 15日まで</td> <td>現在の装着について</td> <td>固定具の種類 (名称)</td> </tr> <tr> <td>通院日に○印を付けてください。</td> <td>各月の○印の数を記入してください。</td> <td>医師の指示により</td> <td>ギプス ( )</td> </tr> <tr> <td>(4)月</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16</td> <td>20 XX 年 4 月 6 日から</td> <td>テーパーストラープ ( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯</td> <td>4 月 6 日から</td> <td>ギプス ( )</td> </tr> <tr> <td>(5)月</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15</td> <td>4 月 6 日まで</td> <td>その他 ( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚</td> <td>4 月 6 日まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(6)月</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16</td> <td>手術について</td> <td>手術はなさいましたか (はい) (いいえ) (は)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚</td> <td>手術名</td> <td>観血的整復固定術</td> </tr> <tr> <td>通院された日数合計</td> <td>計 16 日</td> <td>手術日</td> <td>20XX年 4 月 8 日</td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td>1. △△病院 Tel ( 03-XXXX-0123 ) 2. ( ) Tel ( - - - )</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	おケガの名前	右肘骨折			治療期間	20XX年 4 月 6 日から 20XX年 6 月 29日まで	現在の治療について	入院中 ( ) 入院中止 ( ) 退院 ( )	入院期間	20XX年 4 月 6 日から 20XX年 4 月 15日まで	現在の装着について	固定具の種類 (名称)	通院日に○印を付けてください。	各月の○印の数を記入してください。	医師の指示により	ギプス ( )	(4)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	20 XX 年 4 月 6 日から	テーパーストラープ ( )		⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	4 月 6 日から	ギプス ( )	(5)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	4 月 6 日まで	その他 ( )		⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚	4 月 6 日まで		(6)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	手術について	手術はなさいましたか (はい) (いいえ) (は)		⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚	手術名	観血的整復固定術	通院された日数合計	計 16 日	手術日	20XX年 4 月 8 日	医療機関名	1. △△病院 Tel ( 03-XXXX-0123 ) 2. ( ) Tel ( - - - )		
おケガの名前	右肘骨折																																																
治療期間	20XX年 4 月 6 日から 20XX年 6 月 29日まで	現在の治療について	入院中 ( ) 入院中止 ( ) 退院 ( )																																														
入院期間	20XX年 4 月 6 日から 20XX年 4 月 15日まで	現在の装着について	固定具の種類 (名称)																																														
通院日に○印を付けてください。	各月の○印の数を記入してください。	医師の指示により	ギプス ( )																																														
(4)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	20 XX 年 4 月 6 日から	テーパーストラープ ( )																																														
	⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯	4 月 6 日から	ギプス ( )																																														
(5)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	4 月 6 日まで	その他 ( )																																														
	⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚	4 月 6 日まで																																															
(6)月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	手術について	手術はなさいましたか (はい) (いいえ) (は)																																														
	⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚	手術名	観血的整復固定術																																														
通院された日数合計	計 16 日	手術日	20XX年 4 月 8 日																																														
医療機関名	1. △△病院 Tel ( 03-XXXX-0123 ) 2. ( ) Tel ( - - - )																																																
<b>8 治療費などのご負担</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>治療費のご負担 (あり) ( )</td> <td>① 労災 ② 健康保険 ③ その他 ( )</td> <td>負担された金額</td> <td>70,800 円</td> </tr> <tr> <td>入院時・転院時 (病院時) ( )</td> <td>④ 健康保険 ⑤ 自費 ⑥ その他 ( )</td> <td>自費負担の金額 (診断書料を除く)</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>入退院時・転院時 (病院時) ( )</td> <td>⑦ 健康保険 ⑧ 自費 ⑨ その他 ( )</td> <td>自己負担率 (%)</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>入退院時・転院時 (病院時) ( )</td> <td>⑩ 健康保険 ⑪ 自費 ⑫ その他 ( )</td> <td>自己負担率 (%)</td> <td>円</td> </tr> </table>	治療費のご負担 (あり) ( )	① 労災 ② 健康保険 ③ その他 ( )	負担された金額	70,800 円	入院時・転院時 (病院時) ( )	④ 健康保険 ⑤ 自費 ⑥ その他 ( )	自費負担の金額 (診断書料を除く)	円	入退院時・転院時 (病院時) ( )	⑦ 健康保険 ⑧ 自費 ⑨ その他 ( )	自己負担率 (%)	円	入退院時・転院時 (病院時) ( )	⑩ 健康保険 ⑪ 自費 ⑫ その他 ( )	自己負担率 (%)	円																																
治療費のご負担 (あり) ( )	① 労災 ② 健康保険 ③ その他 ( )	負担された金額	70,800 円																																														
入院時・転院時 (病院時) ( )	④ 健康保険 ⑤ 自費 ⑥ その他 ( )	自費負担の金額 (診断書料を除く)	円																																														
入退院時・転院時 (病院時) ( )	⑦ 健康保険 ⑧ 自費 ⑨ その他 ( )	自己負担率 (%)	円																																														
入退院時・転院時 (病院時) ( )	⑩ 健康保険 ⑪ 自費 ⑫ その他 ( )	自己負担率 (%)	円																																														
<b>9 おケガをされた方の就業状況など</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>所属会社</td> <td>△△株式会社</td> <td>職種</td> <td>塗装工</td> </tr> <tr> <td>契約者との関係</td> <td>① (事業主) (役員) (社長) (パート/アルバイト) ( )</td> <td>通勤の勤務状況</td> <td>通常の勤務状況 ( )</td> </tr> <tr> <td>就業不能期間</td> <td>20 XX 年 4 月 6 日から 20 XX 年 5 月 30 日まで</td> <td>就業できなかった日数</td> <td>2 ( ) 日</td> </tr> </table>	所属会社	△△株式会社	職種	塗装工	契約者との関係	① (事業主) (役員) (社長) (パート/アルバイト) ( )	通勤の勤務状況	通常の勤務状況 ( )	就業不能期間	20 XX 年 4 月 6 日から 20 XX 年 5 月 30 日まで	就業できなかった日数	2 ( ) 日																																				
所属会社	△△株式会社	職種	塗装工																																														
契約者との関係	① (事業主) (役員) (社長) (パート/アルバイト) ( )	通勤の勤務状況	通常の勤務状況 ( )																																														
就業不能期間	20 XX 年 4 月 6 日から 20 XX 年 5 月 30 日まで	就業できなかった日数	2 ( ) 日																																														
<b>10 出退勤の途上及び移動中にケガをされた場合</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>出発時刻</td> <td>20 XX 年 4 月 6 日 10 時 30 分</td> <td>出発地点</td> <td>東京都 市 郡 区</td> </tr> <tr> <td>到着時刻</td> <td>20 XX 年 4 月 6 日 17 時 30 分</td> <td>到着地点</td> <td>東京都 市 郡 区</td> </tr> </table>	出発時刻	20 XX 年 4 月 6 日 10 時 30 分	出発地点	東京都 市 郡 区	到着時刻	20 XX 年 4 月 6 日 17 時 30 分	到着地点	東京都 市 郡 区																																								
出発時刻	20 XX 年 4 月 6 日 10 時 30 分	出発地点	東京都 市 郡 区																																														
到着時刻	20 XX 年 4 月 6 日 17 時 30 分	到着地点	東京都 市 郡 区																																														

ギプスなど固定具を装着した場合にご記入ください。  
● 固定具の名称は、病院へご確認ください。

手術を受けられた場合にご記入ください。  
● 手術を受けられた場合(注)は、「はい」を○で囲み、手術名、手術日、手術コードをご記入ください。  
(注) 医療機関から発行された領収書の手術欄に点数が記載されている場合は、お支払いの対象となる可能性がありますので、必ず手術名をご記入ください。

休業が補償されるご契約で、かつ休業ないし欠勤でお仕事を休まれた場合、土日を含めてその期間と日数をご記入ください。  
● 休業補償一時金の請求が可能であり、選択される場合は、事故の発生からその日を含めて60日以内に書面にて申し出てください。詳細につきましては弊社担当者へお問い合わせください。