

保険金請求のご案内

業務災害補償保険

このたびのご災難につき心からお見舞申し上げます。
保険金のご請求に必要な書類をお届けします。保険金をできるだけ早くお支払いいたしたく存じますので、必要書類をお取りそえのうえお早めにご提出くださいますようお願い申し上げます。

2018年4月1日以降保険始期用

ご請求にあたってのお願い

1. 保険金請求書は、裏面をよくお読みのうえご記入ください。
2. 請求書類は下記連絡先（代理店、弊社営業窓口、または弊社担当センター）にご提出ください。
3. ご記入いただいた内容が事実と相違している場合には、保険金のお支払いができない場合がございますので、事実をありのままにご記入ください。
4. なお、記入方法などで不明な点がございましたら、下記連絡先までお問い合わせください。
5. その他

三井住友海上火災保険株式会社

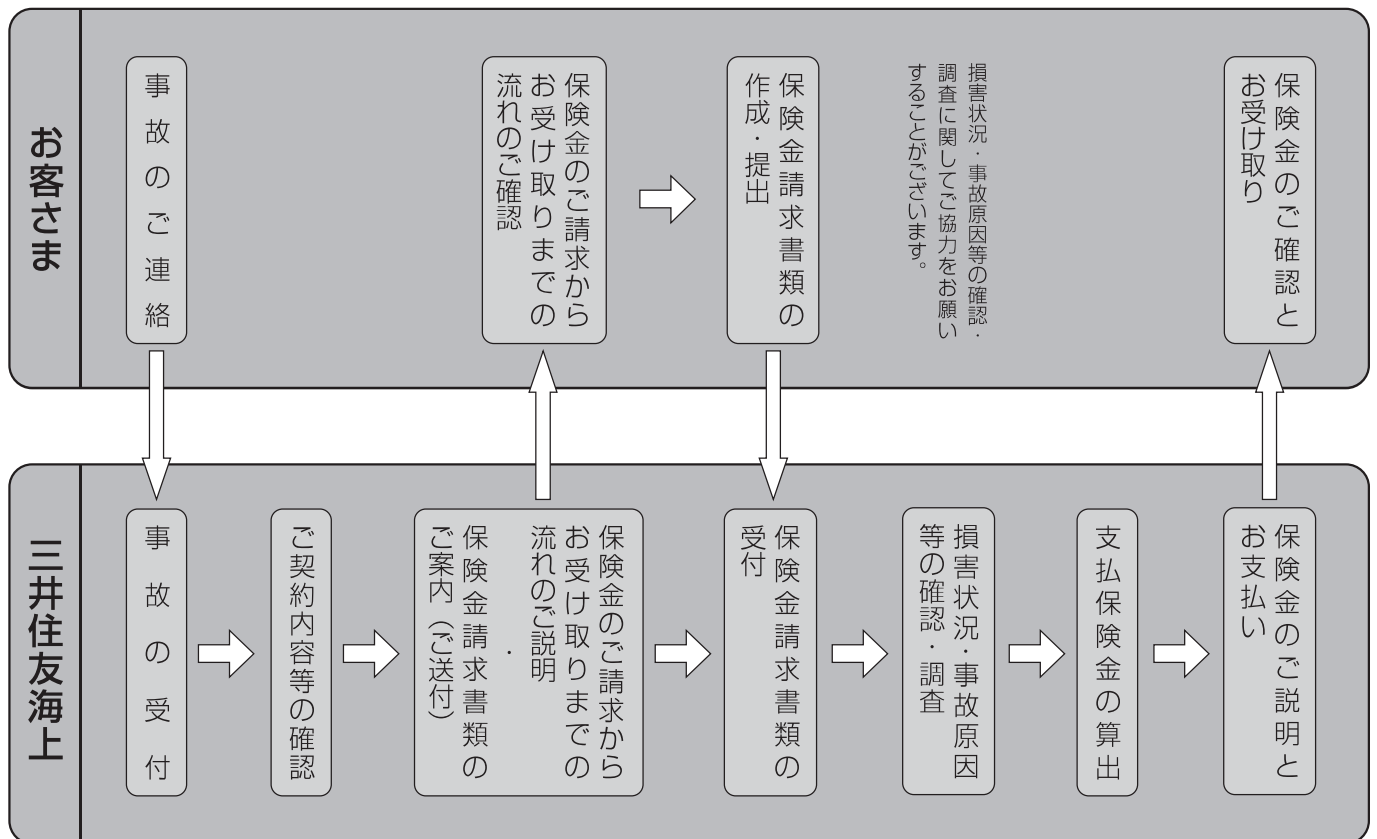
《連絡先》 ご連絡とご相談は下記をお願いいたします。

目次

保険金をお受け取りいただくまでの流れ 1
 業務災害補償保険 保険金のご請求に必要な書類 2～3
 保険金のお支払いに関するご案内 4

保険金をお受け取りいただくまでの流れ

保険金をお受け取りいただくまでのおおまかな流れは次のとおりです。ご不明な点がございましたら弊社または代理店までお問い合わせください。



業務災害補償保険 保険金のご請求に必要な書類

下欄に○印がついている書類をご提出ください。なお、下記以外の書類のご提出をお願いすることがありますので、ご了承ください。ご不明な点がございましたら、お気軽に弊社または代理店にお問い合わせください。

<ご注意> 1. ☆印はこの「保険金請求のご案内」に入っている用紙です。

2. ★印は弊社所定の用紙がありますので、必要な場合はお申出ください。

3. 使用者賠償責任補償特約・雇用慣行賠償責任補償特約の各特約による保険金のご請求に必要な書類については、別途ご案内いたします。

4. 個人番号（マイナンバー）が記載された書類（住民票・源泉徴収票・確定申告書等）をご提出いただく場合は、個人番号の書かれた部分をマスキング（黒塗り）していただきますようお願いいたします。詳細は本セット裏表紙の「個人番号（マイナンバー）が記載された書類をご提出いただく際のお願い」を参照ください。

必要書類	保険金の種類	入院	後遺	死亡	ご説明
		通院 手術	障害		

1. 主にお客さまの保険金のご請求意思およびお支払い手続の確認のための書類

① 保険金請求書 ☆	○	○	○	保険金ご請求の意思と保険金お振込先等の確認のためにご提出ください。必ずご署名またはご記名、ご押印および他の保険契約の有無等についてご記入をお願いいたします。
② 印鑑証明書 (発行日より3か月以内のもの)	○	○	○	保険金のご請求額が1,000万円（保険金請求者が被保険者以外の方の場合は500万円）を超える場合または弊社が提出をお願いした場合に、保険金請求者の確認のためにご提出ください。保険金請求書等の押印欄には、印鑑証明書と同じ印影の印をご押印ください。
③ 法人代表者資格証明書 または代表者事項証明書 (発行日より3か月以内のもの)	○	○	○	保険金のご請求額が1,000万円（保険金請求者が被保険者以外の方の場合は500万円）を超える場合または弊社が提出をお願いした場合に、代表者の方の確認のためにご提出ください。商業登記簿謄本または履歴事項全部証明書で代えることができます。
④ 委任状 ★	○	○	○	保険金のご請求を第三者に委任される場合にご提出ください。保険金のご請求額が500万円を超える場合または弊社でご提出をお願いした場合は、委任者の印鑑証明書、法人代表者資格証明書等もあわせてご提出ください。

2. 主に補償対象者および事故状況の確認のための書類

⑤ 事故状況報告書兼証明書 ☆	○	○	○	補償対象者および事故発生状況の確認のため、ご提出ください。職務従事中の事故で、弊社が提出をお願いした場合には、労働基準監督署等に提出された労働者死傷病報告(写)をご提出ください。補償対象者が運転中の交通事故の場合には、運転免許証内容欄をご記入ください。
⑥ 補償対象者であることの確認書類	○	○	○	弊社が提出をお願いした場合には、雇用契約書(写)・従業員名簿(写)等、身体障害を受けた方が補償対象者であることが確認できる書類をご提出ください。補償対象者が下請負人の役員・従業員の場合には、元請負人と下請負人の関係の確認のため、請負契約書(写)または発注書(写)をご提出ください。
⑦ 交通事故証明書等 公の機関の事故証明書	○	○	○	弊社が提出をお願いした場合には、交通事故証明書等、公の機関の事故証明書をお取り付けのうえ、ご提出ください。交通事故証明書は、自動車安全運転センターで発行されます。

3. 主に補償対象者の身体状況の確認のための書類

⑧ 入院・通院・手術状況申告書 ☆	○			補償対象者から被保険者に申告いただき、弊社にご提出ください。
⑨ 診断書 ☆	○			保険金のご請求額が10万円以下の場合には、この「診断書」を省略し、⑧「入院・通院・手術状況申告書」に代えることができます。 ※補償対象者の身体障害が「業務に起因して発生した症状」の場合、または、「メンタルヘルス対策費用特約」がセットされている契約でメンタルヘルス対策費用保険金を請求される場合は、保険金のご請求額が10万円以下でも、診断書が必要となります。
⑩ 後遺障害診断書およびレントゲンフィルム等の検査資料 ★		○		後遺障害補償保険金をご請求される場合は、症状が固定した時点または事故の発生の日から180日を経過した時点でご提出ください。後遺障害の部位・程度により、レントゲンフィルム等の検査資料のご提出をお願いする場合があります。

必要書類	保険金の種類			ご説明
	入院 通院 手術	後遺 障害	死亡	
⑪ 死亡診断書または死体検案書			○	死亡補償保険金をご請求される場合等に、ご提出ください。
⑫ 同意書 ☆	○	○	○	補償対象者の傷病、治療内容等を、弊社から医療機関へ確認する際に必要となりますので、補償対象者(または補償対象者の遺族)の署名・押印をお取り付けのうえ、弊社にご提出ください。

4. 主に被保険者の補償金の支出および支出した金額の確認のための書類

⑬ 災害補償規定(写)		○	○	○	災害補償規定がある場合、被保険者が補償対象者に対して負担される補償金の内容の確認のために、その(写)をご提出ください。
⑭ 補償金の振込伝票(控) または補償金受領書 ☆	○	○	○		被保険者が補償対象者に対して補償金を支払った後に、弊社に補償保険金の支払を請求される場合に、補償金の額の確認のために、補償対象者(または補償対象者の遺族)への補償金の振込伝票(控)または補償対象者(または補償対象者の遺族)から「補償金受領書」をお取り付けのうえ、ご提出ください。 なお、補償保険金のお受取額が500万円を超える場合には、「補償金受領書」の『補償金受取人』欄には、補償対象者またはその遺族にご署名またはご記名および実印をご押印いただき、印鑑証明書((写)でも結構です。)をお取り付けください。
⑮ 承諾書 ☆	○	○	○		被保険者が補償対象者に対して補償金を支払う前に、弊社に補償保険金の支払を請求される場合に、補償金の額、および補償金に充当される保険金の振込先の確認のために、補償対象者(または補償対象者の遺族)から「承諾書」をお取り付けのうえ、ご提出ください。 なお、補償保険金のお受取額が500万円を超える場合には、「承諾書」の『承諾者』欄には、補償対象者またはその遺族にご署名またはご記名および実印をご押印いただき、印鑑証明書((写)でも結構です。)をお取り付けください。 補償金の支払いを含めて、補償対象者と示談を締結される場合は、示談書等に保険金の振込先をご指定いただくことにより、この承諾書に代えることができます。
⑯ 補償対象者の戸籍謄本 および遺族の戸籍謄本			○		死亡補償保険金をご請求される場合で、補償金の受取人となる補償対象者の遺族の確認のため、ご提出ください。

5. セットされている特約による保険金をご請求される場合にご提出いただく書類

⑰ 休業・所得申告書 ☆	○				「休業補償保険金支払特約」がセットされている契約で、休業補償保険金をご請求される場合には、補償対象者の休業期間および所得の額の確認のため、補償対象者から被保険者に申告いただき、弊社にご提出ください。 休業補償保険金支払限度日額が10,000円を超える場合は、補償対象者の所得の確認のため、給与所得者の方は源泉徴収票、事業所得者(給与所得者で確定申告されている方を含みます。)の方は確定申告書(写)を添付してください。確定申告書をご提出いただく際には、損益計算書または収支明細書の部分も必ず添付してください。 なお、おケガが所定部位の完全脱臼・完全骨折の場合には、休業補償保険金に代えて、休業一時補償保険金をご請求いただくことも可能です。休業一時補償保険金をご請求される場合は、事故の発生の日からその日を含めて60日以内に「休業一時補償保険金 支払選択依頼書」をご提出願います。詳しくは弊社または代理店にお問い合わせください。
⑱ 医療費用申告書 ☆	○				「医療費用補償保険金支払特約」がセットされている契約で、医療費用補償保険金をご請求される場合には、補償対象者が負担した医療費用の額および給付等の額の確認のため、補償対象者から被保険者に申告いただき、弊社にご提出ください。 治療費領収書等、医療費用および給付等の内容・金額が確認できる書類を添付してください。
⑲ 事業者費用・ コンサルティング費用 支出報告書 ☆	○	○	○		「事業者費用補償(ベーシック・実損型)特約」「事業者費用補償(ワイド・実損型)特約」「コンサルティング費用補償特約」がセットされている契約で、事業者費用補償保険金、コンサルティング費用補償保険金をご請求される場合には、被保険者が負担した事業者費用、コンサルティング費用の有無と内容・金額の確認のため、ご提出ください。 費用の明細および費用を負担されたことが確認できる領収書を添付してください。
⑳ 労災保険給付に関する書類	○	○	○		「労災認定身体障害追加補償特約」「メンタルヘルス対策費用特約」がセットされている契約で、それぞれの特約を適用する事故に対する保険金をご請求される場合、その他、弊社が提出をお願いした場合は、労災保険法等の支給請求書(写)と支給決定通知書(写)をご提出ください。
㉑ メンタルヘルス対策費用を 支出された場合の請求書 および領収書	○				「メンタルヘルス対策費用特約」がセットされている契約で、メンタルヘルス対策費用保険金をご請求される場合、支出された費用の内容や金額の確認のためにご提出ください。ご請求の内容・単価等の確認できる明細書等をあわせてご提出ください。

※必要となる書類を別途ご案内している場合は、該当書類の「ご説明」のみ参照ください。

【保険金のお支払いに関するご案内】

●保険金をお支払いする時期について

2010年1月1日以降に発生した保険事故に対して保険金をお支払いする場合、弊社は【表①】(1)～(5)の事項の確認を行い、請求完了日(弊社がお客さまにご提出を求めたすべての保険金請求書類^(注1)を受領した日をいいます。)からその日を含めて30日以内に保険金をお支払いします。ただし、【表②】に規定されている特別な照会や調査が必要な場合には、請求完了日からその日を含めて、【表②】(1)～(7)のいずれかの日数以内に保険金をお支払いします。

【表①】

確認する事項	
(1)	保険金の支払事由発生の有無の確認に必要な事項として、事故の原因、事故発生状況、損害発生の有無および被保険者に該当する事実
(2)	保険金が支払われない事由の有無の確認に必要な事項として、保険金が支払われない事由としてこの保険契約において定める事由に該当する事実の有無
(3)	保険金を算出するための確認に必要な事項として、損害額 ^(注2) および事故と損害との関係
(4)	保険契約の効力の有無の確認に必要な事項として、この保険契約において定める解除、無効、失効または取消の事由に該当する事実の有無
(5)	(1)～(4)までのほか、他の保険契約等の有無および内容、損害について被保険者が有する損害賠償請求権その他の債権および既に取得したものの有無および内容等、弊社が支払うべき保険金の額を確定するために確認が必要な事項

【表②】

特別な照会や調査が必要な場合 ^(注3,4)		日数
(1)	警察、検察、消防その他の公の機関による捜査・調査結果の照会	180日
(2)	医療機関、検査機関その他の専門機関 ^(注5) による診断、鑑定等の結果の照会	90日
(3)	後遺障害の内容およびその程度を確認するための、医療機関による診断、後遺障害の認定に係る専門機関による審査等の結果の照会	120日
(4)	災害救助法(昭和22年法律第118号)が適用された災害の被災地域における調査	60日
(5)	日本国内において行うための代替的な手段がない場合の日本国外における調査	180日
(6)	損害を受けた保険の対象もしくは損害発生事由が特殊であることまたは同一構内に所在する多数の保険の対象が同一事故により損害を受けた場合における、専門機関による鑑定等の結果の照会	180日
(7)	災害対策基本法(昭和36年法律第223号)に基づき設置された中央防災会議の専門調査会によって被害想定が報告された首都直下地震、東海地震、東南海・南海地震またはこれらと同規模以上の損害が発生するものと見込まれる地震等による災害の被災地域における調査	365日

(注1) 保険金請求に必要な書類をいい、弊社がお客さまに代わって取付けた書類も含まれます。

(注2) 保険の対象の再調達価額、保険価額を含みます。

(注3) 複数の事由に該当する場合は、そのうち最長の日数とします。

(注4) 本表にかかわらず、別途、特別な照会や調査が必要な場合および日数を定める場合や、お客さま等との協議による合意に基づき日数を延長させていただくことがあります。

(注5) 医師・建築士のほか損害保険鑑定人等をいいます。

◇お客さまが正当な理由なく確認を妨げまたはこれに応じない(必要な協力を行わなかった場合を含みます。)ために確認が遅延した期間、その他の事情により保険金のお支払い手続きができない期間は、日数に算入しません。

◇同一の事故により同一の保険契約から複数の種類の保険金・費用をお支払いする場合には、保険金請求権の発生時期や保険金請求書類が異なる保険金・費用についても、特別のご要望が無い限り、すべての保険金・費用について、弊社がお客さまにご提出を求めたすべての保険金請求書類^(注1)を受領した日からその日を含めて上記日数以内に保険金・費用をお支払いします。その際、いずれかの保険金について特別な照会や調査が必要な場合には、そのうち最長の日数以内にすべての保険金・費用をお支払いします。

●同一の損害または費用を補償の対象とする「他の保険契約等」がある場合

◇用語のご説明

他の保険契約等	始期日によらず、また、保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、弊社の保険契約(※1)と同一の損害または費用の一部または全部に対して保険金等を支払う契約(※2)をいいます。 ※1 弊社の保険契約が複数ある場合、1つの契約を「弊社の保険契約」、それ以外を「他の保険契約等」とします。 ※2 入院1日あたり〇〇円等定額でお支払いする傷害保険等の契約は含みません。
支払責任額	それぞれの保険契約または共済契約について、他の保険契約等がないものとして算出した支払うべき保険金等の額をいいます。
支払限度額	保険契約(約款)で定められたお支払いする保険金の限度額をいいます。(例：損害の額)

他の保険契約等があり、弊社の保険契約が2010年1月1日以降の始期日^(注1)の場合、弊社は次表(1)または(2)の方法で保険金をお支払いします^(注2)。

弊社の保険契約が2009年12月31日以前の始期日の場合、弊社は次表(2)の方法で保険金をお支払いします。

	保険金のご請求方法	保険金のお支払い方法
(1)	弊社の保険契約のみに保険金をご請求される場合	弊社の保険契約の支払責任額の全額をお支払いします。 ◇弊社は保険金をお支払いした後、他の保険契約等で負担すべき金額がある場合、その損害保険会社・共済等に請求します。
(2)	弊社の保険契約、他の保険契約等の両方に保険金をご請求される場合 ※右記①または②の方法でのお支払いとなります ^(注3) 。 ※ご請求方法にかかわらず、原則として、弊社の保険契約および他の保険契約等から支払われる保険金等の合計額は支払限度額を超えることはありません。	①弊社がお支払いする保険金の額 = 支払限度額 - 他の保険契約等から支払われた保険金等の合計額 ◇弊社がお支払いする保険金の額は、弊社の保険契約の支払責任額が限度となります。 ◇弊社は保険金をお支払いした後、他の保険契約等で支払われた保険金等のうち弊社の負担すべき金額がある場合、他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ支払います。 ②弊社がお支払いする保険金の額 = 支払限度額 × $\frac{\text{弊社の保険契約の支払責任額}}{\text{弊社の保険契約の支払責任額} + \text{他の保険契約等の支払責任額}}$ ◇他の保険契約等の損害保険会社・共済等がお支払いする保険金等の額も同様に算出し、その損害保険会社・共済等からお支払いします。

(注1) 「他の保険契約等から保険金または共済金が支払われていない場合、この保険契約の支払責任額をお支払いする」等他の保険契約等がある場合において、当該保険契約によりてん補すべき損害の額の全額をお支払いすることを定めている契約のみが該当します。

(2010年1月1日以降の始期日の場合でも該当しない契約がありますので、約款等をご確認ください。)

(注2) 次の事項等に該当する場合には、複数の保険契約等に保険金をご請求いただく必要があります。

a. 弊社の保険契約により支払われる保険金では損害の額に満たない場合

b. 他の保険契約等に固有の保険金等がある場合

c. 弊社の保険契約に保険金をお支払いする順位が定められている場合(例：時価額を基準とする他の保険契約等からの保険金支払が優先されることを定めている再調達価額を基準とした火災保険)

(注3) ①は他の保険契約等が(注1)に該当する契約の場合、②は弊社の保険契約および他の保険契約等に保険金をお支払いする順位が定められていない契約の場合に限り選択できます。ただし②を選択し、他の保険契約等が(注1)に該当する契約の場合には、他の保険契約等の損害保険会社・共済等の合意が必要になります。

◇他社の保険契約等に関する内容(保険金の支払可否、支払額等)は、お客さまにご契約いただいている損害保険会社・共済等にお問い合わせください。

業務災害補償保険金請求書

裏面の「個人情報の取扱いに関する同意」と「他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意」をお読みいただき、ご同意いただいたうえで、保険金をご請求ください。

三井住友海上火災保険株式会社 宛

下記事故について関係書類を添付のうえ保険金を請求します。
本保険金請求に関して、裏面の「個人情報の取扱いに関する同意」および「他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意」のとおり同意します。
保険金は下記指定の口座へ振り込んでください。口座への振込をもって保険金を受領したものと認めます。

— おねがい —

1. 太枠内をご記入ください。
2. 保険金のご請求は、原則として、被保険者（補償金・費用を支出した事業者）ご本人が行ってください。
3. 必ず請求者ご本人が自署押印願います。
4. 請求者が法人のときは法人名と代表者の役職・氏名をご記入のうえ職印をご押印ください。
5. 訂正された箇所には必ず請求印をご押印ください。

請求日	年 月 日		
住所	〒 □□□□-□□□□		
	ご連絡先電話 ()		
フリガナ			
氏名			
請求者ご印鑑	印		
被保険者との関係	① 被保険者本人 ② 親権者 ③ その他（具体的ご関係）		
証券番号	他 件	事故日	年 月 日
ご契約者		被保険者	(ご契約者と異なるときにご記入ください。)

補償対象者	
フリガナ	生年月日 年 月 日
氏名	性別 (男) ・ (女)

他の保険契約等	今回の事故で同一の損害または費用に対して保険金等を支払う他の保険契約等がありましたら、下記欄に必ずご記入ください。				
他の保険契約等の有無	保険会社等(注)の名称	保険の種類	証券番号	保険契約者	保険金請求の有無
(なし) ・ (あり) →					(なし) ・ (あり)
					(なし) ・ (あり)

(注)少額短期保険者・共済事業者を含みます。

保険金振込指定	保険金請求される保険金区分に○印をしてください。 「補償保険金」を請求される場合は、1・2のいずれかを選択し、○印をしてください。	
補償保険金	① 補償対象者に対して補償金を支払った後に保険金を請求される場合 ② 補償対象者に対して補償金を支払う前に保険金を請求される場合	→下記の「保険金振込口座」欄に記載の口座に振り込みください。 →下記の「保険金振込口座」欄に記載の口座に振り込みください。 承諾書を提出する場合は、承諾書の「保険金振込口座」欄に記載の口座に振り込みください。
補償保険金以外	→下記の「保険金振込口座」欄に記載の口座に振り込みください。	

保険金振込口座	「金融機関」「ゆうちょ銀行」のいずれかの口座内容をご記入ください。口座名義は必ずご記入ください。				
口座名義 (カタカナ)					
金融機関 ★1	(銀行) (信用金庫) (信用組合)	支店	預金種類 (普通・総合) (貯蓄) (当座)		
	店番号	000	口座番号	右詰めでご記入ください	
ゆうちょ銀行 ★2	通帳記号	10000	通帳番号	右詰めでご記入ください	

★1 送金機能のないゆうちょ銀行口座への振込を指定される場合は、こちらにご記入ください。

★2 ゆうちょ銀行の通帳の「郵便振替(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。

代理店使用欄	請求書受付日	年 月 日	02056-②
--------	--------	-------	---------

センター受付印

【個人情報の取扱いに関する同意】

本保険請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、次のとおり取得・利用・提供することに同意します。

- ①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、貴社が保険事故の関係者(修理業者、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)、その他必要な関係先(いずれも海外にあるものを含む)に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ②保険金支払の健全な運営のために、貴社が一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社・共済等(海外にあるものを含む。以下同じ。)に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ③再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、貴社が再保険引受会社(海外にあるものを含む)に提供を行うことがあること。
- ④保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含む)については、貴社が法令等に基づき、保険業の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行うこと。
- ⑤他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、損害保険金の額等支払保険金・費用に関する情報)を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。また、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、貴社から提供を受け、利用すること。

【他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意】

同一の損害または費用に関して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。本書面では同様とします。)から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払いを受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済等から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います)。

また、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。

事故状況報告書兼証明書

作成日 年 月 日

※この書類を記入された日付を必ずご記入ください

三井住友海上火災保険株式会社 宛

作成者
(被保険者)

下記の補償対象者が、貴社と契約している業務災害補償保険の補償対象者であること、および補償対象者に対して発生した下記事故に相違ないことを証明いたします。

補償対象者			
氏名		(男)・(女)	生年月日 年 月 日
住所	都道府県	市区郡	区町村
事業所名称	事業所所在地		
所属部署	職種		
区分 (該当区分に○印)	(役員)・(従業員)・(パート・アルバイト)・(下請負人の役員)・(下請負人の従業員) 他 ()		
〈下請負人の場合〉 下請負人の名称	〈下請負人の場合〉 下請負人の所在地		

事故状況			
事故日	年 月 日	(午前)・(午後)	時 分頃
発生場所	都道府県	市区郡	区町村
区分 (該当区分に○印)	(職務従事中)・(通勤途上)・(その他) ()		
事故発生状況 (具体的にご記入 ください。)			
〈運転中の事故の場合〉 運転免許証内容	有効期限 (該当に○印)	年 月 日まで有効	免許証番号 第 号
		(大型)・(中型)・(普通)・(大特)・(大自二)・(普自二)・(小特)・(原付)・(けん引)・(大型二)・(中型二)・(普通二)・(大特二)・(けん引二)	

労災保険等の加入および災害補償規定等の制定			
労災保険等の 加入有無 (該当に○印)	(加入なし)・(加入あり) ⇨	〈加入ありの場合〉 労災保険等の支給請求の 手続状況 (該当する番号に○印)	① 支給申請中 ② 支給決定あり ③ 未申請
災害補償規定等の 制定有無 (該当に○印)	(制定なし)・(制定あり) ⇨	〈制定ありの場合〉 事故前の改定時期	年 月

入院・通院・手術状況申告書

(事業者) _____ 様

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属 _____

氏名 _____ 印

私の傷病に対する治療内容について以下のとおり申告いたします。申告事項に相違ありません。
 なお、申告内容に関する確認が必要となる場合は、指示に従い追加書類の提出に応じます。

添付書類		「添付書類」欄の該当する区分にシ印を行い、該当する書類を添付願います。		
傷病区分	補償金の申請額	治療内容	添付書類	
ケガ	10万円以下	下記「治療申告欄」のとおりです		
	10万円超 ^(※1)	診断書のとおりです	<input type="checkbox"/>	診断書
業務に起因する病気	—	診断書のとおりです	<input type="checkbox"/>	診断書

(※1) 2つ以上の医療機関で治療を受け、一部の医療機関からのみ「診断書」を取得している場合、または「診断書」取得後に再び医療機関で治療を受けている場合は、下記の「治療申告欄」に記入してください。

治療申告欄		治療内容を申告願います。不明な点があれば医療機関に確認のうえ、記入願います。																															
傷病発生日	年 月 日	医師に診断を受けた傷病名																															
ケガの部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> でん部	(左・右)腕(手指以外)・(左・右)手指 (左・右)足(足指以外)・(左・右)足指		左記以外																													
ケガの症状	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> しん帯損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 熱傷	その他の場合		縫合の有無 (無・有) キズの長さ _____ cm																													
治療期間	初診 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 終診 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 月 _____ 日現在)			(加療中) (治療) (中止)																													
入院期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (入院日数 _____ 日)																																
固定具使用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 常時装着された固定具等の種類 ^(※2)	固定期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日から	_____ 年 _____ 月 _____ 日まで																													
手術の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術名 _____	手術コード	(K) (J) — —	手術日	_____ 年 _____ 月 _____ 日																												
オンライン診療日 ^(※3)	(/) (/) (/) (/) (/)																																
通院日	年 月	通院(オンライン診療を除く)して実際に治療を受けた日に○印をご記入ください。 (注) 2つ以上の医療機関で治療を受けた場合は、○△□等で区別して記入ください。							合計																								
	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	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	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	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	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	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	日
病ました院は診療所	所在地																																
	名称	電話番号		— —																													
	科名	主治医		先生																													
2つ以上の医療機関で治療された場合は、裏面の記入欄に記入願います。																																	

(※2) 「常時装着」とは日常生活全般において「固定具等」を常に使用している状態をいい、「入浴時のみ固定具等を取り外す」、「就寝時のみ固定具等を取り外す」、「入浴時および就寝時のみ固定具等を取り外す」等の状態を含みます。

(※3) 「オンライン診療」とは公的医療保険制度における医療診療報酬点数表におけるオンライン診療料の算定対象となる診療行為をいいます。

2つ以上の医療機関で治療を受けられた場合の「病院または診療所」記入欄

病 ま 診	た 療	院 は 所	所在地			
			名 称		電話番号	
			科 名		主 治 医	

病 ま 診	た 療	院 は 所	所在地			
			名 称		電話番号	
			科 名		主 治 医	

上記の欄で不足する場合には、下記の余白部分にご記入ください。

同意書

○受傷日 または 今回のご病気で初めて病院に行かれた日	_____年____月____日
○患者 (住所)	_____
(氏名)	_____
(生年月日)	_____年____月____日

三井住友海上火災保険株式会社 宛

貴社の社員またはその業務委託先が、上記患者に関する保険金支払の目的の範囲内で、医療機関から以下医療情報を直接取得・利用※することに同意します。なお、本状は上記患者に関する貴社の保険金支払完了後に効力を失うものとしします。

医療機関 御中

上記患者の貴院での受療に関して、三井住友海上火災保険株式会社の社員またはその業務委託先による以下医療情報に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。

1. 診断書・診療報酬明細書
2. 傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見
3. 画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

_____年____月____日

同意人 住所

氏名 _____ 印

患者との関係： 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※原則として患者ご本人のご署名をお願いいたします。

※患者が未成年の場合は、親権者の方がご署名ください。

※保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用の目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

同意書のご署名・ご押印のお願い

保険金をご請求いただいた際に、弊社にて治療内容等につき医療機関へ確認し、または、画像診断のフィルムその他検査資料の貸出を受けることがあります。弊社がこれらの診療情報を医療機関から直接取得する場合、患者ご自身（未成年者の場合は親権者）から同意が得られている旨を医療機関に提示する必要があります。つきましては、上記内容をご確認いただき、全ての項目をご記入のうえ、ご署名・ご押印くださいますようお願い申し上げます。

なお、医療機関が本状の本紙を必要とする場合は、本紙は医療機関へ提出し、弊社は本状の写を保管します。

三井住友海上火災保険株式会社

補償金受領書

御中

円

ただし下記事故に関する災害補償規定等に基づく補償金

補償対象者名

事故年月日

年 月 日

上記金額正に領収いたしました。

年 月 日

住 所

補償金受取人

氏 名

印

(必ず受取人の方が自署してください。)

休業・所得申告書

(事業者) _____ 様
作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
所属 _____
氏名 _____ (印)

私の傷病による休業および所得等について以下のとおり申告いたします。申告事項に相違ありません。

給与所得者・事業所得者 共通欄	休業期間	私は _____ 年 _____ 月 _____ 日 (受傷のケガ ・ 初診の病気) により _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで 休業 (その後出勤または仕事復帰 ・ 休業継続中) しました。 なお、上記期間のうち途中で就業した期間 (または日) は下記○印のとおりです。																																	
		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
		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	日	
		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	日	
		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	日	
		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	日	
		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	日	
		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	日	

給与所得者欄	
★ 給 与 所 得	休業前12か月 (報酬を得た期間が12か月に満たない場合はその報酬を得た期間に該当する日数) に支給した賃金総額 (※) ¥ _____ 円 ※直近の源泉徴収票をあわせて添付してください。 (事業者が不要と認めた場合は不要です。) 上記賃金の支払対象期間 (12か月の場合は365日、12か月に満たない場合は該当する日数) _____ 日 ※賃金総額は、業務または職務に対する一切の報酬 (賃金、賞与、臨時給与等名目および給付条件のいかんを問いません。) をいい、本給、付加給、および通勤費等毎月支払われる手当を含みます。
	上記の者の休業期間および所得を確認しました。 確認者 所在地 _____ 会社名 _____ 役職名 _____ 氏名 _____ (印) 連絡先 _____

事業所得者欄	
★ 事 業 所 得 等	休業前12か月 (報酬を得た期間が12か月に満たない場合はその報酬を得た期間に該当する日数) に得た報酬総額 (※) ¥ _____ 円 ※直近の確定申告書 (写) をあわせて添付してください。 (事業者が不要と認めた場合は不要です。) 上記報酬の支払対象期間 (12か月の場合は365日、12か月に満たない場合は該当する日数) _____ 日 ※報酬総額は、業務または職務に対する一切の報酬 (賃金、賞与、臨時給与等名目および給付条件のいかんを問いません。) をいい、本給、付加給、および通勤費等毎月支払われる手当を含みます。
	上記の者の休業期間および所得に関する報告を受領しました。 受領者 所在地 _____ 会社名 _____ 役職名 _____ 氏名 _____ (印) 連絡先 _____

(ご注意) 1. ★印の欄は初回申告時に記入がなされれば、2回目以降の申告時には記入は不要です。
2. 源泉徴収票または確定申告書 (写) に個人番号 (マイナンバー) が記載されている場合は、個人番号が記載された部分をマスキング (黒塗り) してください。

医療費用申告書

(事業者) _____ 様

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所 属 _____

氏 名 _____ (印)

私の傷病の治療のために要した医療費用について、負担した費用の領収書等を添付して、以下のとおり申告いたします。申告内容に相違ありません。

傷病発生日	年 月 日	治療期間	年 月 日から 年 月 日まで
-------	-------	------	--------------------

医療費用	事故の発生日からその日を含めて365日以内に要した費用に限ります。 区分ごとの金額を記入し、負担した費用の領収書を添付願います（公共交通機関の交通費は不要です。）。				
区 分	内訳と費用				
治療のために 病院等に 支払った費用	区 分		金 額		
	一部負担金		円		
	差額ベッド代		円		
	その他病院に支払った費用		円		
	(計)		円…①		
入院、転院 または退院の ための移送費 および交通費	月 日	種 類	区 間	交通機関	金 額
	月 日	(入院)・(転院)・(退院)	～	(電車)・(バス)・(タクシー)・()	円
	月 日	(入院)・(転院)・(退院)	～	(電車)・(バス)・(タクシー)・()	円
	月 日	(入院)・(転院)・(退院)	～	(電車)・(バス)・(タクシー)・()	円
	月 日	(入院)・(転院)・(退院)	～	(電車)・(バス)・(タクシー)・()	円
(計)				円…②	
上記以外の 費 用	内 容			金 額	
	・ 医師の指示により行った治療に関わる費用 ・ 医師の指示により購入した治療に関わる薬剤、治療材料、医療器具の費用 ・ その他医師が必要と認めた費用			円…③	
合 計	(① + ② + ③ =)			円	

受領した給付

下記の給付の有無を選択し、「有」の場合は給付額を記入願います。
給付を受けた金額が確認できる書類を添付願います。

区 分	有 無	「有」の場合、給付額
公的医療保険制度からの給付（一部負担金・附加給付等）	(有) ・ (無)	円
労働者災害補償保険からの給付	(有) ・ (無)	円
その他の給付 (注)	(有) ・ (無)	円
第三者から支払われた損害賠償金	(有) ・ (無)	円
(注) 他の保険契約等により支払われた保険金または共済金等を除きます。	(合 計)	円

事業者費用・コンサルティング費用支出報告書

三井住友海上火災保険株式会社 宛

作成日 年 月 日

※この書類を記入された日付を必ずご記入ください

被保険者名



補償対象者	事故日	年	月	日
-------	-----	---	---	---

上記事故に対して支出した費用は以下のとおりです。

	費用項目	費用支出の有無 (いずれかに○印)	〈費用支出「有」の場合〉 支出した金額
①	【事業者費用補償特約】 葬儀費用、香典、花代、弔電費用等の補償対象者の葬儀に関する費用	有・無	円
②	【事業者費用補償特約】 遠隔地等で事故が発生した際の補償対象者の搜索費用、移送費用等の救済費用	有・無	円
③	【事業者費用補償特約】 事故現場の清掃費用等の復旧費用	有・無	円
④	【事業者費用補償特約】 補償対象者の代替のための求人・採用等に関する費用	有・無	円
⑤	【事業者費用補償（ワイド・実損型）特約】のみ 事業者費用補償（ワイド・実損型）特約の支払対象となる事象が発生したことによって失った記名被保険者の信頼を回復させるための広告宣伝費用等	有・無	円
⑥	【事業者費用補償（ベーシック・実損型）特約】 その他死亡・後遺障害補償保険金の支払事由に直接起因して負担した費用	有・無	円
	【事業者費用補償（ワイド・実損型）特約】 その他普通保険約款または保険契約に付帯される特約の支払事由に直接起因して負担した費用	有・無	円
⑦	【コンサルティング費用補償特約】 記名被保険者が弊社の書面による同意を得て支出した日本国内で行う次のいずれかに該当するコンサルティング（コンサルティング事業者が行う支援、指導または助言業務をいいます。）に関する費用 ア．相談等対応 イ．再発防止対応 ウ．広告宣伝活動等の方法の策定（※1）	有・無	円

(説明)

- 事業者費用・コンサルティング費用は、上記費用で、その額および用途が社会通念上妥当なもので、かつ、事故の発生の日からその日を含めて180日以内に要した費用に限ります。
詳細は、加入されている特約（「事業者費用補償（ベーシック・実損型）特約」「事業者費用補償（ワイド・実損型）特約」「コンサルティング費用補償特約」）をご参照ください。また、事業者費用・コンサルティング費用の具体例は裏面の【事業者費用・コンサルティング費用補償特約に関するご説明】をご参照ください。
- 費用の支出と内訳が確認できる資料（領収書）を添付してください。
ただし、下記の金額の保険金請求分については、費用の支出の申告により、費用の支出が確認できる書類の添付は不要です。

死亡補償保険金を請求される場合	10万円
後遺障害補償保険金を請求される場合で、後遺障害の程度による支払割合が70%以上の場合	5万円
後遺障害補償保険金を請求される場合で、後遺障害の程度による支払割合が40%以上70%未満の場合	3万円

- 事業者費用補償保険金は、補償対象者1名につき、保険証券記載の事業者費用補償保険金支払限度額が限度となります。ただし、被保険者が補償対象者の遺族または補償対象者に支払った費用は、補償対象者1名あたり100万円が限度となります。(※2)
- コンサルティング費用補償保険金は、補償対象者1名につき、100万円が限度となります。(※2)

(※1) 2018年3月31日以前のご契約で「事業者費用補償（ベーシック）特約」をセットされている場合は補償対象外です。

(※2) 2018年3月31日以前のご契約の場合、支払限度額が異なります。詳細は担当センターまでお問い合わせください。

【事業者費用・コンサルティング費用補償特約に関するご説明】

■補償の対象となる事故（事象）

事業者費用補償（ベーシック・実損型）特約	事業者費用補償（ワイド・実損型）特約	コンサルティング費用補償特約（※）
死亡・後遺障害補償保険金を支払う場合	1) 補償対象者が業務に従事している間に身体障害を被った場合 2) 雇用慣行賠償責任補償特約第2条（保険金を支払う場合）に規定する損害賠償請求がなされた場合または同特約の第12条（損害賠償請求等の通知）（2）の規定により損害賠償請求がなされたものとみなされる場合	1) 補償対象者が業務上の事由により身体の障害を被った場合（業務上の事由により身体の障害を被ったと疑われる場合を含みます。） 2) 雇用慣行賠償責任補償特約第2条（保険金を支払う場合）に規定する損害賠償請求がなされた場合または同特約の第12条（損害賠償請求等の通知）（2）の規定により損害賠償請求がなされたものとみなされる場合

※2018年3月31日以前のご契約で「事業者費用補償（ベーシック）特約」をセットされている場合は左側の補償となる事故（事象）と同じになります。詳細は担当センターまでお問い合わせください。

■事業者費用・コンサルティング費用の補償の対象となる費用と具体例

その額および用途が社会通念上妥当なもので、事故（事象）の発生の日からその日を含めて180日以内に要した費用で下記の費用が補償の対象となります。

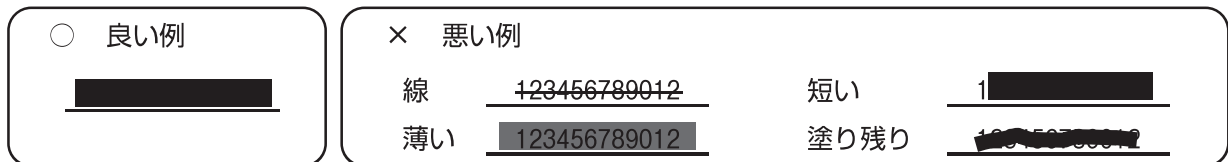
費用	具体例
① 【事業者費用補償特約】 葬儀費用、香典、花代、弔電費用等の補償対象者の葬儀に関する費用	<ul style="list-style-type: none"> ●葬儀費用、香典、花代 ●弔電費用
② 【事業者費用補償特約】 遠隔地等で事故が発生した際の補償対象者の捜索費用、移送費用等の救援者費用	<ul style="list-style-type: none"> ●補償対象者の捜索費用 ●補償対象者の移送費用
③ 【事業者費用補償特約】 事故現場の清掃費用等の復旧費用	<ul style="list-style-type: none"> ●事故現場の清掃費用・復旧費用
④ 【事業者費用補償特約】 補償対象者の代替のための求人・採用等に関する費用	<ul style="list-style-type: none"> ●求人広告費用
⑤ 【事業者費用補償（ワイド・実損型）特約】のみ 事業者費用補償（ワイド・実損型）特約の支払対象となる事象が発生したことによって失った記名被保険者の信頼を回復させるための広告宣伝費用等	<ul style="list-style-type: none"> ●信頼回復を目的とした社告掲載費用
⑥ 【事業者費用補償（ベーシック・実損型）特約】 その他死亡・後遺障害補償保険金の支払事由に直接起因して負担した費用 【事業者費用補償（ワイド・実損型）特約】 その他普通保険約款または保険契約に付帯される特約の支払事由に直接起因して負担した費用	<ul style="list-style-type: none"> ●診断書の取り付け費用 ●補償保険金を請求するために必要な印鑑証明書、商業登記簿謄本、代表者資格証明書等の取り付け費用 ●補償対象者の成年後見人申請に必要な費用 ●事故発生に伴い、被保険者がその事故に対する対策本部等を立ち上げ、個別に場所を借りた場合の会議室使用料、対策本部に常駐する社員の食事代等 ●補償対象者が入院中に被保険者が業務上必要不可欠な打ち合わせのため、医療機関に社員を派遣した際の交通費 ●補償対象者の事故のために、補償対象者の親族等が現地に向かうための交通費、宿泊費等の費用
⑦ 【コンサルティング費用補償特約】 記名被保険者が弊社の書面による同意を得て支出した日本国内で行う次のいずれかに該当するコンサルティング（コンサルティング事業者が行う支援、指導または助言業務をいいます。）に関する費用 ア．相談等対応 イ．再発防止対応 ウ．広告宣伝活動等の方法の策定	<ul style="list-style-type: none"> ●労働基準監督署への対応で発生する、社会保険労務士への相談費用、書類作成費用 ●コンサルティング事業者による事故再発防止に関わるコンサルティング費用

個人番号（マイナンバー）が記載された書類をご提出いただく際のお願い

☞個人番号（マイナンバー）が記載された書類をご提出いただく場合は、個人番号が記載された部分をマスキング*していただきますようお願いいたします。

※マスキングとは、マジックペンなどで黒塗りすることをいいます。

- ✓ 個人番号が記載された部分のマスキングは以下の例を参考にしてください。



◆個人番号（マイナンバー）とは

☞個人番号とは、2015年10月以降、国内に住民票を有する全ての方に付番される12桁の番号のことをいいます。

- ✓ 個人番号は、住民票コード、健康保険証記号番号、基礎年金番号などとは異なります。
- ✓ 「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」第19条などにより、個人番号を利用できる場合が制限されているため、マスキングをお願いするものです。

◆その他ご連絡事項

- ✓ 個人番号が記載された部分のマスキングを十分に行わないまま書類をご提出いただいた場合には、弊社において、個人番号が記載された部分のマスキングを行います。
- ✓ 住民票をご提出いただく場合は、お住まいの市区町村に交付請求する際、個人番号が記載されたものと記載されていないものを選択することが可能です。ご請求にあたっては、個人番号が記載されていない住民票をお取り付けください。個人番号が記載された住民票をご提出いただく場合は、個人番号が記載された部分をマスキングしてください。