

全美連休業補償共済制度(所得補償保険)保険金請求書兼同意書

損害保険ジャパン株式会社 宛

請求日 20 年 月 日

- 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。
なお、指定口座への振込をもって保険金の支払がなされたものと認めます。
 - 貴社が本保険金請求に関する私の個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定等)・引受判断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、個人情報を下記のとおり取得・利用・提供することに同意します。
 - 貴社が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度の確認、損害賠償義務者への求償手続等のために、保険事故の関係者(保険事故の当事者、損害保険会社・共済、医療機関、社会保険、修理業者等をいいます。)、業務委託先(保険代理店を含みます。)、警察署、消防署、その他必要な関係先に対して個人情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。
 - 貴社が、契約者に対して、事故状況、経過、支払内容等の情報について提供すること。
 - 貴社が、保険制度の健全な運営のために、(一社)日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、貴社のグループ会社、他の損害保険会社・共済等に個人情報の提供もしくは個人データの登録を行い、またはこれらの者から提供を受ける場合があること。
 - 貴社が、再保険金の受領のために再保険引受会社等に個人情報の提供を行う場合があること。
- ※個人情報には、過去および将来に取得するもの、並びに事業の適切な運営を確保するため業務遂行上必要な範囲で、事故事実・損害の確認に必要なとなる医療情報および請求権者・相続人確定に必要なとなる戸籍関連情報が含まれます。

保険金請求者	〒	TEL	()	
	フリガナ			
	住所			
	フリガナ	請求者印鑑	印	
氏名				

保険金請求者は原則として加入者(被保険者)がケガまたは病気をされたかたです。代理人がご請求される場合は、委任状が必要です。

営業課支社受付印	保サ課受付印

組合	加入者	男・女	就業が全くできない期間
支部	昭・平 年 月 日生満 才		年 月 日から 年 月 日まで
加入者番号			
傷病発生日	20 年 月 日 (疾病の場合は医師の診断書による発病日)	就業不能開始日	20 年 月 日
就業不能開始の直前1年間の所得	円	保険金請求方法	<input type="radio"/> 内払(回目) <input type="radio"/> 内払最終 <input type="radio"/> 一括払
重複契約 (他にも所得補償契約がある場合ご記入ください)	会社名	契約の種類	証券番号
			保険金額

保険金振込先 (誤りを訂正する際は必ず訂正箇所にご請求印と同じ印鑑をご捺印ください。)

口座名義 (カタカナ)	住所	〒	TEL	()
預金口座	銀行	本店	口座種類	店番
	ゆうちょ銀行	支店	①普通・総合 ②当座 ③貯蓄	口座番号
	通帳記号	出張所	通帳番号	
<input type="radio"/> 上記口座は「郵便貯金総合通帳はるる」または「総合口座通帳」で、通帳1ページ目の「振替口座開設」の文書に○または()が付いています。 <input type="radio"/> 上記口座は「振替口座」(通帳記号の上一桁が「0」で始まる口座)です。 ※上記以外の口座については、お振込口座とすることはできませんので、ご了承ください。				

内容をご確認いただき、必ずご記入ください。

同意書

主治医殿

20 年 月 日

患者氏名

(生年月日 年 月 日)

損害保険ジャパン株式会社または本書を所持する同社委嘱の者が、上記患者の症状、治療内容、病歴等について照会し、必要により治療・検査記録、診断書等を受領することに同意します。なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。

住所

氏名

患者との関係：本人・配偶者・親族 ()