

入院・手術給付金請求のご案内

このたびのご療養につきまして、心よりお見舞い申し上げます。
入院・手術給付金請求手続きのご案内をいたしますので、
必要書類をお取り揃えのうえご請求くださいますようお願い申し上げます。

必ずご一読ください

ホームページからダウンロードいただいた請求書類は、入院給付金、手術給付金
のご請求にご利用いただけます。

その他のご請求内容の場合、必要書類等が異なりますので、カスタマーサービス
センターまでご連絡ください。

- ◆ 団体を通じてご加入いただいたご契約の場合、ダウンロードした請求書類をご利用
いただけない場合がございます。
- ◆ お受取人様ご自身が黒インクまたは黒ボールペンでご記入、押印ください。
- ◆ 記入箇所を訂正する場合は、その箇所を二重線で抹消し、請求印を押印ください。
- ◆ 請求書ご提出に際しては、記入もれや、提出書類に誤りがないようにご確認を
お願いいたします。
- ◆ 保険事故発生から3年を経過いたしますと、保険金の請求権が消滅し、お支払い
できない場合がございます。ご請求の手続きはお早目をお願いいたします。
- ◆ 必要書類の発行にかかる費用については、お客さまのご負担となりますので、
予めご了承ください。
- ◆ お支払いについては、書類ご提出後、判定部門にて決定させていただきますので、
予めご了承ください。

〈 お問い合わせ先 〉

アクサ生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター

TEL:0120-568-093

〈受付時間〉 月～金 9:00～19:00

土 9:00～17:00

（日・祝日、年末年始の当社休業日を除く）

ご請求には下記書類をお取り揃えのうえ、ご提出ください

◆ ご請求手続きについて

お受取人様は、契約上の給付金受取人です。

* 契約上の給付金受取人は、保険証券にてご確認ください。

◆ 各種ご請求を同時にされる場合について

有効期限内の公的書類ごとに1通いただければ手続き可能です。

◆ ○は必ずご提出いただく書類、△はご請求内容によりご提出いただく書類です。

提出いただいた書類に不備がございましたらお支払が滞ります。請求書類を提出される前に、チェック欄にご確認ください。

ご提出書類 ※特に記載がないものは原本をご提出ください。		疾病入院・ 手術給付金 のご請求	災害入院・ 手術給付金 のご請求
[check]			
<input type="checkbox"/>	1. 支払請求書 <ul style="list-style-type: none"> 記入例を参照のうえ、当社所定の支払請求書に必要事項をご記入ください。 お受取人様が未成年者の場合は親権者様または法定後見人様が連署ください。 ご請求金額が300万円を超える場合は、実印を押印の上、印鑑証明書をご提出ください。 	○	○
<input type="checkbox"/>	2. 入院・手術・通院等証明書（診断書） <ul style="list-style-type: none"> 入院・手術・通院等証明書（診断書）につきましては、当社もしくは当社以外の保険会社・各種共済の診断書のコピーでもお手続きいただけます。 <ul style="list-style-type: none"> ※当社以外の保険会社等の診断書のコピーでお手続きいただく場合、「当社所定の入院・手術・通院等証明書（診断書）」と同等の記載項目の診断書をご提出ください。 ※ご提出いただいた診断書でお支払の判断ができない場合、あらためて当社所定の診断書のご提出をお願いすることがございますので、予めご了承ください。 入院給付金のみのご請求の場合で、一定の条件に該当するご請求内容・ご契約内容の場合には、入院・手術・通院等証明書（診断書）に代えて、お受取人様ご自身にご記入いただく「入院状況報告書（兼事故状況報告書）」および医療機関発行の証明書類コピーにてご請求いただける場合がございます。 <ul style="list-style-type: none"> ※手術給付金など、入院給付金以外のご請求がある場合にはお取り扱いできません。 ※このお取り扱いには一定の条件がございますので、詳細につきましてはカスタマーサービスセンターまでお問い合わせください。 	○	○
<input type="checkbox"/>	3. 事故状況報告書兼事故証明書 <ul style="list-style-type: none"> 不慮の事故（交通事故を含む）による場合に、当社所定の事故状況報告書兼事故証明書に被保険者様またはお受取人様が事故の具体的内容をご記入ください。 		△
<input type="checkbox"/>	4. 事故を証明する書類（交通事故証明書コピー、その他公的機関の証明書等） <ul style="list-style-type: none"> 警察へ届出されている場合はご提出ください。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。センター窓口で申請するか、警察署・派出所等に備え付けの申請書により最寄りの郵便局から郵便振替の方法で同センターあてお申し込みください。 		△
お受取人様が未成年者で、親権者からのご請求の場合にご提出ください。			
<input type="checkbox"/>	5. お受取人様と親権者様の関係がわかる戸籍謄（抄）本 （注） <ul style="list-style-type: none"> ※契約者＝親権者で、その契約者が親権者欄に記名捺印される場合には省略可能です。 	△	△

（注）発行日より3ヶ月以内のものをご提出ください。ご請求金額100万円以下の場合、コピーでもお取り扱いできます。

支払請求書・記入例

- ・ご記入事項を訂正される場合は、二重線にて抹消し、受取人欄と同一印による訂正印を押印ください。
- ・お受取人様が未成年者の場合は、親権者様が受取人記入欄に記入してください。

請求書を記入された日をご記入ください。

2444210119
保険金・給付金等支払請求書
アクサ生命保険株式会社 御中

貴社保険約款の規定により支払を請求する場合は、あわせて保険料を収集・利用する目的」を確保する必要から業務上必要な範囲で医療情報など取得・利用することについて被保険者と同意します。医療機関が本書所持の者を使用することおよび証明書等が写しも同等の効果がある被保険者と受取人が異なる場合は、被保険者も同意の上被保険者の同意は私(受取人)が確認しました。

また、所定の保険料払込免除を請求します。また、貴社が適切な範囲で医療情報など被保険者とともに同意して発行することを承諾します。とを承諾します。

請求日 **平成28年6月1日**

〒108-8102 TEL 012 (345) 6789
トウキョウト ミナトク シロカネ

受取人住所
漢字 **東京** 都 道 市 郡 港 区
白銀 1-17-3
E-mail XXXX@axa.co.jp

※送金先は受取人名義の口座に限ります。

お手持ちの保険証券に記載されている証券番号をご記入ください。

受付番号

証券番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9

フリガナ **アクサ タロウ**

被保険者 **亜草 太郎**

お受取人様の住所・連絡先電話番号・メールアドレスをご記入ください。

お受取人様が漢字氏名・生年月日を自署のうえ、押印ください。(シャチハタ印は使用できません)

お受取人様が未成年の場合、親権者様が受取人および親権者欄にご記入いただき、親権者様の印を押印ください。

【法人の記入例】
アクサ生命保険(株)
代表取締役 **亜草太郎**
会社名入りの印を押印ください。

お受取人様名義の口座を指定ください。

《銀行口座をご希望の場合》
①③欄にご記入ください。

《ゆうちょ銀行口座をご希望の場合》
②③欄にご記入ください。

お受取人様が未成年の場合は親権者様口座の指定も可能です。

お受取人様名義の口座がないときは、必ず続柄のご記入をお願いします。

1. 銀行口座

みずほ 渋谷

2. ゆうちょ銀行総合口座

ゆうちょ銀行

※「ば・る・る口座」または「総合口座」に限ります

★「ば・る・る口座」に関する注意点★
通帳中面「ご利用欄」の「郵便振替口座開設」欄に○がある場合が「ば・る・る口座」です。不明な場合はゆうちょ銀行にご確認ください。

3. 親権者

親権者(後見人/代理人)
亜草 花子

配偶者
子
父母
上記以外

個人情報を収集・利用する目的
お客さまに関する情報を、次のような目的のために利用させていただいております。約のお引き受け・ご継続・維持管理・保険金・給付金等のお支払・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実・保険に関連した業務の個人情報の取扱いについての詳細はアクサ生命ホームページをご確認ください。

保険証券紛失の届出
貴社の指示により保険証券の提出が求められた場合において、紛失などの理由により保険証券を提出できないときには、本書面の提出をもって保険証券紛失届出を行ったこととします。

ご注意
・お手元に保険証券がなく、今回のご請求以降も契約(保障)が継続となる場合は、別途保険証券の再発行手続きが必要となります。
・ご提出いただきました各種書類は当社で適切に管理し、お返しいたしませんので、予めご了承ください。

お受取人様名義の口座がないときは、必ず続柄のご記入をお願いします。



保険金・給付金等支払請求書

[WEB]

アクサ生命保険株式会社

御中

貴社保険約款の規定により支払を請求します。また、所定の保険料払込免除事由に該当する場合は、あわせて保険料払込免除を請求します。

「個人情報収集・利用する目的」を確認しました。また、貴社が適切な業務運営を確保する必要性から業務遂行上必要な範囲で医療情報などの機微情報を取得・利用することについて被保険者ととも同意します。医師または医療機関が本書所持の者に被保険者の既往症、治療内容等について説明することおよび証明書等を発行することを承諾します。

また、本書の写しも同等の効果があることを了承します。

上記について、被保険者と受取人が異なる場合は、被保険者も同意の上請求します。被保険者の同意は私（受取人）が確認しました。

請求日 年 月 日

受取人住所: 〒 TEL () フリガナ 漢字 都道府県 市区 E-mail

受取人: フリガナ 請求・同意印 生年月日 年 月 日 親権者 後見人 代理人 請求・同意印

※送金先は受取人名義の口座に限ります。

送金先口座指定欄: 1. 銀行口座 (銀行, 信用組合, 農協, 信用金庫) 8. ゆうちょ銀行総合口座 (ゆうちょ銀行) 記号 1 0 通帳番号 1

※ご記入内容に相違がありますと、再振込となり、差金までお時間を要する場合がございますので、必ず預金通帳等をご確認のうえ、お受取人様御自身で「記入ください」。

別名義口座指定届(注): 【注】受取人名義の口座がない場合のみ、受取人名義以外の口座を指定することができます(受取人との続柄を選択またはご記入ください)。私(受取人)は、支払金の支払方法として銀行振込を選択するにあたり、私名義の口座ではなく、私と同居又は生計を一にする3親等以内の親族名義の口座を指定します。

保険証券紛失の届出: 貴社の指示により保険証券の提出が求められた場合において、紛失などの理由により保険証券を提出できないときには、本書面の提出をもって保険証券紛失届出を行ったこととします。

ご注意: お手元に保険証券がなく、今回のご請求以降も契約(保障)が継続となる場合は、別途保険証券の再発行手続きが必要となります。ご提出いただきました各種書類は当社で適切に管理し、お返しいたしませんので、予めご了承ください。

個人情報収集・利用する目的: 当社では、お客さまに関する情報を、次のような目的のために利用させていただいております。・保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理・保険金・給付金等のお支払

保険会社等使用欄: 受付日1/備考 受付日2/備考 受付日3/備考

印鑑証明書の提出をお願いしている場合は同一印を押印ください。

宛名ラベル

[当該請求書（同封書類を含む）をお送りいただく際に限りご利用になれます。]

◆ご使用方法◆

- ①当ページをサイズの変更をせずに、普通紙に印刷してください。
- ②キリトリ線に沿って切り取り、定型の封筒の左上に合わせて貼り付けてください。
- ③封筒の裏面には、必ずお客さまのご氏名・ご住所をご記入ください。

<ご注意>

- ・当社はお客さまに封筒の印刷を委託します。
- ・第三者への譲渡等を禁止します。
- ・「差出有効期限」が過ぎている場合は使用できません。
宛名ラベルの「差出有効期間」をご確認の上、投函してください。
- ・定型郵便とさせていただきますので、「長辺14～23.5cm×短辺9～12cm×厚さ1cm以内」の封筒をご使用ください。

◆お客さまお控え◆

(1.2.にご記入の上、お手続きが完了するまでお控えとして保存をお願いします。)

1. 送付書類等 (□欄にチェック)

- 「保険金・給付金等支払請求書」(個人保険用)
- 「入院・手術・通院等証明書(診断書)」(個人保険用)
- 「事故状況報告書(証明書)」
- その他 ()

2. 送付日

_____年____月____日




3. 送付先

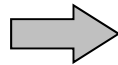
〒108-8790
東京都港区白金1-17-3 NBFプラチナタワー
アクサ生命保険株式会社 保険金部 行

◆宛名ラベル◆

キリトリ線




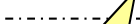
	108-8790
料金受取人払郵便	001
	(受取人)
高輪局承認	東京都港区白金1-17-3
9228	NBFプラチナタワー
差出有効期間	アクサ生命保険株式会社
2020年6月	
30日まで	保険金部 行
(切手不要)	
	



宛名ラベルをキリトリ線に沿って切り取り、定型封筒の表に糊などできちんと貼り付けてください。(切手は不要です。)

<ご使用例>

定型封筒(表)

	108-8790
	001
(受取人)	
東京都港区白金1-17-3	
NBFプラチナタワー	
アクサ生命保険株式会社	
保険金部 行	
	

封筒の左上に合わせて、しっかりと糊付けてください。

定型封筒(裏)

お客さまのご氏名・ご住所を必ずご記入ください。

〒XXX-XXXX
〇〇県〇〇市〇〇1-1-1
亜草 太郎