給付金請求書（入院・手術・通院・運動器損傷・がん薬物治療）【住友生命提出用】

5586011

証券番号	

記入日	年　　月　　日

黒色（または青色）のボールペン（消せるボールペン以外）でご記入ください。

請求者ご署名	下記の承諾事項に（傷病者とともに）同意のうえ請求します。 （代理人さまは該当するものをご選択（レ）のうえ左欄にご署名ください） ☐被保険者代理人　☐成年後見人　☐保佐人 ☐補助人　☐任意代理人（委任状をご提出ください） 親権者 未成年後見人 ご署名欄
支払明細書等送付先	●お支払明細書は下記のご住所へお送りします。 （ご記入がない場合は、ご契約者の届け出住所に送付します。ご住所が海外の場合は、アルファベット大文字ブロック体で国名までご記入ください）
連絡先	電話番号をご記入ください。（お客さまへご連絡する場合があります。必ずご記入ください） （　　）－（　　）－（　　）

受取口座

※　早くて安全な日本国内への送金をおすすめします。（確実に送金できるよう預金通帳等でご確認ください）
① 海外金融機関への送金をご希望の場合： 請求者ご本人の口座と金融機関の住所を、アルファベット大文字ブロック体で②と下記住所欄にご記入ください。
（下記枠内への記入が困難な場合は、請求内容等欄の余白等にご記入、または口座情報の分かる資料をご提出ください。
海外への送金諸経費を請求者さまにご負担いただく場合があります）

②または③のどちらかを選択し、請求者ご本人の口座をご記入ください。

☐②銀行口座	金融機関名	☐銀　行　☐労働金庫 ☐信用金庫　☐農　協 ☐信用組合	☐本　店 ☐支　店 ☐支　所 ☐出張所	預金種目 ☐総合普通 ☐当　座
	口座番号（右詰め）		口座名義	（カタカナでご記入ください）
☐③ゆうちょ銀行口座	通帳記号 1　0	通帳番号（右詰め）	口座名義	（カタカナでご記入ください）

※通帳ご利用欄の「振替口座開設」に〇印があることをご確認ください。〇印がない場合は受取口座に指定できません。

金融機関の住所（海外への送金をご希望の方のみ）【　　（国名まで）】

請求内容等

給付金を請求します。（今回のご請求内容の該当番号を〇で囲んでください。）
【・入院給付金　・手術給付金　・通院給付金（退院後のみ）　・運動器損傷給付金　・がん薬物治療給付金】
※上記選択いただいたご請求内容について、別紙の「海外傷病状況届出書」に記入のうえご提出ください。
※診断書など、現地の医療機関から取得いただく書類は和訳されたものがお手元にございましたら、あわせてご提出ください。
※ご家族分（配偶者さま・20才未満のお子さま）のご請求時のみ以下の項目をご記入ください。
フリガナ
・ご家族氏名〔　　〕・続柄〔　配偶者さま　・　お子さま　〕（いずれかに〇を付けてください）

【承諾事項】以下の事項について承諾のうえ請求します。
■当社は個人情報を以下の目的達成に必要な範囲で取り扱います。保健医療など特に取り扱いに注意を要する個人情報は、保険業法施行規則により利用目的が限定されており、保険業の適切な運営を確保するため業務上必要な範囲で取り扱います。
・各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
・関連会社・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
・当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実　・その他保険に関連・付随する業務（※）
（※）お客さまの取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴、グループ会社等から取得した情報等を分析して、お客さまのニーズにあった各種商品・サービスに関する広告等の配信等をすることを含みます。
■請求者は、当社が業務上必要な範囲内で治療を受けた医療機関へ保健医療等の機微（センシティブ）情報（傷病歴内容・事故状況・保険契約の内容）等を開示・提供することに同意します。
■請求者は、当社が業務上必要な範囲内で治療を受けた医療機関から保健医療等の機微（センシティブ）情報（問診票や診断書等の診療記録）等を取得することに同意します。
■当社が必要と認めたときは、事実の確認を行います。

〈住友生命使用欄〉

取次者（シール貼付欄） コード 支部 氏名	本人確認方法	代筆時請求意思確認方法
	☐ 面識あり ☐ 面前での本人確認書類の提示 ☐ 本人確認書類写しの添付	☐ 面前代筆：請求意思確認済 ☐ 郵送代筆：電話で請求意思確認済 月　日　電話番号
備考		

※送付案内は PX83-01（給付金）にて作成要

事務担当者確認印	書類受付日欄	
	取次者書類受付日	年　月　日(和暦)
	不備整備日	年　月　日(和暦)