

給付金請求書【住友生命提出用】

| | |
|------|----------------|
| 証券番号 | 1 234 567 8910 |
|------|----------------|

| | | |
|-----|-----------------|--------------------------------------|
| 記入日 | 2022 年 1 月 22 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。 スミセイ タロウ様 | (代理人さまは該当するものをご選択 (レ) のうえ左記にご署名ください) <input type="checkbox"/> 被保険者代理人 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> |
| | 住生 太郎 契約者さまのお名前 | <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 未成年後見人 |

| | | |
|-------------------|---|--|
| 支払 明細書等 送付先 | <input checked="" type="checkbox"/> ① 当社への届け出住所 〒123-4567 大阪府大阪市中央区 城見●丁目●-●● 電話番号 ●●-●●●●-●●●● | <input type="checkbox"/> ② 下欄に住所をご記入ください。 〒 [] [] - [] [] [] [] |
| | 契約者さまの口座をご指定ください。 | |

| | |
|---|---|
| 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） |
| <input checked="" type="checkbox"/> ① 当社への届け出電話番号 | <input type="checkbox"/> ② 左記以外 () - () - () |

| | | | |
|----------|--|---|--|
| 受取 口座 | <input type="checkbox"/> ① 保険料振替口座 三井住友銀行 本店営業部 スミセイ タロウ 様名義の口座 への振込 | | |
| | ①以外をご指定される場合は、②または③のどちらかを選択し、請求者ご本人名義の口座をご記入ください。 | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> ② 銀行口座 | 金融機関名 スミセイ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 中央 | |
| | 口座番号 (右詰め) 1 2 3 4 5 6 口座名義 スミセイ タロウ (カタカナでご記入ください) | 預金種目 <input checked="" type="checkbox"/> 総合普通 <input type="checkbox"/> 当座 | |
| | <input type="checkbox"/> 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「振込口座開設」に○印があることをご確認ください。○印がない場合は受取口座に指定できません。

その他 契約形態および請求内容に応じて、ご連絡事項・受取方法についての説明が印字される場合があります。

【承諾事項】以下の事項について承諾のうえ請求します。
■当社は個人情報をお客様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
■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）等を取付することに同意します。

<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 <input type="checkbox"/> 面談あり <input type="checkbox"/> 面前で本人確認書類の提示 <input type="checkbox"/> 本人確認書類の添付 | 代筆時請求意思確認方法 <input type="checkbox"/> 面前代筆：請求意思確認済 <input type="checkbox"/> 郵送代筆：電話で請求意思確認済 月 日 電話番号 | 請求書作成日令和3年12月23日 保存 7年 ※送付案内はPX83-01（給付金）にて作成要 |
| 1. 先進 2. がん入院 備考欄 | 事務担当者確認印 | 書類受付日欄 | 取次者 書類受付日 不備整備日 |
| | | 年 月 日 (和暦) | 年 月 日 (和暦) |

★請求書★