

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

契約者をご記入ください。

- 法人の場合は法人名をご記入ください。

保険証券をご確認のうえ、今回請求される保険契約の証券番号をご記入ください。

ほかに今回の保険請求が対象となる弊社の保険契約があれば、証券番号をすべてご記入ください。

- *対象となる保険契約の例
医療保険、海外旅行保険など

契約者をご記入ください。

- 治療を受けられた方が代表取締役の場合、契約者とのご関係欄は、「役員」に○印をお付けください。

治療を受けられたご本人をご記入ください。
忘れずに捺印もしてください。

- 事情によりご本人が請求できない場合は、法定代理人または法定相続の方が、ご記入ください。
- 弊社から指定がない場合、認印でも結構です。
- 入院が3回以上ある場合は、別紙(メモ等)にてご申告ください。

入退院時・転院時に交通費をご負担された場合に、ご記入ください。

- 複数回入院された場合は、負担されたすべての交通費の合計金額(または距離)をご記入ください。
- 交通費のご請求額が合計3万円以下の場合でも、領収書のご提出をお願いすることがあります。

医療保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損害保険株式会社 宛

AIG損保へ返送する書類

事業者用

ご記入日 20XX年 9月 1日

1 契約者 ● 法人の場合は法人名にてご記名、押印してください。

〒 130-XXXX 東京都〇〇区XX町1-2-3	Tel (03-XXXX-1234) ご連絡先 日中のご連絡先 (090-XXXX-5678)
フリガナ カブシキカイシャ エイアイ	法人の場合は担当者のお名前をご記入ください
お名前 株式会社 エイアイ	担当者名 永合子
証券番号をご記入ください。 複数のご契約がありましたら証券番号をご記入ください。	
① 123456XXXX	② 98765XXXXX

2 治療を受けられた方について

※治療を受けられた方の在籍を確認できる書類のご提出をお願いする場合があります。

契約者とのご関係 <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 役員 <input checked="" type="radio"/> 社員 <input type="radio"/> パート/アルバイト	通常の勤務状況
入社年月日 20XX年 4月 1日	週あたりの平均労働日数は3日以上、かつ平均労働時間は15時間以上ですか? <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

3 治療を受けられた方(保険金請求者)、病名・入院期間 ● 治療を受けられた方がご署名、ご捺印ください。

〒 130-XXXX 東京都XX区〇〇町3-2-1-101	Tel (03-XXXX-4321) ご連絡先 日中のご連絡先 (090-XXXX-8765)
フリガナ エイアイ タロウ	生年月日 19XX年 6月 1日 (30歳)
お名前(自署) 永合 太郎	
※弊社診断書をご提出いただく場合は、ご記入不要です。	
病名 急性虫垂炎	入院期間 ① 20XX年 8月 6日 ~ 20XX年 8月 18日 ② 年 月 日 ~ 年 月 日

4 入退院時の交通費・室料差額のご負担 ● 疾病入院医療費用・疾病治療費用特約が付帯されている場合はご記入ください。

入退院時・転院時(転院時を除く)の交通費 電車・バス・タクシー代などの合計金額

● 交通費の合計が5万円を超える場合は、領収書をご提出ください	延べ 2,450 円	徒歩 走行距離 km	有料道路 利用代 円
● 先進医療を受けられた場合は通院交通費を含めてご記入ください			

室料差額(差額ベッド代・個室代・特別療養環境室料)

● 室料差額が発生する病室をご本人希望により利用された場合は○で囲んでください 本人希望により利用した

他社のご契約	会社名 東海上保険	証券番号 ABC123XXX
● 治療が支払われる他社のご契約がある場合は、ご記入ください	連絡先 03-XXXX-XXXX	担当者 ○○

5 保険金支払先 ● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ご希望の支払先を○で囲んでください 以下の口座 保険料振替口座 ▶ 保険料振替口座の場合は、口座欄のご記入は不要です。

東西	南北	ゆうちょ銀行
<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合		
支店	支店	
店番号	口座番号	記号
0 0 1 1 2 3 4 X X X		1 0
口座名義(カタカナ) 左側でご記入ください	エイアイ タロウ	

代理店 年月日 保険会社 年月日

受付日 受付日

45M-331 M06Y22

この書類を作成された日付をご記入ください。

ご連絡先をご記入ください。また、法人の場合は弊社からご連絡させていただき担当者のお名前をご記入ください。

- 日中に連絡可能なご連絡先もお忘れなくご記入ください。

忘れずに押印してください。

- 法人の方は「代表者印」を押印してください。
- 個人事業主の方は、弊社から指定がない場合、認印で結構です。

室料差額が発生する病室の利用を希望された場合にご記入ください。

- 室料差額が発生していない場合はご記入不要です。
- 治療上の指示や満床など、病院の都合により利用した時は「本人希望により利用した」に含まれませんので、ご記入不要です。

保険金の支払先をご指定ください。

- 保険金を請求される方が指定される口座となります。
- 通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。
- 口座番号は、右づめでご記入ください。
- ゆうちょ銀行の場合は、下図を参考にご記入ください。

(ゆうちょ銀行の例)

記号 番号

11960 1234561

おなまえ

おなまえ

株式会社 ゆうちょ銀行

ゆうちょ銀行

記号	番号
1 1 9 6 0	1 2 3 4 5 6 1

45M-441 M06Y22

医療保険 保険金請求書 兼 同意書

事業者用

AIG損害保険株式会社 宛

ご記入日 20 年 月 日

- 貴社との保険契約に基づき、契約内容、保険金額、保険金支払先を確認の上同意し、保険金を請求します。
- 貴社が本保険金請求に関する私(保険契約者、被保険者または補償対象者)の個人情報、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定など)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、個人情報を裏面「個人情報の取扱いについて」のとおり取得、利用、提供することに同意します。

1 契約者

● 法人の場合は法人名にてご記名、押印してください。

ご住所 〒 -	ご連絡先 Tel (- -) 日中のご連絡先 (- -)
フリガナ	法人の場合は担当者のお名前をご記入ください
お名前	担当者名
証券番号をご記入ください。	複数のご契約がありましたら証券番号をご記入ください。
①	② ③

契約者をご記入ください

2 治療を受けられた方について

※治療を受けられた方の在籍を確認できる書類のご提出をお願いする場合があります。

契約者との関係	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 役員 <input type="radio"/> 社員 <input type="radio"/> パート・アルバイト	通常の勤務状況	週あたりの平均労働日数は3日以上、かつ平均労働時間は15時間以上ですか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
入社年月日	年 月 日		

治療を受けられた方をご記入ください

3 治療を受けられた方(保険金請求者)、病名・入院期間

● 治療を受けられた方ご本人がご署名、ご捺印ください。

ご住所 〒 -	ご連絡先 Tel (- -) 日中のご連絡先 (- -)
フリガナ	生年月日 年 月 日 (歳)
お名前(自署)	印
※弊社診断書をご提出いただく場合は、ご記入不要です。	
病名	入院期間 ① 年 月 日 ~ 年 月 日 ② 年 月 日 ~ 年 月 日

4 入退院時の交通費・室料差額のご負担

● 疾病入院医療費用・疾病治療費用特約が付帯されている場合はご記入ください。

入退院時・転院時(通院時を除く)の交通費 ●交通費の合計が3万円を超える場合は、領収書をご提出ください ●先進医療を受けられた場合は通院交通費を含めてご記入ください	電車・バス・タクシー代などの合計金額 円	自家用車利用の場合 延べ走行距離 km 有料道路利用代 円
室料差額(差額ベッド代・個室代・特別療養環境室料) ●室料差額が発生する病室をご本人希望により利用された場合は○で囲んでください	○ 本人希望により利用した	
他社のご契約 ●治療費が支払われる他社のご契約がある場合は、ご記入ください	会社名 証券番号 連絡先 担当者	

5 保険金支払先

● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ご希望の支払先を○で囲んでください (以下の口座) (保険料振替口座) ▶ 保険料振替口座の場合は、口座欄のご記入は不要です。

銀行 JA	支店	ゆうちょ銀行
信用金庫 信用組合		
店番号	口座番号	記号 番号
(普通・総合) (当座)		1 0
口座名義(カタカナ) 左つめでご記入ください		



45M-331 M06Y22

代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付日

--

保険金請求のご連絡をいただいてから、保険金のお受取りまでの一般的な流れは、以下のとおりです。お客さまのご契約内容、ご請求内容などによりお手続きが異なることもございますので、ご遠慮なく弊社または取扱代理店までお問い合わせください。

Step 1

お客さま



保険金請求のご連絡

- ご請求の内容（症状の程度、治療の状況など）について、弊社または取扱代理店までご連絡をお願いいたします。

AIG損保

必要書類のご案内など

- お客さまのご契約内容を確認し、補償の内容をご案内いたします。
- 保険金請求に必要な書類についてご案内いたします。

Step 2

お客さま



書類のご手配、ご提出

- 保険金請求書などへのご記入、診断書などのご手配をいただき、弊社または取扱代理店へご提出をお願いいたします。

AIG損保

ご請求内容の確認

- 保険金をお支払いするために必要な確認をいたします。
- お支払いする保険金の額を算出し、保険金をお支払いいたします。

Step 3

お客さま



保険金のお受取り

- お支払金額、お支払先などをお客さまに書面でご案内いたしますので、ご確認をお願いいたします。

個人情報の取扱いについて

弊社は、今回の保険金請求に関する個人情報を次の目的のために利用します。

- (1) 今回のご請求に関わる保険事故の調査および保険金のお支払い
- (2) 保険契約のお引受け、ご継続・維持管理
- (3) 日本におけるAIGグループ会社・提携会社等が取り扱うサービスや各種商品のご案内・提供、ご契約の維持管理
- (4) 弊社業務に関する情報提供および運営管理、商品・サービスの充実
- (5) お客さまとのお取引および業務運営を適切かつ円滑に履行するために行う業務
- (6) その他上記に付随する業務

また、ご本人が同意されている場合のほか、次の場合に外部へ提供する場合があります。

- (1) 利用目的の達成に必要な範囲内において、保険代理店を含む委託先（外国にある事業者を含みます）へ提供する場合
- (2) 保険金の適正および迅速な支払いその他保険契約の履行のために必要な範囲内で、保険事故の関係者（事故当事者、医療機関、事故当事者の関係する保険会社、修理業者等。外国にある事業者を含みます）に提供する場合
- (3) 再保険（再保険以降の出再を含みます）の手続きをする場合（外国にある事業者との間の手続きを含みます。）
- (4) ご本人の保険契約内容を保険業界において設置運営する情報制度に登録する等、保険制度の健全な運営に必要であると考えられる場合
- (5) AIGグループ会社*と共同利用する場合
- (6) その他法令に根拠がある場合

ただし、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用目的は、各種法令に従い、業務の適切な運営の確保およびその他必要と認められる範囲に限定します。また、個人番号（マイナンバー）を含む特定個人情報の利用目的は、「行政手続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」（番号法）に定められている範囲に限定します。

上記に関わる個人情報の取扱い（プライバシーポリシー）の詳細は、弊社ホームページをご覧ください。

(URL: <https://www.aig.co.jp/sonpo>)

(*AIGグループ会社との共同利用については、弊社プライバシーポリシーをご覧ください)

保険金支払に必要な医療情報の提供に関する同意書

対象の医療機関名をご記入ください	
御中	

(同意者→AIG損保→医療機関)

※同意書1枚につき1つの医療機関名をご記入ください。受診された医療機関が複数ある場合は、追加で提出をお願いする場合があります。

記入日	年 月 日	
同意者	住所	
	氏名(自署)	印
	対象者(患者)との関係	本人 親権者 配偶者 法定相続人 その他 ()
対象者(患者)	生年月日	年 月 日
	住所	同意者と同じ →ご記入不要です
	氏名	同意者と同じ →ご記入不要です

年 月 日	に発生したケガまたは病気について
-------	------------------

AIG損害保険株式会社の担当者(AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む)が、以下を行う(保険金支払の前・後のいずれの場合も含まれます)ことに同意します。なお、本状の複写も本状と同じ効力があるものと認めます。

- 上記対象者(患者)の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。
- 上記対象者(患者)の以下のものの交付・貸出(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
 - ✓ 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料
 - ✓ レントゲンフィルムなどの検査資料
 - ✓ カルテなどの診察記録

記入例

⚠医療機関には提出せず、ご自身でご記入ください。

①医療機関名について

同意書1枚につき1つの医療機関名をご記入ください。受診された医療機関が複数ある場合は、保険金支払担当者から指定された医療機関名をご記入ください。指定がない場合は、最初に受診された医療機関名をご記入ください。

対象の医療機関名をご記入ください		
○ ○ 総合病院 御中		
記入日	20XX年 9月 10日	
同意者	住所 東京都墨田区錦糸 X-X-201	
	氏名(自署) 永合 太郎	(印)
	対象者(患者)との関係 (本人) 親権者 配偶者 法定相続人 その他 ()	
対象者(患者)	生年月日 19XX年 7月 1日	
	住所 同意者と同じ →ご記入不要です	
	氏名 同意者と同じ →ご記入不要です	

忘れずに押印してください。

③年月日について

ケガの場合は受傷日(事故日)を、病気の場合は入院開始日(入院がない場合は手術日)をご記入ください。

20XX年 9月 1日	に発生したケガまたは病気について
-------------	------------------

AIG損害保険株式会社の担当者(AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む)が、以下を行う(保険金支払の前・後のいずれの場合も含まれます)ことに同意します。なお、本状の複写も本状と同じ効力があるものと認めます。

- 上記対象者(患者)の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。
- 上記対象者(患者)の以下のものの交付・貸出(複写による提供を含む)を受けること、また資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うこと。
 - ✓ 診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料
 - ✓ レントゲンフィルムなどの検査資料
 - ✓ カルテなどの診察記録

②同意者について

- 1)対象者(患者)が成年の場合は、原則として対象者(患者)ご本人が「同意」してください。
- 2)対象者(患者)が未成年の場合は、親権者の方が「同意」してください。
- 3)事情により対象者(患者)ご本人または親権者が同意者になれない場合は、法定代理人または法定相続人の方が「同意」してください。
- 4)法人は同意者にはなりません。(ただし、法人が後見人の場合は可)



代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
------------	-------	-------------	--

診断書(医療保険用)

※医療機関へ作成をご依頼ください。

AIG損害保険株式会社 宛

1. 氏名		生年月日 年 月 日生		男 女	カルテ番号 1.健保 3.労災 5.その他 2.国保 4.自費	
2. 傷病名 (ICD-10コード:) 診断日 年 月 日				傷病(受傷)発生年月日 年 月 日		
ア 入院・手術の原因となった傷病名				ア.の傷病につき医師が入院治療が必要だと判断した日 年 月 日		
イ アの原因				年 月 日		
ウ 合併症				年 月 日		
3. 新生物の場合 該当する項目にシ印をお付けください。		病理組織診断: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「なし」の場合の確定診断方法: [] 確定診断日: 年 月 日 病期() 病理組織診断名: TNM分類: T N M		①原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他() ②浸潤性 <input type="checkbox"/> 非浸潤性 <input type="checkbox"/> 上皮内がん ③その他() ④大腸がんの場合: 深達度は? <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> sm以深 ④皮膚がんの場合: 悪性黒色腫ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⑤子宮頸部異形成の場合: <input type="checkbox"/> CIN I <input type="checkbox"/> CIN II <input type="checkbox"/> CIN III		
4. 前医・紹介医		医師名 初診日 年 月 日		医療機関名 所在地		
5. 既往症・持病		(有りの場合、病名、医療機関名、治療期間などおわかりになれば記入してください。) 病名 医療機関名 治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃				
6. 発病から初診までの経過、初診時の所見、治療の経過(いつ頃からどのような症状があったか、検査内容および検査成績、治療内容、経過等をご記入ください。)						
7. 初診日 年 月 日 終診日 年 月 日 転帰 治癒・要通院・要入院・中止・転医						
要入院日数(見込) 継続 日 ※実際の入院日数と相違ない場合は、記入は不要です。						
入院期間 第1回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 退院 入院中 第2回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 退院 入院中						
付添 上記入院中、付添が必要と認めた場合はその期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
通院期間 ※通院日数(日)を記入してください。 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 計 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 計 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 計 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 計 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 計 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 計 日						
固定具使用の場合 使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 使用固定具 ギプス、ギプスシャーレ、コルセット(硬・軟)、その他()						
傷病を被る直前の業務に就くことが全く不可能であると医学的に判断した期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
8. 今回の傷病に関して実施した手術		(1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術 (4)胸腔鏡下・縦隔鏡下手術 (5)開腹術 (6)腹腔鏡下手術 (7)ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 (8)経皮的 (9)経尿道的 (10)経膈的 (11)眼科レーザー (12)ドレナージ (13)その他()				
カテーテル手術・ドレナージ等もご記入ください。		手術種類 (診療報酬点数区分)		手術部位	目的	手術日
		手術名		手術種類(上記番号を記入)	該当する場合に○印をお付けください。 筋・腱・靭帯の処置を伴う 植皮面積 口腔手術の場合、顎骨を削った	
① (K・J-)		右左両側	治療・生検	年 月 日	観血	及ぶ
② (K・J-)		右左両側	治療・生検	年 月 日	観血	及ぶ
9. 上記の手術が必要だと医師が判断した日		① 年 月 日 ② 年 月 日				
10. 放射線治療・温熱療法(骨髄移植の前処置含む)		部位	診療報酬点数区分 M-		総線量	
		期間	年 月 日 ~ 年 月 日		グレイラド	
11. 先進医療・患者申出療養		先進医療 (患者申出療養) (該当する方に○をつけてください。)	技術名	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

上記の通り診断いたします。 年 月 日

診断書料金(税込) 円



所在地
病院名
電話番号
医師氏名

代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付日

年 月 日



451-1H1 M09Y23

GIAJ16-1H1-202309