

【給付金等請求書記入例】

○ご記入にあたってのご注意

1. 生命保険証券をご確認のうえ、正確にご記入ください。
誤記入などがあると訂正のためのやり取りで、お支払いまでに時間を要します。
必ず、ご提出前にご確認ください。
2. 給付金等の受取人ご本人がご記入ください。
3. 黒のペンまたは黒のボールペンで、はっきりとご記入ください。
4. 書き損じた場合には、『二重線と訂正印』にてご訂正ください。

A 保険-00014 給付金等(保険料)		御中 請求書類を添付の上、下記のとおり	
白抜き箇所にご記入・押印ください		記入日をご記入ください。	
証券番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	請求日 (ご記入日) 平成 25 年 9 月 2 日	被保険者の氏名をご記入ください。 ※「被保険者」は生命保険証券でご確認ください。 織楠 太郎	
保険証券をご確認のうえ、 正確にご記入ください		受取人ご本人が自署・押印ください。 ※「給付金受取人」は生命保険証券でご確認ください。	
受取人 織楠 太郎 (請求者ご自身が署名押印してください。) 〒 190 - 0012 東京都 立川市曙町 2-22-20 立川センタービル 電話番号 042 (548) 5559	親後 権見 者 	この請求に同意します お支払明細書の送付先 およびご連絡先電話番号 をご記入ください。	
■お受取方法をご記入ください。(必ず受取人ご本人様名義の口座をご指定ください)			
受取方法(いずれかに○印)	① 保険料振替 口座に振込	保険料の払込方法(経路)が口座振替の方のみご指定いたし、クレジットカード振替や団体振替の方は2または3を選択し、記入してください。	
	② 金融機関 口座に振込	オリックス (銀行、信金、信組、信託、労働、農協)	新宿 (本店、支店、出張所)
	③ ゆうちょ銀行 (送金機能付総合口座)	預金種目 ① 普通 ② 当座 ④ 貯蓄 口座番号 7桁右詰めでご記入ください。 0 1 2 3 4 5 6	フリガナ オリックス タロウ 名義人 織楠 太郎
ご希望の受取方法に○をしてください。ご指定がない場合は 1 保険料振替口座に振込 にてお支払いいたします。(ただし、保険料の払込方法(経路)が口座)		受取人ご本人名義の口座を漏れなくご指定・記入ください。	
同意書	①貴社のホームページまたは「ご請求の手引き」冊子情報の取扱いに関する事項を確認し、その内容 ②私は、医師および医療機関等が貴社または本書持主の傷病内容(病名・病状・治療内容・既往症)を説明すること、また、その証明書を発行すること(本書の複写も本書と同じ効力があることを了承します。) 平成 25 年 9 月 2 日 被保険者署名 織楠 太郎		
	日付をご記入のうえ、受取人ご本人(被保険者)が自署・押印ください。 ※受取人と被保険者が異なる場合には、被保険者が自署・押印ください。		

【事故発生状況報告書記入例】

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> D <small>保険-00007</small> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 不慮の事故や交通事故によるケガでのご入院・手術等のご請求の際にご提出ください。 </div>	
オリックス生命保険株式会社 御中	
<h2>事故発生状況報告書</h2>	
※被保険者ご本人、または事故の状況のわかる方がご記入願います。	
被保険者氏名 <small>(受傷された方のお名前)</small>	織楠 太郎
事故発生 日時	20 13 年 9 月 2 日 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> (午前) 8 時 30 分頃 午後 </div>
事故発生 場所	東京都〇〇区△△△2丁目 △△△橋交差点 <small>※住所・施設名称・交差点名称など、分かる範囲でご記入ください。</small>
詳細記入欄	ケガの原因、およびケガをされた状況を詳しくご記入ください。 <div style="text-align: center; padding: 10px;"> <h3>信号のある交差点で、赤信号で止まった所を後続車に追突された。</h3> </div>
交通事故の詳細	交通事故の場合のみご記入ください。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 警察への届出 → <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ● 事故当時の状況 → <input checked="" type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 同乗中 <input type="checkbox"/> 歩行中 <運転中の場合> ● 免許証(事故時点で有効なもの) → <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ● 免許証番号 第 123456×××××号(12ケタ) ● 有効期限 平成 28 年 4 月 17 日まで </div> <div style="width: 50%;"> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;"> <交通事故現場見取り図> </div> </div> </div>
日付をご記入のうえ、ご記入された方が自署・押印ください。	
※記のとおりに証明(報告)します。	
20 13 年 9 月 13 日	
証明者氏名	織楠 太郎
被保険者との関係 <input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 親 <input type="radio"/> 子 親類 その他()	

被保険者の氏名をご記入ください。

必ずご記入ください。

日付をご記入のうえ、ご記入された方が自署・押印ください。

○ご記入にあたってのご注意

1. 被保険者ご本人、または事故の状況のわかる方がご記入ください。
2. 黒のペンまたは黒のボールペンで、はっきりとご記入ください。
3. 書き損じた場合には、『二重線と訂正印』にてご訂正ください。

保存:受付より10年

2013年9月改訂