



# 給付金等請求書 (必ず提出してください)

オリックス生命保険株式会社 御中  
以下の**同意事項**に同意のうえ、**記入日**を記入してください。

被保険者の氏名・フリガナをご記入ください。

請求日 (記入日)	2015年 7月 1日	被保険者	フリガナ オリックス タロウ 織楠 太郎	続柄 本人
--------------	-------------	------	----------------------------	----------

証券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
------	---------------------

受取人 (自署・押印)	織楠 太郎	
親権者・後見人		

受取人ご本人が自署・押印ください。

お支払明細書の送付先をご記入ください。

住所	支払明細書の送付先住所を記入してください。	〒 _____
		電話番号 ( )

受取口座	以下のいずれかに受取人名義またはご請求人名義の口座を記入してください。			
	<ゆうちょ銀行以外の金融機関>	オリックス	立川	本店
	預金種目	口座番号 (右詰め)	フリガナ	オリックス タロウ
		1 2 3 4 5 6 7	名義人	織楠 太郎
<ゆうちょ銀行>送金機能付総合口座	通帳記号	通帳番号 (右詰め)	フリガナ	
	1 0			

<ゆうちょ銀行以外の金融機関>または<ゆうちょ銀行>に受取人名義の口座をご記入ください。  
\*ゆうちょ銀行の口座をご指定の場合  
送金機能付総合口座以外の口座はご指定いただけませんのでご注意ください。

**同意事項**

- ①貴社のウェブサイトまたは「ご請求の手引き」冊子等
- ②医師および医療機関等が貴社または本書持参の者に本書を発行することに同意します。(本書の複写も本書と)
- ③上記①、②について、被保険者と受取人(受取人以外の請求者を含む)が異なる場合は、被保険者(被保険者死亡の場合はその相続人を含む)も同意し

<会社使用欄>

代理店受領日	支社受領日
( / / )	( / / )

住所		口座		P控除	
登録	登録外	登録		銀行コード	支店コード
		銀行			
		ゆうちょ			

本社受領日
( / / )

# 【事故発生状況報告書記入例】

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>D</b>  <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 <b>事故発生状況報告書</b>	
※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>	<b>織楠 太郎</b>
事故発生	日時 20 <b>13</b> 年 <b>9</b> 月 <b>2</b> 日 <span style="margin-left: 20px;">午前 8 時 30 分頃</span>
	場所 <b>東京都〇〇区△△△2丁目 △△△橋交差点</b> <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。
	<b>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。</b>
交通事故の詳細	交通事故の場合のみご記入ください。
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 警察への届出 → <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</li> <li>● 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</li> <li>&lt;運転中の場合&gt;</li> <li>● 免許証(事故時点で有効なもの) → <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</li> <li>● 免許証番号 第 <b>123456</b>×××××号(12ケタ)</li> <li>● 有効期限 平成 <b>28</b> 年 <b>4</b> 月 <b>17</b> 日まで</li> </ul>
	<交通事故現場見取り図> 
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。	
上記のとおり証明(報告)します。	
20 <b>13</b> 年 <b>9</b> 月 <b>13</b> 日	
証明者氏名	<b>織楠 太郎</b>
被保険者との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 親類 その他( )	
<small>保存:受付より10年 2013年9月改訂</small>	

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。