

# 【保険金等請求書記入例（HP）】

印鑑証明書を提出する場合、押印箇所はすべて実印を押印ください。

保険-00001

## 保険金等請求書

対象となるご契約の証券番号をご記入ください。

必ずご記入ください。

証券番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 請求日(記入日) 平成 28 年 6 月 1 日

フリガナ オリックス タロウ 請求対象者 織楠 太郎 害死亡保険金

フリガナ オリックス ハナコ 生年月日 明大 昭平 38 年 3 月 3 日 受取人 織楠 花子

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。

〒 190 - 0012 東京 都 道 立川市曙町2-22-20 立川センタービル 電話番号 042 ( 548 ) 5559

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。

振込口座 (①②いずれかに○)	① 右記の金融機関	オリックス (銀行) (信託) (信金) (信組) (労金) (農協)	新宿 (本店) (支店) (出張所)	(オリックス生命使用欄) 銀行コード 支店コード
	② ゆうちょ銀行 (送金機能付総合通帳)	通帳記号 1 0	通帳番号 (右詰8桁記入)	名義人 フリガナ オリックス ハナコ 織楠 花子

預金種目(いずれかに○) ① 普通 ② 当座 ④ 貯蓄 ⑨ 別段 口座番号(右詰7桁記入) 0 1 2 3 4 5 6

日付をご記入のうえ、受取人ご本人が自署・押印(実印)ください。

同意書 平成 28 年 6 月 1 日 受取人署名 織楠 花子

支払方法

① 据置支払	別途、据置支払申込書をお送りします。
② 年金支払	別途、第1回年金請求書をお送りします。

念書 年金支払特約が付加されている場合で、保険金の一括受取を希望される場合のみ、受取人ご本人が自署・押印ください。

受取人署名 印

## ○ご記入にあたってのご注意

1. 保険金等の受取人ご本人がご記入ください。
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、『二重線と請求印』にてご訂正ください。
4. ご記入内容の誤りや不備がありますと、再度ご提出頂くこととなります。必ず、ご提出前にご確認ください。

# 【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	
<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>	<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 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">                     (午前) 8 時 30 分頃                      (午後)                 </div>
	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。
	<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>
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;"> <div style="flex: 1;"> <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> </div> <div style="flex: 1; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; font-size: small;">&lt; 交通事故現場見取り図 &gt;</p> </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。	
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="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 親 <input type="radio"/> 子 親類 その他( )	
保存:受付より10年	2013年9月改訂

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。