

# 【給付金等請求書記入例】

## ○ ご記入にあたっての注意点

1. 生命保険証券をご確認のうえ、正確に記入してください。  
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、ご提出前に確認をお願いいたします。
2. 給付金等の受取人ご本人が記入してください。
3. 黒のペンまたは黒のボールペンで、はっきりと記入してください。
4. 書き損じた場合には、『二重線と訂正印』にて訂正してください。

保険-00004

# 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  
以下の同意事項を記入してください。 金を請求します。

**被保険者の氏名・フリガナを記入してください。**  
※被保険者は生命保険証券にて確認いただけます。

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 クロウ 織楠 太郎	続柄 本人
--------------	-------------	------	----------------------------	----------

**請求いただく契約の証券番号を記入してください。**  
※証券番号は生命保険証券にて確認いただけます。

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

**給付金受取人ご本人が自署・押印してください。**  
※給付金受取人は生命保険証券にて確認いただけます。

受取人 (自署・押印)	織楠 太郎
親権者・後見人	

**支払明細書の送付先を記入してください。**

住所	支払明細書の送付先住所を記入してください。
----	-----------------------

**<ゆうちょ銀行以外の金融機関>または<ゆうちょ銀行>に給付金受取人名義の口座を記入してください。**  
\*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指定いただけませんのでご注意ください。

以下のいずれかに受取人名義または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>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">預金種目</td> <td style="width: 15%;">口座番号 (右詰め)</td> <td style="width: 15%;">フリガナ</td> <td style="width: 55%;">オリックス ハナコ</td> </tr> <tr> <td>普通・当座 貯蓄</td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> <td>名義人</td> <td>織楠 華子</td> </tr> </table>	預金種目	口座番号 (右詰め)	フリガナ	オリックス ハナコ	普通・当座 貯蓄	1 2 3 4 5 6 7	名義人	織楠 華子		
預金種目	口座番号 (右詰め)	フリガナ	オリックス ハナコ								
普通・当座 貯蓄	1 2 3 4 5 6 7	名義人	織楠 華子								
<ゆうちょ銀行> 送金機能付総合口座	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">通帳記号</td> <td style="width: 15%;">通帳番号 (右詰め)</td> <td style="width: 15%;">フリガナ</td> <td style="width: 55%;">名義人</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	通帳記号	通帳番号 (右詰め)	フリガナ	名義人	1	0				
通帳記号	通帳番号 (右詰め)	フリガナ	名義人								
1	0										

**同意事項**

① 貴社のウェブサイトまたは「ご請求の手引き」冊子等に記載の「個人情報のお取扱いについて」を確認し、その内容に同意します。  
② 医師および医療機関等が貴社または本書持参の者に被保険者の傷病内容（病名・病状・病状・治療内容・既往症病歴など）を説明すること、また、その証明書を発行することに同意します。（本書の複写も本書と同じ効力があることを了承します。）  
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）も同意します。

# 【入院状況申告書記入例】

C

保険-10002

「入院・手術等証明書(診断書)」を省略できる条件に該当した場合にご利用いただけます。

オリックス生命保険株式会社 御中

## 入院状況申告書

※ご入院された被保険者ご本人が事実に基づいて正確にご記入ください。

被保険者ご本人の氏名をご記入ください。

被保険者(ご入院された方)	織楠 太郎		男・女
入院の原因となった傷病名	▲▲▲▲		必ずご記入ください。
傷病発生年月日	20 13 年	9 月	2 日頃
治療期間	初診日	20 13 年	9 月 2 日
	入院日	20 13 年	9 月 3 日
	退院日	20 13 年	9 月 13 日
入院された病院または診療所	医療機関名	●●病院	
	所在地	東京都○○区△△△2丁目 △△△	
	電話番号	012 ( 345 ) 6789	
	主治医	_____ 科 _____ 医師	
記入日	20 13 年 9 月 20 日		
被保険者	織楠 太郎	親権者・後見人 (給付金受取人が未成年のとき) この申告に同意します。	印
	※請求書と同じ印鑑を押印ください		※請求書と同じ印鑑を押印ください

日付をご記入のうえ、被保険者ご本人が自署・押印ください。

入院状況申告書のほかに、以下のいずれかの書類をご提出ください。

- 『退院証明書』のコピー (ご退院の際に医療機関が発行するもの)
- 『入院費の領収書』のコピー (入院日・退院日・被保険者の氏名・医療機関名の記載があるもの)

保存: 受付より10年

2013年9月改訂

### ○ご記入にあたってのご注意

1. 被保険者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、『二重線と訂正印』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、再度ご提出いただくこととなります。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>
事故発生 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。  <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"> <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="width: 50%;"> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;">                     &lt;交通事故現場見取り図&gt;                 </div> </div> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                 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。             </div>	
※記のとおりに証明(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( )	

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。