

掲載の書類は、給付金をお支払いする口座と支払明細書の送付先住所をご連絡いただくためのものです。

A₁ 給付金等請求書

オリックス生命保険株式会社 御中
以下の項目に同意のうえ、給付金を請求いたします。
a. 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「個人情報のお取り扱いについて」を確認し、その内容に同意します。
b. 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・症状・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。)
c. 本請求について、手続き完了後のお知らせの交付をもって、約款に規定している変更内容の保険証券への裏書に代えることを同意します。

1 証券番号	0123456789	0123456789	0123456789
---------------	------------	------------	------------

2 フリガナ	オリックスタロウ	続柄
被保険者	織楠太郎	本人

ご記入・押印ください

3 記入日	20XX年 XX月 XX日
--------------	---------------

4 フリガナ	オリックスタロウ	ご印鑑
受取人	織楠 太郎	

振込先をご確認ください

現在の登録口座	オリオリ銀行 立川支店 普通 1234**** 織楠 太郎 様
5 登録口座以外を指定する場合	フリガナ
	口座名義人 (受取人本人口座を指定ください)
どちらかひとつをご指定ください	金融機関 (ゆうちょ銀行以外)
	ゆうちょ銀行

支払明細書の送付先を変更する場合は、ご記入ください

6 契約者住所	〒1XX-XXX 東京都XXX市 XXX町1-1-1
電話番号	03-XXXX-XXXX

送付先住所	〒
電話番号	-

会社使用欄						
代理店受領日	支社受領日	口座	名義人表示	P控除	住所	本社受領日
		銀行コード 支店コード	1: 契約者 2: 被保険者	0: なし 1: 控除する	0: 入力 1: 契約者	

受取人 必須

受取人が署名・捺印ください。

登録口座以外を指定する場合 任意

- 口座情報の印字がある場合
口座番号をご記入ください。
- 口座情報の印字がない場合
口座番号とあわせて金融機関名、種目名、支店名を、ゆうちょ銀行の場合は記号と番号をご記入ください。

送付先住所 任意

支払明細書の送付先を、現在のご登録住所(印字されている住所)以外へ変更される場合は、ご記入ください。

オリックス生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター

0120-506-053 受付時間 月曜～土曜 9:00～18:00 (日曜・祝日・年末年始休み)

<http://www.orixlife.co.jp/>

掲載の書類は、診断書の提出を省略してご請求いただく場合に、入院内容についてご報告(ご記入)いただくものです。

被保険者がご記入ください。

入院したご本人さまがご記入ください。被保険者が未成年の場合、親権者がご記入ください。

ORIX 入院状況申告書

オリックス生命保険株式会社 御中
以下のとおり申告します。

1 フリガナ
被保険者

2 被保険者

ご印鑑

親権者

ご印鑑

3 入院の原因となった傷病名

4 初診日

5 入院日 退院日

6 医療機関名
診療科

《本紙と一緒にご提出が必要な書類》
退院時に日本国内の医療機関窓口で発行される、以下のいずれか1点のコピーと一緒にご提出ください。
・入院費の領収書 ・退院証明書 ・診療明細書

⚠ 必要項目の記載があるかご確認ください。
 被保険者の氏名 入院日 退院日 医療機関名

《本紙の使用条件》

- 入院日数が14日以内である
(責任開始日(復活日)から2年以上経過後に開始した入院については30日以内である)
- 給付金を請求する時点で退院している
- 手術を受けていない または、手術給付金の支払対象となる手術を受けていない
- 以下に表示する給付金の請求がない
 - ・先進医療給付金 ・がん診断治療給付金 ・がん通院給付金 ・がん一時金
 - ・三大疾病治療一時金 ・急性心筋梗塞一時金 ・脳卒中一時金
- がん保険以外の請求である
- 特定疾病・特定部位不担保条件が適用されていない契約である または、特定疾病・特定部位不担保条件の適用期間経過後に開始した入院である

被保険者

必須

被保険者が署名・捺印ください。

親権者

必須

親権者が署名・捺印ください。
被保険者が未成年の場合のみ、当記入欄が表示されます。

入院の原因となった傷病名

必須

傷病名をご記入ください。
(例)
・右手人差し指の骨折
・気管支喘息
※検査入院、検診は除く

オリックス生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター

0120-506-053 受付時間 月曜～土曜 9:00～18:00 (日曜・祝日・年末年始休み)

<http://www.orixlife.co.jp/>

掲載の書類は、不慮の事故が発生したときの状況をご報告いただくためのものです。
 ※「不慮の事故」とは、交通事故だけでなく、転倒はスポーツ中のケガを含みます。

- ご記入にあたっては、必ず黒のペンまたは黒のボールペンを使用ください。
- 記入内容を訂正される場合は、訂正線（二重線）を引き、訂正印を押してください。

D 事故発生状況報告書

オリックス生命保険株式会社 御中
以下のとおり報告します。

フリガナ オリックス タロウ

① 被保険者 織楠 太郎

② 証明者 織楠 太郎

被保険者との関係

本人 配偶者 親 子

その他()

ご印鑑

織楠

③ 発生日時 午前 20XX年 XX月 XX日 8時 30分頃

発生場所 東京都〇〇区△△△2丁目△△△橋交差点
※住所・施設名称・交差点名称など、わかる範囲でご記入ください。

ケガの原因を下記から選択し、チェックをお願いいたします

④ 3 交通事故(運転中・同乗中) 4 交通事故(歩行中) 7 転倒・転落

9 機械による事故 12 運動中 99 その他

ケガをされた状況を詳しくご記入ください

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。

⑤ 警察への届出
→ 有 無

＜運転中の場合＞
●免許証(事故時点で有効なもの)
→ 有 無

《交通事故現場見取り図》

被保険者 必須

被保険者名をご記入ください。

証明者 必須

被保険者ご本人さま、または事故の発生状況についてわかる方が署名・捺印ください。

ご質問について 必須

被保険者ご本人さま、または事故の発生状況についてわかる方がご記入ください。

オリックス生命保険株式会社 カスタマーサービスセンター

0120-506-053 受付時間 月曜～土曜 9:00～18:00(日曜・祝日・年末年始休み)

<http://www.orixlife.co.jp/>

保険-10048-01