

記入例

店がご記入ください。捺印欄が1箇所あります。

給付金（保険金）請求書

三井住友海上火災保険株式会社 御中

令和 5年 12月 1日

下記のとおりオールマイティプラン基本保障コース/継続プランの保険金を請求いたします。また、本保険金請求に関して、別紙「保険金請求に関する委任状・個人情報取扱いに関する同意書」記載の「個人情報の取扱いに関する同意」および「他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意」のとおり同意します。

①ご加入店についてご記入ください

コード	支店コード			加入店コード					加入者コード				加入口数			
	H	A	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9		3口		
請求者	住所	〒×××× - ××××× 東京都中央区銀座××××														
	店名	東芝電機株式会社 代表取締役 東芝太郎														
振込先 口座番号	××××	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> ()	店番号			××××				<input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号					
	口座名義 (カタカナ)	ト	ウ	シ	バ	デ	ン	キ	(ユ	1	2	3	4	5	6

②ご入院等された被保険者（患者）さまについてご記入ください。

被保険者	氏名	フリガナ トウシバ タロウ 東芝 太郎				
	生年月日	昭和 平成・令和 30年 1月 1日	性別	男・女		

運転免許証内容および飲酒運転の有無 ※自動車（二輪・原付を含む）を運転中の事故の場合、ご記入ください。

運転免許証内容	事故日は、免許証の有効期限内ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	飲酒運転	<input type="checkbox"/> あり
	今回の事故で運転されていた自動車（二輪・原付を含む）は、免許の種類（普通・中型等）の範囲内ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> なし

④請求内容をご記入下さい。

請求内容	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 集中治療室 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺障害 <input type="checkbox"/> 葬祭費用 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> がん診断 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 介護一時金
------	---

⑤他の保険契約・請求の有無についてご記入下さい。

(今回の事故で同一の損害または費用に対して保険金等を支払う他の保険契約等がある場合)

他の保険契約の有無	保険会社等の名称	保険の種類	証券番号	保険契約者	保険金請求の有無
なし・あり ⇒	○×損害保険	○×保険	×××××	東芝太郎	なし・あり
					なし・あり

TCM 受付	東芝地域店会受付	東芝保険サービス受付日付印	三井住友海上

加入店がご記入ください。捺印欄が1箇所あります。

給付金（保険金）請求書

三井住友海上火災保険株式会社 御中

令和 年 月 日

下記のとおりオールマイティプラン基本保障コース/継続プランの保険金を請求いたします。また、本保険金請求に関して、別紙「保険金請求に関する委任状・個人情報取扱いに関する同意書」記載の個人情報の取扱いに関する同意 および「他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意」のとおり同意します。

①ご加入店についてご記入ください

コード		支店コード			加入店コード				加入者コード				加入 口数	口
請 求 者	住所	〒 -												
	店名	代表者印												
	振込先 口座番号	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> ()			店番号		支店				<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄		口座番号	
口座名義 (カタカナ)		<small>法人の場合会社名義、個人事業主の場合店主名義の口座をご記入ください。郵便局の場合通帳記号と通帳番号を欄外に記入ください。</small>												

②ご入院等された被保険者（患者）さまについてご記入ください。

被 保 険 者	氏名	フリガナ				
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 ・ 女		

運転免許証内容および飲酒運転の有無 ※自動車（二輪・原付を含む）を運転中の事故の場合、ご記入ください。

運 転 免 許 証 内 容	事故日は、免許証の有効期限内ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	飲 酒 運 転	<input type="checkbox"/> あり
	今回の事故で運転されていた自動車（二輪・原付を含む）は、免許の種類（普通・中型等）の範囲内ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> なし

④請求内容をご記入下さい。

請求内容	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 集中治療室 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後遺障害 <input type="checkbox"/> 葬祭費用 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> がん診断 <input type="checkbox"/> 抗がん剤 <input type="checkbox"/> 介護一時金
------	---

⑤他の保険契約・請求の有無についてご記入下さい。

(今回の事故で同一の損害または費用に対して保険金等を支払う他の保険契約等がある場合)

他の保険契約の有無	保険会社等の名称	保険の種類	証券番号	保険契約者	保険金請求の有無
なし・あり ⇒					なし・あり
					なし・あり

TCM 受付	東芝地域店会受付	東芝保険サービス受付日付印	三井住友海上

【保険金のお支払いに関するご案内】

●保険金をお支払いする時期について

2010年1月1日以降に発生した保険事故に対して保険金をお支払いする場合、当社は【表①】(1)～(5)の事項の確認を行い、請求完了日(当社がお客さまにご提出を求めたすべての保険金請求書類(注1)を受領した日を含みます。)からその日を含めて30日以内に保険金をお支払いします。ただし、【表②】に規定されている特別な照会や調査が必要な場合には、請求完了日からその日を含めて、【表②】(1)～(7)のいずれかの日数以内に保険金をお支払いします。

【表①】

確認する事項	
(1)	保険金の支払事由発生の有無の確認に必要な事項として、事故の原因、事故発生の状況、損害発生の有無および被保険者に該当する事実
(2)	保険金が支払われない事由の有無の確認に必要な事項として、保険金が支払われない事由としてこの保険契約において定める事由に該当する事実の有無
(3)	保険金を算出するための確認に必要な事項として、損害額(注2)および事故と損害との関係
(4)	保険契約の効力の有無の確認に必要な事項として、この保険契約において定める解除、無効、失効または取消の事由に該当する事実の有無
(5)	(1)～(4)までのほか、他の保険契約等の有無および内容、損害について被保険者が有する損害賠償請求権その他の債権および既に取得したものの有無および内容等、当社が支払うべき保険金の額を確定するために確認が必要な事項

【表②】

特別な照会や調査が必要な場合(注3、4)		日数
(1)	警察、検察、消防その他の公の機関による捜査・調査結果の照会	180日
(2)	医療機関、検査機関その他の専門機関(注5)による診断、鑑定等の結果の照会	90日
(3)	後遺障害の内容およびその程度を確認するための、医療機関による診断、後遺障害の認定に係る専門機関による審査等の結果の照会	120日
(4)	災害救助法(昭和22年法律第118号)が適用された災害の被災地域における調査	60日
(5)	日本国内において行うための代替的な手段がない場合の日本国外における調査	180日
(6)	損害を受けた保険の目的もしくは損害発生事由が特殊であることまたは同一構内に所在する多数の保険の目的が同一事故により損害を受けた場合における、専門機関による鑑定等の結果の照会	180日
(7)	災害対策基本法(昭和36年法律第223号)に基づき設置された中央防災会議の専門調査会によって被害想定が報告された首都直下地震、東海地震、東南海・南海地震またはこれらと同規模以上の損害が発生するものと見込まれる地震等による災害の被災地域における調査	365日

(注1) 保険金請求に必要な書類をいい、当社がお客さまに代わって取付けた書類も含まれます。

(注2) 保険の対象の再調達価額、保険価額を含みます。

(注3) 複数の事由に該当する場合は、そのうち最長の日数とします。

(注4) 本表にかかわらず、別途、特別な照会や調査が必要な場合および日数を定める場合や、お客さま等との協議による合意に基づき日数を延長させて頂くことがあります。

(注5) 医師・建築士のほか損害保険鑑定人等をいいます。

◇お客さまが正当な理由なく確認を妨げまたはこれに応じない(必要な協力を行わなかった場合を含みます。)ために確認が遅延した期間、その他の事情により保険金のお支払い手続ができない期間は、日数に算入しません。

◇同一の事故により同一の保険契約から複数の種類の保険金・費用をお支払いする場合には、保険金請求権の発生時期や保険金請求書類が異なる保険金・費用についても、特別のご要望が無い限り、すべての保険金・費用について、当社がお客さまにご提出を求めたすべての保険金請求書類(注1)を受領した日からその日を含めて上記日数以内に保険金・費用をお支払いします。その際、いずれかの保険金について特別な照会や調査が必要な場合には、そのうち最長の日数以内にすべての保険金・費用をお支払いします。

●同一の損害または費用を補償の対象とする『他の保険契約等』がある場合

◇用語のご説明

他の保険契約等	始期日によらず、また、保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、当社の保険契約(※1)と同一の損害または費用の一部または全部に対して保険金等を支払う契約(※2)をいいます。 ※1 当社の保険契約が複数ある場合、1つの契約を「当社の保険契約」、それ以外を「他の保険契約等」とします。 ※2 入院1日あたり●●円等定額でお支払いする傷害保険等の契約は含みません。
支払責任額	それぞれの保険契約または共済契約について、他の保険契約等がないものとして算出した支払うべき保険金等の額をいいます。
支払限度額	保険契約(約款)で定められたお支払いする保険金の限度額をいいます。(例：損害の額)

他の保険契約等があり、当社の保険契約が2010年1月1日以降の始期日(注1)の場合、当社は次表(1)または(2)の方法で保険金をお支払いします(注2)。弊社の保険契約が2009年12月31日以前の始期日の場合、当社は次表(2)の方法で保険金をお支払いします。

保険金のご請求方法		保険金のお支払い方法
(1)	当社の保険契約のみに保険金をご請求される場合	当社の保険契約の支払責任額の全額をお支払いします。 ◇当社は保険金をお支払いした後、他の保険契約等で負担すべき金額がある場合、その損害保険会社・共済等に請求します。
(2)	当社の保険契約、他の保険契約等の両方に保険金をご請求される場合 ※右記①または②の方法でのお支払いとなります(注3)。 ※ご請求方法に関わらず、原則として、当社の保険契約および他の保険契約等から支払われる保険金等の合計額は支払限度額を超えることはありません。	<p>① 当社がお支払いする保険金の額 = 支払限度額 - 他の保険契約等から支払われた保険金等の合計額</p> <p>◇当社がお支払いする保険金の額は、当社の保険契約の支払責任額が限度となります。 ◇当社は保険金をお支払いした後、他の保険契約等で支払われた保険金等のうち当社の負担すべき金額がある場合、他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ支払います。</p> <p>② 当社がお支払いする保険金の額 = 支払限度額 × $\frac{\text{当社の保険契約の支払責任額}}{\text{当社の保険契約の支払責任額} + \text{他の保険契約等の支払責任額}}$</p> <p>◇他の保険契約等の損害保険会社・共済等がお支払いする保険金等の額も同様に算出し、その損害保険会社・共済等からお支払いします。</p>

(注1) 「他の保険契約等から保険金または共済金が支払われていない場合、この保険契約の支払責任額をお支払いする」等他の保険契約等がある場合において、当該保険契約によりてん補すべき損害の額の全額をお支払いすることを定めている契約のみが該当します。(2010年1月1日以降の始期日の場合でも該当しない契約がありますので、約款等をご確認ください。)

(注2) 次の事項等に該当する場合には、複数の保険契約等に保険金をご請求いただく必要があります。

- a. 当社の保険契約により支払われる保険金では損害の額に満たない場合
- b. 他の保険契約等に固有の保険金等がある場合
- c. 当社の保険契約に保険金をお支払いする順位が定められている場合(例：時価額を基準とする他の保険契約等からの保険金支払が優先されることを定めている再調達価額を基準とした火災保険)

(注3) ①は他の保険契約等が(注1)に該当する契約の場合、②は当社の保険契約および他の保険契約等に保険金をお支払いする順位が定められていない契約の場合に限り選択できます。ただし②を選択し、他の保険契約等が(注1)に該当する契約の場合には、他の保険契約等の損害保険会社・共済等の合意が必要になります。

◇他社の保険契約等に関する内容(保険金の支払可否、支払額等)は、お客さまにご契約いただいている損害保険会社・共済等にお問い合わせください。