

記入例

同意書兼報告書兼委任状

病・ケガをされた方がご記入ください。捺印欄が2箇所あります。

三井住友海上火災保険株式会社 御中

医療照会に関する同意書

貴社の社員またはその業務委託先が、上記の傷病に関する保険金支払の目的の範囲内で、医療機関から医療情報※を直接取得・利用することに同意します。なお、本状は上記の傷病に関する貴社の保険金支払完了後に効力を失うものとします。

医療機関 御中

下記患者の貴院での受療に関して、三井住友海上火災保険株式会社の社員またはその業務委託先による医療情報※に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。

※診断書・診療報酬明細書、傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見、画像診断フィルム等の記録資料検査資料

同意日	令和 5年 12月 1日
患者氏名	東芝 太郎  ご家族が同意される場合 (ご本人との関係) 印
同意者住所	東京都 都道 中央区 区市 ××××× 町村

病気・ケガに関する報告書

下記のとおり病気・ケガについてご報告いたします。

コード	支店コード	加入店コード	加入者コード	加入口数	3 口
	H A A	1 2 3 4 5	6 7 8 9		

発病日・事故日	令和 5年 11月 21日 午前・午後 10時 00分頃
事故場所 (ケガの場合)	
事故状況/発病までの経緯および現在の症状	11月21日に急にお腹が痛くなり、病院へ行ったところ急性虫垂炎(盲腸)と診断され、即日手術となった。

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

三井住友海上火災保険株式会社 御中

東芝保険サービス株式会社 御中

私(保険金請求者)は、三井住友海上火災保険株式会社に対する本件病気もしくは事故による保険金請求および受領に関する一切の権限を加入店に委任します。(加入店を経由して保険金を受領することを了解しております。)

<p>【個人情報の取扱いに関する同意】</p> <p>本請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲で、次の通り取得・利用・提供することに同意します。</p> <p>①保険契約の履行(損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等)・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、貴社が保険事故の関係者(修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)、業務委託先(保険代理店を含む)、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。②保険金支払の健全な運営のために、貴社が(社)日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社・共済等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。③再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、貴社が再保険引受会社に提供を行うことがあること。④保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、貴社が保険業法施行規則に基づき、保険業の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行うこと。⑤他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。また、その損害保険会社・共済は貴社へ提供すること、貴社から提供を受け、利用すること。</p>	<p>【他の保険契約等がある場合の保険金請求書の取扱いに関する同意】</p> <p>同一の損害または費用に関して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(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、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。本書面では同様とします。)から、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います。)。また、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。</p>
--	---

同意日	令和 5年 12月 1日
患者氏名 (請求者)	東芝 太郎  請求者と患者と異なる場合のご関係 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()

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

同意書兼報告書兼委任状

病気・ケガをされた方がご記入ください。捺印欄が2箇所あります。

三井住友海上火災保険株式会社 御中

医療照会に関する同意書

貴社の社員またはその業務委託先が、上記の傷病に関する保険金支払の目的の範囲内で、医療機関から医療情報※を直接取得・利用することに同意します。なお、本状は上記の傷病に関する貴社の保険金支払完了後に効力を失うものとします。

医療機関 御中

下記患者の貴院での受療に関して、三井住友海上火災保険株式会社の社員またはその業務委託先による医療情報※に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。

※診断書・診療報酬明細書、傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見、画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

同意日、患者氏名、同意者住所、捺印欄

病気・ケガに関する報告書

下記のとおり病気・ケガについてご報告いたします。

コード、支店コード、加入店コード、加入者コード、加入口数

発病日・事故日、事故場所(ケガの場合)、事故状況/発病までの経緯および現在の症状

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

三井住友海上火災保険株式会社 御中

東芝保険サービス株式会社 御中

私(保険金請求者)は、三井住友海上火災保険株式会社に対する本件病気もしくは事故による保険金請求および受領に関する一切の権限を加入店に委任いたします。(加入店を経由して保険金を受領することを了解しております。)

【個人情報の取扱いに関する同意】、【他の保険契約等がある場合の保険金請求書の取扱いに関する同意】

同意日、患者氏名(請求者)、請求者と患者と異なる場合のご関係

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