

## 保険金請求に関するご案内

この度は被保険者様のご療養につきまして、心よりお見舞い申し上げます。

さて、保険金請求の書類をご案内いたします。

必要書類をお取り揃えのうえ、弊社宛にご送付よろしくお願い申し上げます。

なお、保険金のお支払につきましては、「**普通保険約款**」の規定に基づき査定させていただきます。 (下記につきましても必ずご確認をお願い申し上げます。)

### 記

#### 保険金のお支払いについて

(e)病気入院保険金または(g)病気手術保険金のお支払いは、責任開始日以降に発病した疾病を直接の原因として、その治療を目的として入院（5日以上）または手術をされた場合が対象となります。

また、不慮の事故の場合で、事故発生日から180日を経過して開始した入院(または再入院)は、病気入院として取り扱います。

(f)災害入院保険金または(h)災害手術保険金のお支払いは、責任開始日以降に日本国内で発生した不慮の事故「普通保険約款（別表1）」による傷害を直接の原因として、その治療を目的として入院（5日以上）または手術をされた場合が対象となります。

なお、事故発生日から180日を経過して開始した入院（または再入院）は病気入院として取り扱います。

(k)災害通院保険金のお支払いは、(f)災害入院保険金の支払事由に該当する入院（5日以上）した後、その入院の原因となった傷害の治療を目的として、退院後7日目から60日目までに通院した日数分が対象となります。

なお、治療を目的としない通院（薬剤のみの受取や治療器具購入のための通院）は、災害通院保険金のお支払い対象外となります。

- ① (i)三大成人病診断一時金は、責任開始日以降に三大成人病「普通保険約款（別表5）」を発病し、普通保険約款第3条に定める支払事由に該当した場合、保険金のお支払をします。
- ② (j)三大成人病入院保険金は、責任開始日以降に初めて三大成人病「普通保険約款（別表5）」を発病し、その治療を目的として入院（5日以上）された場合、保険金のお支払をします。

## 保険金請求の必要書類

- |   |
|---|
| ① 当社所定の保険金請求書                           |
| ② 当社所定の様式による医師の診断書 (担当医師にご記入いただいでください。) |
| ③ 保険証券 (原本)                             |

- ※1 保険金請求書および診断書は、当社所定の用紙をご使用ください。
- ※2 必要に応じて、上記以外の書類をお取り寄せいただくことがあります。(住民票・印鑑証明書等)
- ※3 (e)病気入院保険金、(f)災害入院保険金、(g)病気手術保険金、(h)災害手術保険金、(i)三大成人病診断一時金、(j)三大成人病入院保険金、(k)災害通院保険金の支払金額は、保険期間(1年間)で、合算して240万円のお支払いが限度となります。
- ※4 保険金支払査定の結果、普通保険約款(別表5)に定める三大成人病に該当しない場合は、病気入院扱いとなる場合があります。(例)「子宮頸部異型性」、「肝硬変」、「狭心症」、「一過性脳虚血発作」など
- ※5 **【急性心筋梗塞】**または**【脳卒中】**の場合は、普通保険約款第3条の規定により、三大成人病診断一時金については、お支払いの対象とならない場合があります。
- ※6 病気・災害手術保険金は、普通保険約款(別表4)に規定している「対象となる手術の種類」に該当する手術をされた場合にお支払いいたします。なお、手術の内容によっては保険金お支払いの対象外となる場合があります。別紙の「対象とならない手術の例」をご参照ください。
- ※7 責任開始日以前に発病した疾病を原因として「入院」・「手術」をされた場合、または普通保険約款第8条に該当する場合は、保険金はお支払いできません。また、「告知書」と事実が相違している場合は、「告知義務違反」として保険契約が解除または無効となる場合があります。
- ※8 保険金の請求権は支払事由が生じた翌日からその日を含めて3年間となります。

以上



202206

# 保険金請求書 兼 同意書

オリーブ少額短期保険株式会社 御中

貴社の普通保険約款の規定に基づき、下記保険契約の保険金の支払を請求します。

※受取人ご本人様をご記入ください。（自署） \*訂正の場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正印を押印ください。



請求日（記入日）	年 月 日		
証券番号		保険契約者	
被保険者名		生年月日	
保険金受取人 （被保険者）	フリガナ _____	認印を押印ください。 	約款上の受取人は  _____ です。
親権者または 後見人	フリガナ _____	認印を押印ください。 	【受取人が未成年の場合】 左記に、親権者または後見人の 署名・捺印をお願いいたします。
受取人住所	〒 _____		
連絡先	自宅 : _____ 日中の連絡先 : _____	※記入いただいた番号に、当社からの照会・確認の連絡をさせていただく事がございます。	

保険金のお振込みは、受取人（被保険者）の口座をご指定ください。※受取人が未成年者の場合は親権者の口座をご指定ください。

保 險 金 お 振 込 口 座	銀行		本店		
	信用金庫		支店		
	信用組合		出張所		
	預金種別	店番号	口座番号	口座名義人（カタカナ）	
1. 普通（総合）					
2. 当座					
ゆうちょ 銀行	通帳記号		通帳番号		口座名義人（カタカナ）

普通保険約款第3条（保険金の支払事由、支払金額および受取人）の規定により、被保険者以外の口座を指定することはできません。

## 【保険金請求に伴う保険契約者および被保険者同意書】

①保険金お支払時点での未払込保険料がある場合、お支払する保険金額から差引くことに同意します。	保険 契約者	認印を押印ください。 
②私（被保険者）の診断書を貴社（貴社が指定する者を含む。以下同じ。）に提出すること、および貴社が事実の確認を行う場合には、関係者（医療機関関係者を含む）等に対し、貴社が私の保険請求に関する説明（治療・検査等に関する説明を含む）を求めることに同意します。	被保険者	認印を押印ください。 

会社使用欄				
書類受付日	不備書類有無	不備書類送付日	書類完備日	備考欄
	有 ・ 無			

# 入院・手術・通院 証明書

オリーブ少額短期保険株式会社 御中

氏名	カルテ番号 ( )		男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日																													
傷病名			傷病発生日																															
ア 入院(手術)の原因となった傷病名	年 月 日		いずれかに○印をしてください。 医師推定・患者申告																															
イ アの原因	年 月 日		医師推定・患者申告																															
ウ 合併症	年 月 日		医師推定・患者申告																															
治療期間	初診 年 月 日 ~ 年 月 日 終診・現在加療中																																	
	入院期間	第1回目 年 月 日 ~ 年 月 日 退院・入院中																																
	第2回目 年 月 日 ~ 年 月 日 退院・入院中																																	
前医又は紹介医	有・無	医師名	医療機関名 その所在地																															
		( 年 月 日 ~ 年 月 日まで 通院・治療 )																																
既往症 持病	有・無	(有の場合、病名・医療機関名・治療期間)																																
		治療期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )																																
発病(受傷)から初診までの経過(いつごろどのような症状があったか記入してください。)																																		
初診時の所見および経過(検査内容および検査成績、治療内容、経過等)																																		
急性心筋梗塞の場合	初診日から60日時点で軽労働・座業以上の制限を引き続き必要としましたか			要・不要																														
脳卒中の場合	初診日から60日時点で言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していますか		有・無	有りの場合後遺症の詳細																														
悪性新生物の場合	病理組織診断結果	有・無	最終病理組織診断名	( 良性・悪性 )																														
			診断確定日	年 月 日																														
		今回が初めての悪性新生物罹患ですか はい・いいえ																																
悪性告知	本人	有・無	年 月 日に、(病名 )と告げた																															
	家族	有・無	( )に 年 月 日に、(病名 )と告げた																															
今回の傷病に関して実施した手術	手術名	手術日		年 月 日																														
	診療報酬点数手術区分番号 K-																																	
〔該当する項目に○印をつけてください。〕	手術の種類	(1) 開頭術 (2) 穿頭術 (3) 開胸術 (4) 胸腔鏡 (5) 開腹術 (6) 腹腔鏡 (7) ファイバースコープ又はカテーテルによる手術 (8) その他( )																																
	1. 骨・関節・筋・腱・靭帯手術の場合(観血・非観血) 2. 植皮(皮弁)術の場合(25cm <sup>2</sup> 以上・25cm <sup>2</sup> 未満)																																	
放射線治療	部位	期間	開始 年 月 日	終了 年 月 日	総線量 グレイ																													
通院期間 〔傷害で入院した場合のみ〕	診療年月	〔退院後7日目~60日目までの実通院治療日に○印をつけてください〕				通院日数																												
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
上記のとおり証明します。																																		
病院または診療所の		所在地																																
		名称																																
		医師氏名		印																														

お願い  
 ○訂正の場合必ず証明印による訂正印を押印願います。  
 ○原本の複写またはコピーの場合はそれぞれにご印鑑を押印してください。