

全国町村等職員 任意医療保険 給付金請求手続きのご案内

◆総合医療保険(団体型)における給付金のご請求に際しては、当ご案内をご確認のうえ、お手続きいただきますようお願いいたします。

ご請求の流れ

- STEP 1** 保障内容をご確認ください。 P.1
- STEP 2** 必要書類をご準備ください。 P.2～3
- STEP 3** 請求書をご記入ください。 P.4
- STEP 4** 留意事項を確認のうえ、ご提出ください。(団体担当者経由) P.5～6

STEP 1 保障内容をご確認ください。

給付の名称	お支払要件		給付金額	お支払限度
入院給付金	疾病や不慮の事故により1泊2日以上継続して入院をされたとき		入院給付金日額×入院日数	[1回の入院に対する支払限度日額]124日 [通算]1,095日
入院療養給付金	入院給付金の支払われる入院をされたとき		入院給付金日額×5	30回
手術給付金	1泊2日以上継続入院中の手術	公的医療保険制度の対象となる手術または先進医療に該当する手術を受けられたとき	入院給付金日額×20	なし
	外来または日帰り入院中の手術	公的医療保険制度の対象となる手術または先進医療に該当する手術を受けられたとき	入院給付金日額×5	30回
放射線治療給付金	放射線治療	公的医療保険制度の対象となる放射線治療または先進医療に該当する放射線照射・温熱療法を受けられたとき	入院給付金日額×10	なし

STEP 2

必要書類をご準備ください。

ご請求に必要な書類について

請求種類 必要書類	入院・手術・放射線治療給付金		留 意 点
	入院・手術・3大疾病等 診断書(証明書)でご請求の場合	治療内容報告書でご請求の場合	
給付金請求書 (当社所定用紙) 注1	○	○	受取人(主たる被保険者)がご記入ください。 ただし、ご家族同意欄は配偶者・子ども(成人の 場合)が自署してください。
入院・手術・3大疾病等 診断書(証明書) (当社所定用紙) 注2	○		「診断書でご記入にあたってのお願い」を参照の うえ、医師に証明していただいでください。
治療内容報告書 (当社所定用紙) 注2		○	受取人(主たる被保険者)がご記入ください。
医療機関発行の領収証 (コピー) 注2		○	入院・手術を証する書類として被保険者(疾病 者)氏名、入院期間、病院名等の記載がある領 収証等の写しをご提出ください。

※入院療養給付金につきましては、入院給付金の請求書類にてご請求いただけます。

注1 同時に複数の給付金を請求される場合

1枚の「給付金請求書」で手続き可能です。

注2 「治療内容報告書」と「医療機関発行の領収証(コピー)」の取扱条件について

○以下の条件を全て満たす場合は「治療内容報告書」と「医療機関発行の領収証(コピー)」による請求が可能です

チェック欄		「治療内容報告書」と「医療機関発行の領収証（コピー）」の取扱条件																																																																														
☐	以下の治療に対する給付金請求であるとき ・入院 ・手術（ただし、1回の入院中に2回以上*手術された場合は診断書をご提出ください） ・放射線治療	○以下の請求につきましては、診断書の取寄せが必要となります。 ・先進医療を受けた場合 *同日に複数の手術を受けられた場合は1回とみなします																																																																														
☐	医療機関発行の領収証*に、必要な情報が記載されていること <table><thead><tr><th>請求内容</th><th>必要な情報</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="2">共 通</td><td> A 傷病者氏名</td></tr><tr><td> B 医療機関名</td></tr><tr><td>入 院</td><td> C 入院期間</td></tr><tr><td>手 術</td><td> D 手術料</td></tr><tr><td>放射線治療</td><td> E 放射線治療料</td></tr></tbody></table> *領収証等に資格確認書の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は、マスキング（黒塗り）をお願いいたします。	請求内容	必要な情報	共 通	A 傷病者氏名	B 医療機関名	入 院	C 入院期間	手 術	D 手術料	放射線治療	E 放射線治療料	【領収証（イメージ）】 <table><thead><tr><th colspan="2">患者番号</th><th colspan="2">氏名</th><th colspan="2">請求期間</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2">1 2 3 4 5 6 7</td><td colspan="2">日 生 太 郎 様</td><td colspan="2">平成26年 4月 1日～平成26年 4月 7日</td></tr><tr><td>診療科</td><td>入・外</td><td>領収証No.</td><td>費用区分</td><td>負担割合</td><td>本・家 区分</td></tr><tr><td colspan="6"></td></tr><tr><td rowspan="3">保 険</td><td>初・再診料</td><td>入院料等</td><td>医学管理等</td><td>在宅医療</td><td>検査</td><td>画像診断</td><td>投薬</td></tr><tr><td>点</td><td>点</td><td>点</td><td></td><td>点</td><td>点</td><td>点</td></tr><tr><td>注射</td><td>リハビリテーション</td><td>精神科専門療法</td><td>処置</td><td>手術</td><td>麻酔</td><td>放射線治療</td></tr><tr><td></td><td>点</td><td>点</td><td>点</td><td>点</td><td>1 2 8 0 点</td><td>点</td><td>1 3 2 0 点</td></tr><tr><td rowspan="2">保 険 外</td><td colspan="6">先進医療</td></tr><tr><td colspan="6"></td></tr></tbody></table> B 〇〇〇〇病院 〒123-4567 〇〇県〇〇市△△1丁目2番3号 TEL 012-345-6789	患者番号		氏名		請求期間		1 2 3 4 5 6 7		日 生 太 郎 様		平成26年 4月 1日～平成26年 4月 7日		診療科	入・外	領収証No.	費用区分	負担割合	本・家 区分							保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	点	点	点		点	点	点	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療		点	点	点	点	1 2 8 0 点	点	1 3 2 0 点	保 険 外	先進医療											
請求内容	必要な情報																																																																															
共 通	A 傷病者氏名																																																																															
	B 医療機関名																																																																															
入 院	C 入院期間																																																																															
手 術	D 手術料																																																																															
放射線治療	E 放射線治療料																																																																															
患者番号		氏名		請求期間																																																																												
1 2 3 4 5 6 7		日 生 太 郎 様		平成26年 4月 1日～平成26年 4月 7日																																																																												
診療科	入・外	領収証No.	費用区分	負担割合	本・家 区分																																																																											
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬																																																																									
	点	点	点		点	点	点																																																																									
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療																																																																									
	点	点	点	点	1 2 8 0 点	点	1 3 2 0 点																																																																									
保 険 外	先進医療																																																																															
☐	保険契約加入*から1年経過後に、請求事由*が発生したとき *加入とは、責任開始日（増額責任開始日を含む）のことをいいます ※請求事由はSTEP1の保障内容をご確認ください	○以下の請求につきましては、保険加入から1年以内でも請求が可能です。 ・けが・不慮の事故を原因とする請求																																																																														

※なお、ご提出いただいた「治療内容報告書」にてお支払可否が判断できない場合には、当社所定の「入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)」をご提出いただく場合があります。

◆公益財団法人日本骨髄バンク(以下、「日本骨髄バンク」といいます。)を通じて骨髄ドナーとして骨髄幹細胞の採取術を受けられた場合は、入院・手術給付金のご請求にあたり、『入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)』に代えて、日本骨髄バンクが発行する『証明書(骨髄バンクドナー給付用)』でご請求いただける場合があります。(詳しくは企業・団体の保険事務担当者または当社までご相談ください。)

○送金方法について

口座振込といたします。『給付金請求書』の「受取人口座指定欄」には受取人本人名義の口座をご記入ください。

○給付金請求の留意事項

- 各給付金の受取人は主たる被保険者となります。
- 配偶者、または子どもの給付金についても主たる被保険者が受取人となります。
- 当社の定める病院または診療所における、治療を目的とする入院・手術・放射線がご請求対象となります。
- お支払可否は、ご提出いただいた診断書等に基づき、約款所定の支払事由への該当有無を当社にて判断（決定）いたしますので、あらかじめご了承ください。

○診断書料負担について

お手続き書類のお取寄せにかかる費用はお客様のご負担となりますのであらかじめご了承ください。ただし、以下項目全てに該当した場合、診断書（原本）1枚につき、一律5,500円を当社が負担いたします。

- ・1回のご請求手続きにおいて、給付金を全くお支払いできなかった場合
 - ・ご提出いただいた診断書等が、当社所定の用紙かつ原本の場合
- ※上記2点に加え、その他当社所定の要件を満たすことが必要です。

留意事項

- ・請求書に記載されている受取人口座への送金となります。
- ・ご提出いただいた「診断書等（原本）」は返却いたしません。
- ・お客様がご請求を取下げられた場合等、お支払いできない場合がございます。

○海外渡航中に給付金のお支払事由が発生した場合

海外における入院・手術等の給付金のご請求に際しては前述の「ご請求に必要な書類」に加えて以下の書類をご提出ください。

- ・現地病院で発行された当社所定の海外用の「入院・手術等診断書（証明書）」（原本）
 - ・上記海外用の「入院・手術等診断書（証明書）」（原本）の翻訳文（様式なし、コピー可）
- ※翻訳文については団体名・団体印、または翻訳者の署名・押印・勤務先（役職）等【団体従業員・日本大使館職員等】を記載したもの。
- ※当社所定以外での現地病院で発行された「診断書」にてご請求の際は、必要項目の記載がない場合、再度お取寄せをお願いすることがあります。
- ※海外でのご入院の場合、『治療内容報告書』でのお取扱いはできません。必ず上記記載の海外用の「入院・手術等診断書（証明書）」（原本）にてご請求ください。

当社からの 照会・確認に ついて

保険金・給付金のご請求内容等の確認のため、当社職員または当社で委託した者が、契約者・被保険者・受取人・被保険者を診療した医師等に、病状や診療状況等を照会・確認させていただくことがあります。（上記照会・確認を妨げたり応じなかったときは、当社はその間は保険金・給付金をお支払いできません。）

請求書記入見本

以下の記入見本を参照のうえ、「給付金請求書」を記入してください。

＜記入時の留意点＞

- ・記入項目は黒ボールペンではっきりとご記入ください。
※鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。
- ・記入欄の訂正は、二重線で抹消のうえ記入箇所付近に訂正署名してください。
ただし、本人確認書類が印鑑証明書の場合は、訂正印（印鑑証明書の印）を押してください。

全国町村等職員 任意医療保険 給付金請求書																																							
全国町村会長 殿 (幹事会社) 日本生命保険相互会社 行 貴社約款の規定により、以下契約の給付金を請求します。 請求書(ニッセイ提出用)裏面記載の「個人情報の取扱い」について同意します。 【ご注意】 ○任意生命保険の死亡(高度障がい)保険金を同時に請求される場合は、死亡(高度障がい)保険金請求書を同時に提出してください。 記入日 (和暦) △ 年 ○ 月 × 日 加入団体名 ニッセイ町役場 届出印  団体長 役職・氏名 町長 日生 一郎																																							
本人…00 配偶者…10 こども…21～29 <table border="1"> <thead> <tr> <th>記号</th> <th>証番号</th> <th>支部</th> <th>団体コード</th> <th>枝番</th> <th>被保険者番号(右づめ)</th> <th>家族区分</th> <th>被保険者氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(900)</td> <td>95060</td> <td>1</td> <td>23456700</td> <td></td> <td></td> <td>8910</td> <td>フリガナ ニッセイ ハナコ 日生 花子</td> </tr> </tbody> </table>										記号	証番号	支部	団体コード	枝番	被保険者番号(右づめ)	家族区分	被保険者氏名	(900)	95060	1	23456700			8910	フリガナ ニッセイ ハナコ 日生 花子														
記号	証番号	支部	団体コード	枝番	被保険者番号(右づめ)	家族区分	被保険者氏名																																
(900)	95060	1	23456700			8910	フリガナ ニッセイ ハナコ 日生 花子																																
◎請求書(ニッセイ提出用)裏面記載の「個人情報の取扱い」について同意します。(必ずご確認のうえ、ご記入・必要に応じて押印してください。) ◎主たる被保険者の死亡後の請求かつ受取人が複数となる場合は、代表受取人以外の受取人が反社会的勢力と関係を有していないことを確認しています。 <table border="1"> <tr> <td>受取人住所 (送金連絡先)</td> <td>フリガナ オオサカフ オオサカシ チュウオウク イマバシ (〒541-0001) 大阪府 大阪市 中央区 今橋 ○-○</td> <td>電話番号 (06) 1234 - 5678</td> <td>印鑑証明書提出の場合は、印鑑証明書の印を押印してください。提出されない場合は押印不要です。</td> </tr> <tr> <td>受取人氏名 (自署)</td> <td>フリガナ ニッセイ タロウ 日生 太郎</td> <td>性別 男性 (女性)</td> <td>生年月日 (大正) 56 年 7 月 8 日 (昭和) (平成) (令和)</td> </tr> </table>										受取人住所 (送金連絡先)	フリガナ オオサカフ オオサカシ チュウオウク イマバシ (〒541-0001) 大阪府 大阪市 中央区 今橋 ○-○	電話番号 (06) 1234 - 5678	印鑑証明書提出の場合は、印鑑証明書の印を押印してください。提出されない場合は押印不要です。	受取人氏名 (自署)	フリガナ ニッセイ タロウ 日生 太郎	性別 男性 (女性)	生年月日 (大正) 56 年 7 月 8 日 (昭和) (平成) (令和)																						
受取人住所 (送金連絡先)	フリガナ オオサカフ オオサカシ チュウオウク イマバシ (〒541-0001) 大阪府 大阪市 中央区 今橋 ○-○	電話番号 (06) 1234 - 5678	印鑑証明書提出の場合は、印鑑証明書の印を押印してください。提出されない場合は押印不要です。																																				
受取人氏名 (自署)	フリガナ ニッセイ タロウ 日生 太郎	性別 男性 (女性)	生年月日 (大正) 56 年 7 月 8 日 (昭和) (平成) (令和)																																				
<table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td>セイワ</td> <td>銀行(農協)</td> <td>支店名</td> <td>フリガナ</td> <td>オオサカ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>星和</td> <td>信用金庫 信用組合 労働金庫</td> <td></td> <td></td> <td>大阪 (支)店 出張所</td> </tr> <tr> <td>預金種目</td> <td>普通(総合)</td> <td>口座番号(右づめ)</td> <td>1234123</td> <td>カタカナでご記入ください</td> <td>ニッセイ タロウ</td> </tr> <tr> <td>通帳記号(5桁)・番号(8桁)をご記入ください。</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>通帳記号</td> <td>10</td> <td>通帳番号(右づめ)</td> <td></td> <td>貯金者名</td> <td></td> </tr> </table>										フリガナ	セイワ	銀行(農協)	支店名	フリガナ	オオサカ		星和	信用金庫 信用組合 労働金庫			大阪 (支)店 出張所	預金種目	普通(総合)	口座番号(右づめ)	1234123	カタカナでご記入ください	ニッセイ タロウ	通帳記号(5桁)・番号(8桁)をご記入ください。						通帳記号	10	通帳番号(右づめ)		貯金者名	
フリガナ	セイワ	銀行(農協)	支店名	フリガナ	オオサカ																																		
	星和	信用金庫 信用組合 労働金庫			大阪 (支)店 出張所																																		
預金種目	普通(総合)	口座番号(右づめ)	1234123	カタカナでご記入ください	ニッセイ タロウ																																		
通帳記号(5桁)・番号(8桁)をご記入ください。																																							
通帳記号	10	通帳番号(右づめ)		貯金者名																																			
～留意点～ ・記入項目は黒ボールペンではっきりとご記入ください。(鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。) ・受取人住所欄にご記入の住所に「送金のご案内」を送付いたします。 ・受取人口座指定欄は、受取人本人名義の口座をご指定ください。 ・配偶者・こどもの給付金請求の受取人は、主たる被保険者となります。(受取人口座指定欄は、主たる被保険者の口座をご指定ください。) ・記入欄の訂正は、二重線で抹消のうえ記入箇所付近に訂正署名してください。ただし、本人確認書類が印鑑証明書の場合は、訂正印(印鑑証明書の印)を押印してください。																																							
ご家族同意欄 ◆ご家族の給付金を請求される場合 請求書(ニッセイ提出用)裏面記載の「個人情報の取扱い」について同意のうえ、請求対象となる配偶者・子ども(成人のみ)本人が自署してください。 <table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td>ニッセイ ハナコ</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>日生 花子</td> </tr> </table>										フリガナ	ニッセイ ハナコ	氏名	日生 花子																										
フリガナ	ニッセイ ハナコ																																						
氏名	日生 花子																																						
ニッセイ処理欄 <table border="1"> <tr> <td>受付日</td> <td>(和暦) 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>担当者</td> <td>(所属・氏名) 部 支社</td> </tr> </table> 受印 a 2 3 2 3 0 2 0 1 3 a										受付日	(和暦) 年 月 日	担当者	(所属・氏名) 部 支社																										
受付日	(和暦) 年 月 日																																						
担当者	(所属・氏名) 部 支社																																						

A

「個人情報の取扱い」について記載しておりますので、ご確認ください。

B

当社にお届けの印鑑を押印してください。

C

家族区分欄には、主たる被保険者様と被保険者様(ご家族の方)の続柄に対応した数字を記入してください。

D

受取人記入欄は、受取人様ご自身(主たる被保険者様)が記入・必要に応じて押印してください。

E

印鑑証明書提出の場合は、印鑑証明書の印を押印してください。提出されない場合は押印不要です。

F

受取人様ご本人(主たる被保険者様)の口座を指定してください。

G

被保険者様ご自身(ご家族の方)が自署してください。

STEP 4

留意事項を確認のうえ、ご提出ください。(団体担当者経由)

給付金請求の留意事項

◆給付金のお支払いは責任開始日以後に生じた傷病が対象です。

◆責任開始日以後2年間について

責任開始日以後に入院・手術・通院をされましても、責任開始日前の疾病(既往症等)が原因と判断された場合は、ご請求時期にかかわらずお支払いの対象とはなりません。

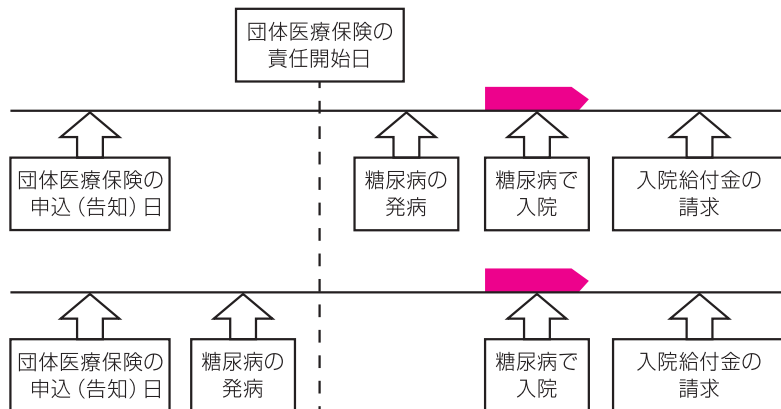
＜責任開始日から2年以内に「糖尿病」で入院された場合＞

○お支払いの対象となる場合

・責任開始日以後に発病した「糖尿病」により入院された場合

✕お支払いの対象とならない場合

・責任開始日より前に発病した「糖尿病」により入院された場合



◆手術給付金について

公的医療保険制度にもとづく医科診療報酬点数表によって、手術料の算定対象として列挙されている手術の場合、お支払いの対象となります。

領 収 証						
患者番号 1 2 3 4 5 6 7		氏名 日生 太郎 様		請求期間 〇〇年 4月 1日～〇〇年 4月 7日		
診療料	入・外	領収証No.	費用区分	負担割合	本・家	区分
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断
	点	点	点	点	点	点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔
	点	点	点	点	1 2 8 0 点	点
保 険 外	先進医療					
〇〇〇〇病院 〒123-4567 〇〇県〇〇市△△1丁目2番3号 TEL 012-345-6789						

病院で交付される領収証の「手術」の欄に医科診療報酬点数の記載がある場合、手術給付金のご請求の対象となる治療を受けられている可能性があります

ただし、次のA～Gの手術は対象から除外されます。

- A.創傷処理 B.皮膚切開術
- C.デブリードマン
- D.骨、軟骨または関節の非観血的または徒手的な整復術、整復固定術および授動術
- E.外耳道異物除去術
- F.鼻内異物摘出術 G.抜歯手術

○お支払いできる場合

入院を伴わない内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術を受けた場合。

手術を受けられた時点において、公的医療保険制度にもとづく医科診療報酬点数表によって手術料の算定対象として列挙されている手術のため、外来手術給付金をお支払いします。

✕お支払いできない場合

レーザー屈折矯正手術(レーシック)を受けた場合。

手術を受けられた時点において、公的医療保険制度にもとづく医科診療報酬点数表によって手術料の算定対象として列挙されていない手術のため、手術給付金をお支払いできません。

※上記事例は2025年7月現在の医科診療報酬点数表にもとづいた事例であり、今後変更になることがあります。

その他留意事項

主たる被保険者がお亡くなりになられている場合

給付金の受取人は主たる被保険者がお亡くなりになられた時点での法定相続人となります。

《法定相続人が1名の場合》

被保険者と受取人との関係および被保険者の死亡の事実が分かる被保険者の戸籍謄本をご提出ください。

※住民票（マイナンバー（個人番号）が記載されていないもの）をご提出いただくことにより、戸籍謄本の提出を省略いただける場合があります。

《法定相続人が2名以上の場合》

- ・受取人全員の協議により代表受取人を選定いただき、その代表受取人からご請求ください。この場合、当社所定の『代表受取人選定に関する申出書』*をご提出ください。
*「代表受取人選定に関する申出書」は代表受取人と受取人が各自自署のうえ、必要に応じて押印してください。
- ・ご提出いただく書類（戸籍謄本、本人確認書類）と当社所定の『代表受取人選定に関する申出書』に記載いただく人数は、お支払金額によって異なります。（詳細は以下の表をご確認ください。）
- ・ただし、当社が権利者全員の意思を確認する必要があると判断した場合には、受取人全員から書類をご提出いただくことがありますので、ご了承ください。

お支払金額	「代表受取人選定に関する申出書」に記載いただく人数	提出書類
100万円以下	提出不要 (受取人1名で手続き可)	①左記受取人が権利者であることを確認できる「戸籍謄本」等 ②左記受取人の「本人確認書類」
100万円超 200万円以下	代表受取人1名	
200万円超 1,000万円以下	代表受取人を含めて2名	

- ・受取人の本人確認書類については以下をご確認ください。

1点確認書類	2点確認書類
受取人の本人確認書類<以下のいずれか1点> ・運転免許証（運転経歴証明書）のコピー ・パスポート（旅券番号の記載があるページ）のコピー ・マイナンバーカード（顔写真がある面）のコピー	左記1点確認書類をお持ちでない場合、以下の中から2種類の書類（コピー）を提出 ・戸籍謄（抄）本または戸籍の附票のいずれか ・本籍地・マイナンバー（個人番号）の記載がない住民票 ・年金手帳 ・資格確認書（有効期間中のもの）等

【1点確認書類について】

- ・「運転経歴証明書」を除きいずれも有効期間中のものをコピーのうえ、ご提出ください。
- ・「運転免許証（運転経歴証明書）のコピー」のご提出にあたり、住所・氏名変更されている場合は両面のコピーをご提出ください。
- ・「運転免許証（運転経歴証明書）」「パスポート」「マイナンバーカード」をお持ちでない場合は、「印鑑証明書（当社（日本生命）受付時点で発行後6カ月以内のもの）」をご提出のうえ、請求書等に印鑑証明書と同一印を押印いただくことでもお取扱い可能です。

【2点確認書類について】

- ・戸籍謄（抄）本または戸籍の附票、住民票については当社（日本生命）受付時点で発行後6カ月以内のものをご提出ください。
- ・年金手帳・資格確認書については有効期間中のものをご提出ください。
- ・年金手帳については基礎年金番号を抹消（黒塗り）してください。
- ・資格確認書については記号・番号、保険者番号、QRコードを抹消（黒塗り）してください。（QRコードは、㈱デンソーウェーブの登録商標です。）

○ご提出にあたって

必要書類のご提出にあたり、戸籍謄（抄）本等に記載されたすべての方に、『ご提出いただく個人情報の当社および契約者（団体）の利用目的については当社ホームページにて公表していること』をお知らせください。

受取人が未成年の場合

団体の保険事務担当者または当社までご相談ください。

ご請求前にご確認ください

請求書（ニッセイ提出用）の裏面に、給付金・保険金を適切にお受取りいただくためにご確認ください。ご一読のうえ、他に給付金・保険金をお受取りいただける可能性がないか、ご確認くださいませようお願いいたします。

全国町村等職員 任意医療保険 給付金請求書

裏面あり (第10号様式の2)
ニッセイ提出用

全国町村会長殿
(幹事会社) 日本生命保険相互会社 行

貴社約款の規定により、以下契約の給付金を請求します。
請求書(ニッセイ提出用)裏面記載の「個人情報の取扱い」について同意します。

【ご注意】
○任意生命保険の死亡(高度障がい)保険金を同時に請求される場合は、死亡(高度障がい)保険金請求書を同時に提出してください。

記入日

(和暦)

年

月

日

加入団体名

届出印

団体長 役職・氏名

記 証 券 番 号

支 部

団 体 コー ド

枝 番

被 保 険 者 番 号 (右 づ め)

家 族 区 分

被 保 険 者 氏 名

本人…00 配偶者…10 子ども…21~29

フリガナ

受取人住所
(送金連絡先)

フリガナ
(〒 -)

電話
番 号

()
-

印鑑証明書提出の場合は、
印鑑証明書の印を押印してください。
提出されない場合は
押印不要です。

受取人氏名
(自署)

フリガナ

性別

男性
女性

生 年 月 日

大正
昭和
平成
令和

年 月 日

印

金融機関

受取人口座指定欄

フリガナ

銀行・農協
信用金庫
信用組合
労働金庫

支店名

フリガナ

(支)店
出張所

預金種目

普通(総合)

口座番号
(右づめ)

(右づめでご記入ください) →

口座
名 義 人

カタカナでご記入ください

通帳記号(5桁)・番号(8桁)をご記入ください。

通 帳 記 号

(5桁の数字をご記入ください)

1 0

通帳番号
(右づめ)

(8桁の数字をご記入ください)

1

貯金者名

カタカナでご記入ください

～留意点～

- ・記入項目は黒ボールペンではっきりとご記入ください。(鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。)
- ・受取人住所欄にご記入の住所に「送金のご案内」を送付いたします。
- ・受取人口座指定欄は、受取人本人名義の口座をご指定ください。
- ・配偶者・子どもの給付金請求の受取人は、主たる被保険者となります。(受取人口座指定欄は、主たる被保険者の口座をご指定ください。)
- ・記入欄の訂正は、二重線で抹消のうえ記入箇所付近に訂正署名してください。ただし、本人確認書類が印鑑証明書の場合は、訂正印(印鑑証明書の印)を押印してください。

ご家族同意欄

◆ご家族の給付金を請求される場合
請求書(ニッセイ提出用)裏面記載の「個人情報の取扱い」について同意のうえ、
請求対象となる配偶者・子ども(成人のみ)本人が自署してください。

フリガナ
氏 被保険者ご自身が自署してください。

氏 名

ニッセイ処理欄

受 付 日

(和暦)

年

月

日

担 当 者

(所属・氏名)

部

支社

印

受 付 印

ア 2 3 2 3 0 2 0 1 3 a

1. 契約者は、給付金・保険金の請求に伴って、請求書ならびに添付書類に記載された個人情報（以下、「個人情報」といいます。）を本保険の事務手続きのために使用し、保険契約を締結する生命保険会社（共同取扱会社を含みます。以下同じ。）へ提出します。
2. 生命保険会社は、取得した個人情報を、この保険契約の支払査定、各種保険契約の引受・支払査定を含む生命保険制度の健全な運営のために利用（注）し、契約者、他の生命保険会社および再保険会社、委託先事業会社に上記目的の範囲内で提供します。
3. 引受生命保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受生命保険会社に提供されます。
4. 本件給付金・保険金の請求（支払査定）に伴って、提出いただいた「診断書・領収証等」ならびに「告知事項（健康状態）」について、生命保険会社が、診断書・領収証等を作成した医師（医療機関を含む）ならびに契約者等へ確認する場合があります。また、生命保険会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、被保険者の保険請求に関する説明（治療・検査等に関する説明）を求めることがあります。

（注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

【悪性新生物にかかわる請求についての留意点】

悪性新生物にかかわる給付金をご請求いただく際には、以下の点にご注意ください。

- ・被保険者への病名告知が行われておらず、被保険者が受取人となっている場合であっても、約款に基づく給付金をお支払いします。
- ・被保険者への病名告知の有無にかかわらず、被保険者を含む関係者に対し、被保険者の病状等、保険請求に関する事実の確認を行うことがあります。

他に給付金・保険金をお受取りいただける可能性がございます

【事例①】 疾病や不慮の事故が原因で入院をされた場合



A病院にて入院の後、B病院へ転院した。その後経過良好につきB病院を退院した。

お受取りいただける可能性のある給付種類



入院給付金（A病院）

入院給付金（B病院）

＜ご確認ください＞

- 疾病や不慮の事故が原因で2日以上入院をされた場合、**入院給付金**をお受取りいただける可能性がございます。
- ⇒転院により複数の病院で入院された場合、すべての入院期間ではなく、最後に入院された病院（上記事例ではB病院）での入院期間についてのみ入院給付金をご請求いただくケースがみられます。
- 転院前の病院（上記事例ではA病院）での入院期間（2日以上入院）についても入院給付金をお受取りいただける可能性がございますので、お支払事由への該当有無についてご確認ください。

【事例②】 手術をされた場合



入院を伴わない手術は受取りの対象にならないと思い、手術給付金の請求をしなかった。

お受取りいただける可能性のある給付種類



手術給付金

＜ご確認ください＞

- 入院期間を問わず、「公的医療保険制度」の対象となる手術を受けられた場合には**手術給付金**をお受取りいただける可能性がございます。お支払事由への該当有無についてご確認ください。

【事例③】 他に加入されている企業保険がある場合

＜ご確認ください＞

- 他にご加入の契約で、ご請求の対象となる給付金・保険金がございますか。
- 給付金・保険金のご請求は、契約ごとに必要です。ご請求時には他の契約への加入有無についてご確認ください。

上記内容は、給付金・保険金を適切にお受取りいただくためにご確認ください代表的な事例をあげたものです。給付金・保険金のお受取りについては所定の要件を満たす必要がありますので、保障内容の詳細は加入勧奨パンフレット等をご確認ください。

全国町村会長殿

(幹事会社) 日本生命保険相互会社 行

記入日 (和暦) 年 月 日

貴社約款の規定により、以下契約の給付金を請求します。
請求書(ニッセイ提出用)裏面記載の「個人情報の取扱い」について同意します。

【ご注意】
○任意生命保険の死亡(高度障がい)保険金を同時に請求される場合は、死亡(高度障がい)保険金請求書を同時に提出してください。

加入団体名

団体長 役職・氏名

団体記入欄

記証券番号	支部	団体コード	枝番	被保険者番号(右づめ)	家族区分	被保険者氏名
(900)						フリガナ
95060						

受取人記入欄(受取人様ご自身が記入必要に応じて押印してください)

◎請求書(ニッセイ提出用)裏面記載の「個人情報の取扱い」について同意します。(必ずご確認ください。)

◎主たる被保険者の死亡後の請求かつ受取人が複数となる場合は、代表受取人以外の受取人が反社会的勢力と関係を有していないことを確認しています。

受取人住所 [送金連絡先]	フリガナ (〒 -)	電話番号	() -
受取人氏名 (自署)	フリガナ	性別	(男性) (女性)
		生年月日	(大正) (昭和) (平成) (令和) 年 月 日
金融機関	フリガナ	銀行(農協) 信用金庫 信用組合 労働金庫	支店名 (支)店 出張所
預金種目	普通(総合)	口座番号 (右づめ)	カタカナでご記入ください
通帳記号(5桁)・番号(8桁)をご記入ください。			
通帳記号	(5桁の数字をご記入ください)	通帳番号 (右づめ)	(8桁の数字をご記入ください)
1	0	1	貯金者名
			カタカナでご記入ください

～留意点～

- 記入項目は黒ボールペンではっきりとご記入ください。(鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。)
- 受取人住所欄にご記入の住所に「送金のご案内」を送付いたします。
- 受取人口座指定欄は、受取人本人名義の口座をご指定ください。
- 配偶者・子どもの給付金請求の受取人は、主たる被保険者となります。(受取人口座指定欄は、主たる被保険者の口座をご指定ください。)
- 記入欄の訂正は、二重線で抹消のうえ記入箇所付近に訂正署名してください。ただし、本人確認書類が印鑑証明書の場合は、訂正印(印鑑証明書の印)を押印してください。

ご家族同意欄

◆ご家族の給付金を請求される場合
請求書(ニッセイ提出用)裏面記載の「個人情報の取扱い」について同意のうえ、
請求対象となる配偶者・子ども(成人のみ)本人が自署してください。

氏名

フリガナ
被保険者ご自身が自署してください。

