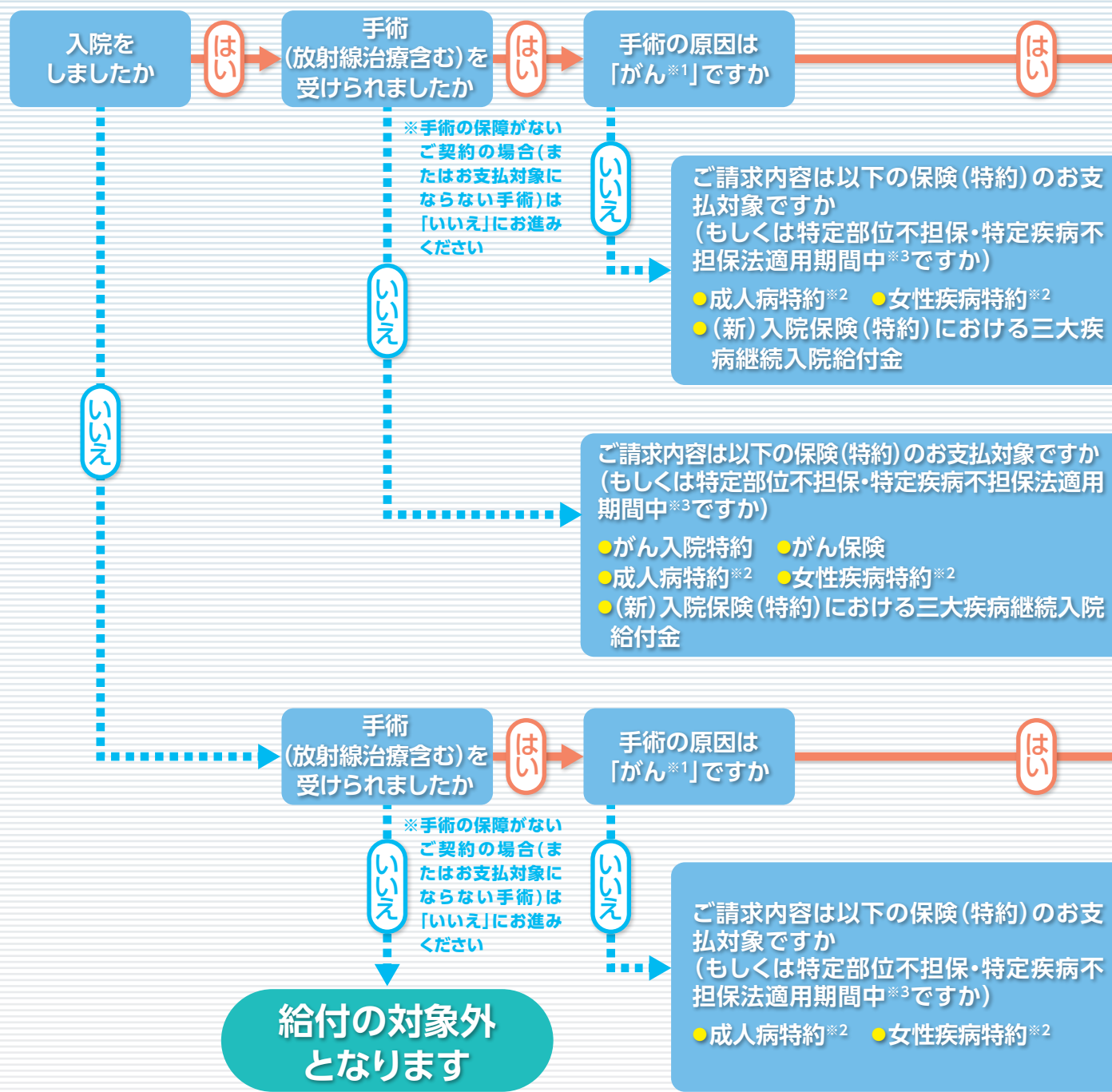




# 必要書類のご案内

## 必要書類確認フローチャート



## 必要書類

ご請求に必要な書類が発行可能か、事前に医療機関にお問い合わせください。必要書類がひとつでもご提出いただけない場合または必要項目が記載されていない場合は、簡易請求制度をご利用いただけませんので、「入院・手術証明書(診断書)」の発行を医療機関に依頼のうえ、ご提出ください。  
※ご提出いただいた書類は返却いたしません。

- ① 給付金請求書 ② 領収書コピー ③ 診療明細書コピー ④ 退院証明書コピー
- ① 給付金請求書 ② 領収書コピー ③ 診療明細書コピー ④ 退院証明書コピー
- ① 給付金請求書 ② 領収書コピー ③ 診療明細書コピー
- ① 給付金請求書 ② 領収書コピー ④ 退院証明書コピー
- ① 給付金請求書 ② 領収書コピー
- ① 給付金請求書 ③ 診療明細書コピー ⑤ 手術同意書コピー など
- ① 給付金請求書 ③ 診療明細書コピー ⑤ 手術同意書コピー など
- ① 給付金請求書 ③ 診療明細書コピー

※1. 傷病名「がん」により切除術をお受けになられた場合  
過去にがんの切除術にて給付金をご請求された方で、今回、新たに発生したがんの原発巣<sup>\*</sup>の切除術をお受けになられた場合は「入院・手術証明書(診断書)」の発行を医療機関に依頼のうえ、ご提出ください。ただし、手術のお支払が(新)手術給付特約のみの場合は、ご提出不要です。  
\*今回の切除が「新たに発生した原発巣」・「過去に手術をした原発巣」・「再発・転移巣」のいずれかに対するものであるかにより、お支払倍率が異なりますので、いずれかに対するものであるか、医師にご確認ください。

※2. お支払対象となる成人病・女性疾病について  
お申込時にお渡しした約款にてご確認ください。ご不明な点は担当者またはカスタマーサービスセンターまでご照会いただくか、当社ホームページ「ご契約者の皆様」→「お手続きのご案内」→「主なお手続き一覧」→「保険金・給付金等を請求する」→「支払基準のわかりやすい解説」→「病気やけがに対する入院保障」→「成人病入院給付金について(成人病特約を付加している場合)」もしくは「女性疾病入院給付金について(女性疾病特約を付加している場合)」にてご確認ください。

※3. 特定部位不担保・特定疾病不担保法の適用期間中のご契約について  
不担保部位に対する疾病または不担保疾病を原因とする入院・手術については、給付金をお支払することができません。

(注) 入院や手術等を受けられていても、ご契約の約款内容から給付金をお支払いできない場合がございます。ご不明な点は担当者またはカスタマーサービスセンターまでご照会いただくか、当社ホームページ「ご契約者の皆様」→「お手続きのご案内」→「主なお手続き一覧」→「保険金・給付金等を請求する」→「支払基準のわかりやすい解説」にてご確認ください。

先進医療特約・入院療養特約のご請求がある場合  
先進医療特約のご請求にあたっては、先進医療費用(技術料)が記載された領収書コピーのご提出が必須となります。領収書コピーをご提出いただけない場合は、「入院・手術証明書(診断書)」をご提出ください。入院療養特約のご請求にあたっては、診療報酬点数が記載された領収書コピーのご提出が必須となります。

旧おおよ生命契約にご加入されており、通院給付金のご請求がある場合  
通院日の記載のある領収書コピーをご提出ください。領収書コピーの日付を「通院日」としてお支払いいたします。



# 必要書類(サンプル)

◎掲載されている書類は見本(サンプル)ですので、医療機関により書式が異なります。  
「必要記載項目」を十分ご確認ください。

## ① 給付金請求書

本紙についている給付金請求書に必要事項を記入のうえご提出ください。  
\*ご記入前にP9~のご記入例をご覧ください。

## ② 領収書コピー

必要記載項目 入院期間

|      |  |
|------|--|
| 注意事項 | <ul style="list-style-type: none"> <li>領収書等の入院期間に基づきお支払いをするため、入院された期間の領収書コピーを漏れなくご提出ください。</li> </ul>   |
| 代用書類 | <ul style="list-style-type: none"> <li>「診療明細書」コピーまたは「退院証明書」コピーいずれも入院期間の記載があるもの。</li> <li>名称が「請求書」等の場合があります。この場合でも必要項目が記載されていれば利用可能です。</li> </ul> |

## ③ 診療明細書コピー

必要記載項目 治療内容(手術名・処置名・薬剤名等)

医療機関の会計窓口で受け取ることができます。ご治療中に受けた検査や手術、薬などの詳細な情報が記載されています。

|      |   |
|------|---|
| 注意事項 | <ul style="list-style-type: none"> <li>レーシックなど自由診療の手術については、健康保険の対象とならない手術であるため、診療明細書が発行されない場合があります。その場合は簡易請求制度はご利用いただけません。</li> <li>放射線治療をお受けになられている場合は、すべての期間の診療明細書が必要となります。</li> <li>「手術同意書」など手術の予定が記載された書類は代用できません。</li> <li>「診療明細書」は、お客様からお申し出があった場合にのみ発行されたり、一部有料となる場合がございます。あらかじめ医療機関にご確認ください。なお、この場合の取得費用はお客様負担となります。</li> </ul> |
| 代用書類 | <ul style="list-style-type: none"> <li>名称が「診療報酬明細書」「医療費明細書」等の場合があります。この場合でも必要項目が記載されていれば利用可能です。</li> </ul>  |

※②~⑥について「医療機関名」「氏名」「日付」は必須項目となります。なお、各種健康保険証の「記号・番号、保険者番号」が記載されている場合は、「記号・番号、保険者番号」をマスキング(黒く塗りつぶすこと)したうえでご提出ください。

## ④ 退院証明書コピー

必要記載項目

(今回の入院・手術の原因となった)傷病名

代用書類

- 「入院療養計画書」コピーまたは「手術同意書」コピーなどいずれも今回の入院・手術の原因となった「傷病名」が確認でき、入院・手術を実施した医療機関発行のもの。
- 「退院証明書」は、お客様からお申し出があった場合にのみ発行されたり、一部有料となる場合がございます。あらかじめ医療機関にご確認ください。なお、この場合の取得費用はお客様負担となります。

## ⑤ 手術同意書コピー

必要記載項目

(今回の入院・手術の原因となった)傷病名

代用書類

- 「入院療養計画書」コピーまたは「退院証明書」コピーなどいずれも今回の入院・手術の原因となった「傷病名」が確認でき、入院・手術を実施した医療機関発行のもの。

必要書類(サンプル)

① 給付金請求書

④ 退院証明書コピー

② 領収書コピー

⑤ 手術同意書コピー

③ 診療明細書コピー

# 受取人(請求者)について

給付金等の受取人(請求者)は、**多くの場合は病気またはケガをされたご本人**ですが、保険種類と契約者の関係によっては異なる場合がありますので、ご確認をお願いします。

※保険種類や契約者がご不明な場合は、担当者またはカスタマーサービスセンターまでご照会ください。

## 病気またはケガをされた方が被保険者ご本人のとき

**[1]** 受取人(請求者)についてはこちら↓の表で、保険種類と契約者の関係からご確認ください。

| 保険証券等にて、<br>ご契約内容をご確認ください。 | 契約者  |                            |                                      |                        |
|----------------------------|--|----------------------------|--------------------------------------|------------------------|
|                            | 個人   | 法人                         | 個人事業主                                |                        |
| 旧あおば生命以外<br>保険種類           | (新)医療保険・(新)入院保険  | 被保険者                       | 契約者(法人) <sup>*1*</sup> <sup>*2</sup> | 被保険者                   |
|                            | (新)入院総合保障特約<br>入院特約・(新)手術給付特約<br>成人病特約・女性疾病特約<br>がん入院特約 など |                            | 契約者(法人) <sup>*2</sup>                |                        |
|                            | がん保険(旧あおば生命以外)<br>(がん入院給付金・がん手術給付金・<br>がん治療給付金について)        | がん給付金受取人<br>(指定がない場合は被保険者) | 契約者(法人) <sup>*2*</sup> <sup>*3</sup> | がん給付金受取人 <sup>*7</sup> |
| 旧あおば生命                     | ガン保険以外   | 被保険者                       | 被保険者 <sup>*4</sup>                   | 被保険者                   |
|                            | ガン保険(旧あおば生命契約)   | 給付金受取人 *ご指定されている受取人となります。  |                                      |                        |

## 病気またはケガをされた方が被保険者のご家族のとき

**[2]** 受取人(請求者)についてはこちら↓の表で、保険種類と契約者の関係からご確認ください。

| 保険証券等にて、<br>ご契約内容をご確認ください。 | 契約者  |  |       |  |
|----------------------------|--|--|-------|--|
|                            | 個人   | 法人   | 個人事業主 |  |
| 旧あおば生命以外<br>保険種類           | 家族入院総合保障特約<br>配偶者入院総合保障特約<br>子供入院総合保障特約<br>配偶者がん入院特約 | <b>1</b> 2010年3月16日以降に復活または更新された契約<br><b>2</b> 2010年3月15日以前にお申込み(復活・更新)された契約<br>傷病者本人      契約者(法人) <sup>*5</sup> 傷病者本人<br>主契約の被保険者      契約者(法人) <sup>*6</sup> 主契約の被保険者 |       |  |
|                            | 配偶者特約(がん保険・<br>旧あおば生命以外)                             | <b>1</b> 2010年3月16日以降に復活または更新された契約<br>傷病者本人(配偶者)<br><b>2</b> 2010年3月15日以前にお申込み(復活・更新)された契約<br>主契約の被保険者   |       |  |
| 旧あおば生命                     | 妻型・子型・妻子型・配偶者型<br>(旧あおば生命契約)                         | <b>1</b> 2010年3月16日以降に復活・更新された契約<br>傷病者本人      傷病者本人 <sup>*4</sup> 傷病者本人<br><b>2</b> 2010年3月15日以前にお申込み(復活・更新)された契約<br>主契約の被保険者      主契約の被保険者 <sup>*4</sup> 主契約の被保険者    |       |  |

※1.保険料の払込期間が全期払で「給付金の受取人の指定・変更手続き」にて被保険者を指定している場合、給付金の受取人(請求者)は被保険者ご本人となります。  
 ※2.死亡保険金(死亡給付金)受取人が個人の場合(一部の受取人である場合を除く)、給付金の受取人(請求者)は被保険者ご本人となります。  
 ※3.契約日が2000年8月1日以前の場合、死亡保険金受取人にかかわらず、受取人(請求者)は法人となります。  
 ※4.旧あおば生命契約にご加入されていて「法人契約の場合の受取人の特例」が付加されている場合、給付金の受取人(請求者)は法人となります。  
 ※5.死亡保険金受取人が個人の場合(一部の受取人である場合を除く)、給付金の受取人(請求者)は傷病者ご本人となります。  
 ※6.死亡保険金受取人が個人の場合(一部の受取人である場合を除く)、給付金の受取人(請求者)は被保険者ご本人となります。  
 ※7.死亡保険金受取人が個人事業主の場合、給付金の受取人(請求者)は個人事業主となります。ただし、「給付金の受取人の指定・変更手続き」にてがん給付金受取人を指定している場合、給付金の受取人(請求者)は指定されたがん給付金受取人となります。

# このような場合の必要書類は? — 追加でご提出ください —

給付金等のご請求が以下の場合、追加で書類が必要となりますので、ご確認をお願いします。

- 戸籍謄(抄)本、住民票、登記事項証明書、印鑑登録証明書は、発行後6ヶ月以内のものをご提出ください。(コピー可)
- 本人確認書類とは、運転免許証、各種健康保険証、個人番号(マイナンバー)カード等となります。
- 各種健康保険証コピーを提出される場合は、記号・番号、保険者番号をマスキング(黒く塗りつぶすこと)したうえで、ご提出ください。
- 個人番号(マイナンバー)カードのコピーを提出される場合は、表面のみとしてください。
- 住民票はマイナンバー(個人番号)が記載されていないものをご用意ください。住民票にマイナンバーが記載されている場合は、マイナンバーをマスキング(黒く塗りつぶすこと)したうえで、ご提出ください。

| 旧あおば生命以外<br>保険種類 | 旧あおば生命  | 追加で必要な書類  |
|------------------|---|---|
| 1                | 旧あおば生命契約のガン保険の場合<br>初回ご請求時にガン保険の給付金受取人の本人確認書類を追加でご提出ください。   | 給付金受取人の本人確認書類コピー  |
| 2                | 家族型特約(特則)のご請求の場合<br>主契約の被保険者と傷病者(ご家族)の氏名および続柄が記載されている右記の公的書類の <b>いずれか</b> を追加でご提出ください。  | 追加で必要な書類<br>①戸籍謄本<br>または②住民票<br>または③健康保険証コピー(主契約の被保険者と傷病者の健康保険証に同一の住所が記載されているもの)  |
| 3                | 請求者が既にお亡くなりの場合<br>被保険者の法定相続人の中から代表請求者を選任のうえ、右記の書類を <b>追加で、すべて</b> ご提出ください。<br>※契約日が2010年10月4日以降の場合は、約款に代表請求者となる順位が定められています。詳しくは②「念書(相続人代表請求者選任届)」裏面をご参照ください。<br>●ご請求金額が500万円を超える場合、右記の②について代表者以外の相続人にも必要箇所をご記入いただけてください。また、③④は代表者以外の相続人についても必要となります。なお、代表者以外の相続人は被保険者の法定相続人の中から成人されている方を選任ください。<br>相続人が給付金を受け取った場合、相続放棄ができなくなることがありますので、相続放棄を検討されている場合はご注意ください。<br>給付金受取人の法定相続人の中から代表請求者を選任のうえ、右記の書類を <b>追加で、すべて</b> ご提出ください。<br>●ご請求金額が500万円を超える場合、右記の②について代表者以外の相続人にも必要箇所をご記入いただけてください。また、③④は代表者以外の相続人についても必要となります。なお、代表者以外の相続人は法定相続人の中から成人されている方を選任ください。<br>相続人が給付金を受け取った場合、相続放棄ができなくなることがありますので、相続放棄を検討されている場合はご注意ください。 | 追加で必要な書類<br>①被保険者の死亡診断書コピーまたは死亡の事実が分かる戸籍謄(抄)本または住民票<br>②「念書(相続人代表請求者選任届)」(当社所定様式・保金-B-209)<br>③代表請求者の本人確認書類コピー<br>④代表請求者が被保険者の法定相続人であることが分かる戸籍謄(抄)本<br>※④について、代表請求者が、「死亡保険金受取人である配偶者」または「死亡保険金受取人である相続権のある子」であり、請求金額が500万円以内の場合は原則として省略可能です。詳細は②「念書(相続人代表請求者選任届)」裏面の「注意事項」をご参照ください。 |
| 4                | 指定代理請求人からのご請求の場合<br>被保険者と給付金等の受取人(請求者)が同一であり、かつ指定代理請求特約が付加されているご契約で、受取人(請求者)が給付金等を請求できない特別な事情がある場合 <sup>*</sup> には、指定代理請求人からのご請求が可能です。この場合、右記の①②③の書類を <b>追加で</b> ご提出ください。④⑤については条件によってご提出が必要です。<br>※上記以外に受取人(請求者)が給付金等を請求できない特別な事情がある場合、代理人からご請求いただける場合がありますので、詳しくは担当者またはカスタマーサービスセンターへお問い合わせください。  | 追加で必要な書類<br>①「指定代理請求に関する確認書兼念書」(当社所定様式・保金-B-167)<br>②指定代理請求人の本人確認書類コピー<br>③指定代理請求人と受取人(請求者)の続柄が分かる戸籍謄(抄)本<br>④指定代理請求人と受取人(請求者)の住民票<br>※指定代理請求人と受取人(請求者)の同居が条件の場合<br>⑤指定代理請求人と受取人(請求者)の健康保険証コピー(両面)<br>※指定代理請求人と受取人(請求者)の生計が一緒であることが条件の場合  |
| 5                | 成年後見制度をご利用の場合<br>右記の書類を <b>追加で、すべて</b> ご提出ください。<br>受取人(請求者)が家庭裁判所の審判により成年後見、保佐、補助または任意後見を受けている場合、原則として成年後見人等(成年後見人・保佐人・補助人および任意後見人)の同意を得て請求を行う必要があります。  | 追加で必要な書類<br>①登記事項証明書(または家庭裁判所の「審判書」および「確定証明書」)<br>②成年後見人等の本人確認書類コピー   |
| 6                | 未成年後見人からのご請求の場合<br>右記の書類を <b>追加で、すべて</b> ご提出ください。   | 追加で必要な書類<br>①被後見人の戸籍謄(抄)本<br>②未成年後見人の本人確認書類コピー  |

旧あおば生命以外  
保険種類

旧あおば生命

被保険者(請求者)がお亡くなり  
の場合

給付金受取人をお亡くなり  
の場合

受取人本人からご請求  
できないとき

旧あおば生命以外  
保険種類

旧あおば生命



# 保険金・給付金等のお支払いについて

## お支払いまでの日数について

保険金・給付金等のお支払いは請求に必要な書類全てが会社に到着した日の翌営業日からその日を含めて5営業日以内にご指定の口座へ送金いたします。  
ただし、下記【保険金・給付金等をお支払いするために確認が必要な場合】は次のとおりとなります。

### 【保険金・給付金等をお支払いするために確認が必要な場合】

保険金・給付金等をお支払いするにあたり、下表「保険金・給付金等をお支払いするために確認が必要な場合」の1から4の確認が必要な場合、それぞれに定める「確認する事項」について確認(会社の指定した医師による診断を含みます)を行うことがあります。

この場合、保険金・給付金等のお支払いは、請求に必要な書類全てが会社に到着した日の翌営業日からその日を含めて25日以内にご指定の口座へ送金いたします。

| 保険金・給付金等をお支払いするために確認が必要な場合                       | 確認する事項  |
|--|---|
| 1 保険金・給付金等の支払事由発生の有無の確認が必要な場合                    | 保険金・給付金等の支払事由に該当する事実の有無   |
| 2 保険金・給付金等支払の免責事由に該当する可能性がある場合                   | 保険金・給付金等の支払事由が発生した原因  |
| 3 告知義務違反に該当する可能性がある場合                            | 会社が告知を求めた事項についての事実関係および会社が告知を求めた事項と事実関係に相違がある場合はその原因  |
| 4 この保険契約の普通保険約款に定める重大事由、詐欺または不法取得目的に該当する可能性がある場合 | 保険契約締結の目的、保険金等の請求の意図に関する保険契約の締結時から保険金等の請求までにおける事実、反社会的勢力等に該当する事実の有無(普通保険約款等に反社会勢力等に該当することが重大事由として規定されている場合) |

上記の保険金・給付金等をお支払いするための確認を行うために、下表「特別な照会・調査」の1から6の照会や調査が不可欠な場合には、上記にかかわらず、保険金・給付金等のお支払いは、請求に必要な書類全てが会社に到着した日の翌営業日から次に定める日数(各号のうち複数に該当する場合は、それぞれの日数のうち最も多い日数)以内にご指定の口座へ送金いたします。

| 特別な照会・調査   | 日数   |
|--|------|
| 1 医療機関または医師に対する照会のうち、照会先の指定する書面等の方法に限定される照会  | 45日  |
| 2 弁護士法(昭和24年法律第205号)にもとづく照会その他の法令にもとづく照会   | 60日  |
| 3 研究機関等の専門機関による医学または工学等の科学的な特別の調査、分析または鑑定  | 90日  |
| 4 保険契約者、被保険者または保険金等の受取人を被疑者として、捜査、起訴その他の刑事手続が開始されたことが報道等から明らかである場合における、送致、起訴、判決等の刑事手続の結果について、警察、検察等の捜査機関または裁判所に対する照会 | 180日 |
| 5 日本国外における調査   | 90日  |
| 6 災害救助法(昭和22年法律第118号)が適用された地域における調査  | 60日  |

保険金・給付金等をお支払いするための確認にあたりましては、プライバシーに関し細心の注意を払ってお取り扱いさせていただきますので、ご理解ご協力賜りますようお願い申し上げます。

## お支払いが遅延した場合

上記、所定の期日にお支払いできない場合は、遅延した日数に応じて利息をお支払いいたします。

# 個人情報のお取り扱いについて

## 個人情報の利用目的について 明示事項

当社は、本取扱いに関して取得する個人情報について次の目的のために利用いたします。なお、本籍地・医療・健康情報等の機微(センシティブ)情報(要配慮個人情報を含みます。以下同様です。)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その利用が限定されています。

- 1 各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払い
- 2 関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- 3 当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- 4 その他保険に関連・付随する業務

## 機微(センシティブ)情報の取扱いについて 同意事項

生命保険事業の適切な業務運営を確保する必要性から業務遂行上必要な範囲で、戸籍謄本等の公的書類や医療・健康情報等に含まれる機微(センシティブ)情報を取得、利用することがあります。

## 医療機関・その他行政機関等への個人情報の照会・提供 同意事項

当社は、各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払いのために、業務上必要な範囲で、既に取り持っているものも含め、お申込内容などの個人情報について、医療機関・その他行政機関等へ照会・提供する場合があります。

## 第三者への個人情報の提供 同意事項

当社は、再保険の対象となる保険契約について、再保険会社(外国にある会社を含みます。※**国名等の詳細は、当社ホームページ「個人情報保護方針」をご確認ください。**以下同様です。)が各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金等のお支払い等に利用するために、保険契約者の個人情報のほか、被保険者の契約内容に関する情報および健康状態に関する情報、保険金受取人・指定代理請求人に関する情報など業務を遂行するために必要な個人情報を、再保険会社に提供することがあります。また、勤務先等の団体扱・集団扱などでお客様が保険にご加入される場合、業務上必要な範囲で、お申込内容などの個人情報を、お客様の所属する団体へ提供するなどの場合があります。

## 支払査定時照会制度

当社は、(一社)生命保険協会、(一社)生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会(以下、「各生命保険会社など」といいます)とともに、保険金、年金または給付金のご請求があった場合や、これらにかかる保険事故が発生したと判断される場合に、お支払いの判断の参考とすることを目的として、当社を含む各生命保険会社などの保有する保険契約などに関する次の情報を共同して利用しております。

- 1 被保険者の氏名、生年月日、性別、住所(市・区・郡まで)
- 2 保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故(照会を受けた日から5年以内)
- 3 保険種類、契約日、復活日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法など

※満期保険金、生存給付金請求は除きます。

(一社)生命保険協会加盟の各生命保険会社につきましては詳しくは、(一社)生命保険協会ウェブサイトをご覧ください。

(一社)生命保険協会ウェブサイト: <https://www.seiho.or.jp/>

## ●お問い合わせについて●

当社の個人情報の取扱いについての詳細は、当社ホームページ「個人情報保護方針」をご確認いただくか、担当者またはカスタマーサービスセンターまでお問い合わせください。

### ●お問い合わせ先

当社のホームページ▶▶▶▶▶ <https://www.prudential.co.jp/>

当社のカスタマーサービスセンター▶ **0120-810740** パート ナーフォーユー 通話料 無 料 ※営業時間は弊社ホームページをご覧ください



# ご記入例

ボールペン等消えない筆記用具を用いてご記入ください。  
間違えて記入した場合、二重線で取り消し、サインしてください。

- 代表証券番号** お手元の保険証券の番号をご記入ください。
- 請求日(記入日)** 請求書を記入された日をご記入ください。
- 氏名** 5ページの「受取人(請求者)について」をご確認のうえ、受取人(請求者)が自署してください。法人が受取人(請求者)の場合は、法人名をご記入ください(スタンプ印可)。
- 押印欄** 以下の場合は押印が必要です(以下に該当しない場合は押印は不要です)。  
・法人のご請求の場合(届出印を押印ください)  
・本人確認書類として印鑑登録証明書をご提出の場合  
なお、印鑑登録証明書が必要な場合は同一の印を押印ください。
- 法定代理人等** お受取人が未成年者の場合は親権者(未成年後見人)の氏名を、成年後見人の場合は後見人の氏名をご記入ください。
- 住所** お支払明細書の送付先としてご契約者の登録住所以外の住所を希望される場合のみ、ご記入ください。
- 送金口座** 送金口座をご指定ください。保険料振替口座へ送金希望の場合は、記入不要です。
- ゆうちょ銀行以外の金融機関** 貯蓄預金および当座預金の場合は[ ]内にご記入ください。
- ゆうちょ銀行** ゆうちょ銀行をご指定の場合、店番または通帳記号をご記入ください。
- 請求原因** 病気の場合は⑥の事故状況報告欄をご記入不要です。ケガの場合は⑥の事故状況報告欄を記入のうえ③の入院・手術等状況報告欄にお進みください。
- 事故日** ケガの場合、事故日をご記入ください。
- 飲酒状況** 飲酒の場合、酒の種類・飲酒量・飲酒終了時刻についてご記入ください。
- 事故発生状況** 事故の発生状況や関係者(相手方)、交通事故の場合は交通の目的・行先も含めて、できるだけ詳しくご記入ください。

## 給付金請求書

提出用

プルデンシャル生命保険株式会社 宛

貴社の普通保険約款および該当特約条項が契約内容となることに同意の上、当契約について標記の請求をします。医療機関発行の書類(診断書またはそのコピー等)の記載内容や、入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関に照会することを承諾し、記載事項が事実と相違する場合は、正当な支払金額で精算を行うことに同意します。また、8ページの「個人情報のお取り扱いについて」に記載された貴社個人情報の取扱いについて(被保険者と請求者が相違している場合は、被保険者ととも)に明示事項を確認し、同意事項について同意します。

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>1</b> 代表証券番号<br>第 <b>1234567890</b> 号<br><small>(給付金請求の場合)<br/>ご記入いただいた証券番号以外に、受取人(請求者)を同一とする別契約がお支払対象となる場合は、請求書を利用します。<br/>※医療保険のないご契約の証券番号をご記入いただきました場合には、その証券番号の記入は無効となります。</small>   | 請求日(記入日)<br>西暦 <b>2021</b> 年 <b>2</b> 月 <b>1</b> 日   | <b>2</b> 受取人(指定代理請求人等)<br>フリガナ <b>ホケン タロウ</b><br>氏名(自署) <b>保険 太郎</b><br>フリガナ<br>氏名(自署) |
| <b>3</b> 送金口座をご指定下さい<br><small>※受取人(請求者)本人名義をご指定下さい<br/>※現在保険料を振替している口座への送金を希望される場合は記入不要です。<br/>※ご指定がない場合は保険料振替口座に送金いたします。ただし、現在保険料の口座振替をご利用でない場合は、受取人(請求者)名義の以下の口座に送金される場合がございます。<br/>●最後に登録された保険料振替口座 ●他契約でご利用中の保険料振替口座 ●前回の給付金送金口座<br/>※お支払対象となるご契約が複数あり、保険料振替口座が異なる場合は、当社より送金口座を確認させていただく場合がございます。<br/>※契約者が法人(個人事業主)、代理請求、受取人が亡くなった場合のいずれかで、保険料振替口座が受取人(請求者)名義でない場合は必ず口座をご指定下さい。</small> | <b>4</b> 親戚関係 <input type="radio"/> 病気 <input checked="" type="radio"/> ケガ <input type="radio"/> スポーツ中 <input type="radio"/> スポーツ中以外 <input type="radio"/> <b>5</b> 事故日 西暦 <b>2020</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日 午前 <input type="radio"/> 午後 <input checked="" type="radio"/> 時頃   |  |
| <b>6</b> 場所 <b>東京 (都) 道 府 県 世田谷区等々力不動前交差点</b><br><small>ケガの原因がスポーツ中以外の場合は以下についてもご記入ください。※同一の事故が複数に本用紙をご提出いただいている場合は、ご記入不要です。</small>  | <b>7</b> 飲酒状況<br>酒の種類 <b>焼酎</b> 飲酒量 <b>本 杯</b> 飲酒終了時刻 <b>19時</b> 事故の [ ] 時間前<br>事故発生状況 <b>帰宅途中、交差点で信号待ちをしていたところ、トラックに追突されました。</b><br><small>事故が新聞等に掲載された場合は本用紙裏面にその切抜きを添付してください(コピー可)。</small>   |  |
| <b>8</b> 本人請求確認欄<br><small>本人確認書類が必要な場合に記入してください。(いずれか1点)<br/>※6ページを参照</small>  | <b>9</b> 交通事故の場合は以下についてもご記入ください。<br>運転中 <input checked="" type="radio"/> 同乗中 <input type="radio"/> 事故日時点での運転免許の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無<br>警察への届出 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <b>世田谷</b> 警察へ届出理由 <b>歩行中</b> 自転車運転中 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 |  |
| <b>10</b> 本人請求確認欄<br>本人確認書類が必要な場合に記入してください。<br>① 運転免許証 書類発行元: [ ] 発行番号: [ ]<br>② 健康保険証 保険者名称: [ ] 交付年月日: [ ]<br>③ 個人番号カード 有効期限: [ ]<br>④ その他 ( ) 発行元: [ ] 発行日/有効期限: [ ]   |  |  |
| <b>11</b> 会社使用欄<br>請求日 <b>2021</b> 年 <b>2</b> 月 <b>1</b> 日 支社 <b>世田谷</b><br>請求者 <b>ホケン タロウ</b> 担当者 <b>ホケン タロウ</b><br>請求理由 <b>ケガ</b> 診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 診断書原本の返送を希望されている場合はこちらにチェックしてください。<br><small>※返送先はお支払明細書の送付住所と同一になります。 ※診断書原本は返送いたしません。 ※本受付日</small>   |  |  |

●以下の C 欄をご記入のうえ、ご請求者または傷病者をご署名ください。

|   |  |   |
|---|--|---|
| 傷病者氏名   | 請求者と <input checked="" type="radio"/> 同一 <input type="radio"/> 相違                          | フリガナ <b>ホケン タロウ</b> 氏名 <b>ホケン タロウ</b> 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |
| <b>8</b> ご請求の原因となった傷病についてご記入ください。<br><b>腸閉塞(イレウス)</b><br>前後180日以内に同一もしくは医学上重要な関係のある傷病を原因としたご入院 <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし<br>(ありの場合詳細をご記入ください) <b>一カ月前の手術が原因</b><br><small>複数の入院があり、それぞれの入院の傷病名が異なる場合は、傷病名ごとに本用紙の記入が必要です。<br/>正常分娩による入院はお支払の対象にはなりません。健康保険の適用期間がお支払対象となりますので、入院期間のうち、健康保険の適用外の期間がございましたら下記にご記入ください。</small> |  |   |
| ご請求の原因となった傷病名   | 傷病が発生した身体部位・臓器   | 左右 <b>腸</b>   |
| 分娩に伴う入院の場合はご記入ください  | 分娩日 西暦 年 月 日   | 健康保険適用外の入院期間 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日   |
| 現在の状況   | <input checked="" type="radio"/> 退院 <input type="radio"/> 現在入院中 <input type="radio"/> 入院なし |   |
| 傷病発生年月日   | 西暦 <b>2020</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日頃  |   |
| 初診日   | 西暦 <b>2020</b> 年 <b>5</b> 月 <b>2</b> 日 ~ 終診 <input checked="" type="radio"/> 現在加療中         |   |
| <b>9</b> 手術のご請求がある場合はご記入ください。<br>手術日を明記してください。 ※医師から説明された手術名をご記入ください。<br>※医師から説明された手術名と診療明細書記載の手術名が異なる場合、医師から説明された手術名をご記入ください。  |  |   |
| 手術日   | 手術名  | 手術方法(番号記入) ※11ページ参照   |
| 1回目 西暦 <b>2020</b> 年 <b>5</b> 月 <b>3</b> 日  | 診察明細書に記載されている手術名と同じ  | <b>5</b>  |
| 2回目以上手術をお受けになられている場合は、それぞれの手術名・手術日を明記してください。  |  |   |
| 2回目 西暦 年 月 日  |  |   |
| 3回目 西暦 年 月 日  |  |   |
| 部位(両側)  | 指(の場合) 指先から数えて第3関節(親指は第2)を含んで中関節に及ぶ/及ばない   | 筋・腱・靭帯に操作が及ぶ/及ばない   |
| 左右 <b>腸</b>   | 及ぶ/及ばない  | 及ぶ/及ばない   |
| 冠動脈部位(血管名)  | 冠動脈  | 冠動脈   |
|   | 左冠動脈主幹部  | 左冠動脈前下行枝  |
|   | 左冠動脈下行枝  | 左冠動脈回旋枝   |
|   | 左冠動脈前下行枝   | 左冠動脈回旋枝   |
|   | 左冠動脈主幹部  | 左冠動脈前下行枝  |
|   | 左冠動脈前下行枝   | 左冠動脈回旋枝   |
| <b>10</b> 放射線治療のご請求がある場合はご記入ください。 ※医師に総線量をご確認のうえ、いずれかに○をしてください。<br>射線照射の期間 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 放射線総線量 <input type="radio"/> 50Gy以上 <input type="radio"/> 50Gy未満  |  |   |
| <b>11</b> 先進医療技術のご請求がある場合はご記入ください。厚生労働大臣が定める施設基準に適合する医療機関で行われたものに限り、適用されます。<br>先進医療技術名 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 先進医療による療養を受けた期間   |  |   |

すべてご対応いただいたことをご確認ください。(☑をつけてください)

A 給付金請求欄の記入 ※記入必須  
 B 事故状況報告欄の記入 ※ケガの場合のみ  
 C 入院・手術等状況報告欄の記入 ※記入必須  
 必要書類の添付(添付書類は「必要書類のご案内」にてご確認ください)

Prudential

- ご請求の原因となった傷病名** 医師に診断された傷病名をご記入ください。ご記入もれがないようご注意ください。また、今回のご請求の入院日(前後180日以内)にご入院をされている場合、それぞれのご入院の原因が同一もしくは医学上重要な関係があるか、医師にご確認のうえ、ご記入ください。
- 傷病発生年月日** 症状の発生日が明確でない場合は、時期をご記入ください。(例:2016年5月頃、3年前など) ※今回と同一の病気(ケガ)でご請求されたことがある場合は記入不要です。
- 初診日** 初めて病院を受診した日をご記入ください。「終診」もしくは「現在加療中」かご不明な場合は医師にご確認ください。 ※今回と同一の病気(ケガ)でご請求されたことがある場合は記入不要です。
- 手術名** 手術名をご記入ください。なお、お受けになられた手術が1回の場合で、かつ、医師から説明された手術名が診療明細書に記載されている手術名と同一の場合は、○印をご記入ください。その場合、手術名の記載は必要ありません。お受けになられた手術が2回以上の場合、2回目・3回目の欄にそれぞれ手術日・手術名・部位等をご記入ください。2回目以降の手術名は医師にご確認のうえご記入ください。
- 手術方法** 「手術方法」には11ページの「手術方法のご説明」11~13のうち該当する番号をご記入ください。12その他の場合は詳細をご記入ください。
- 部位** ご不明の場合は医師にご確認ください。
- 指の場合** 手指・足指に対する手術を行った場合のみ、11ページ「手術方法」を参考に医師に部位をご確認のうえ○印をご記入ください。
- 筋・腱・靭帯に操作が及ぶ/及ばない** 手術の方法が12その他の場合のみ医師にご確認のうえ、いずれかに○印をご記入ください。
- 冠動脈部位(血管名)** 冠動脈に対して経皮的な手術を行った場合のみ、医師にご確認のうえ、いずれかに○印をご記入ください。
- 放射線総線量** 医師に総線量をご確認のうえ、いずれかに○をしてください。
- 先進医療技術名** お受けになられた技術名をご記入ください。

# 手術方法のご説明

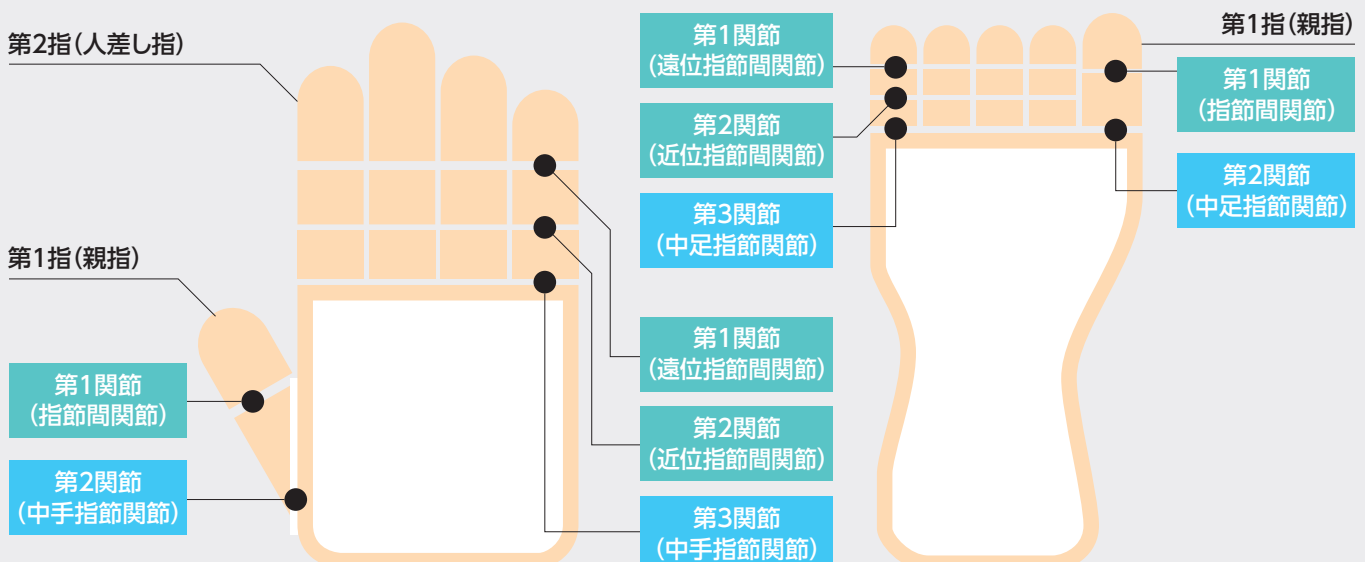
切り離し提出ください。

手術を受けた場合は、以下のご説明を参考に「**C** 入院・手術等状況報告欄」の手術方法欄に番号をご記入ください。

|    |                                      |   |
|----|--------------------------------------|---|
| 1  | かいとうじゅつ<br><b>開頭術</b>                | ずがいこつ<br>頭蓋骨を開いて行う手術                                      |
| 2  | せんとうじゅつ<br><b>穿頭術</b>                | ずがいこつ<br>頭蓋骨に小さな穴をあけて行う手術                                 |
| 3  | かいきょうじゅつ<br><b>開胸術</b>               | 胸部を切開し、内部の臓器(胸膜、肺、心臓、横隔膜、縦隔洞、食道等)に対して行う手術                 |
| 4  | きょうくうきょう<br><b>胸腔鏡</b>               | 胸部に小さな穴を数箇所開け、そこからカメラと手術道具を挿入して行う手術                       |
| 5  | かいはくじゅつ<br><b>開腹術</b>                | 腹部を切開し、内部の臓器(胃、十二指腸、小腸、大腸、虫垂、肝臓、胆のう、膀胱、脾臓、卵巣、子宮等)に対して行う手術 |
| 6  | ふくくうきょう<br><b>腹腔鏡</b>                | 腹部に小さな穴を数箇所開け、そこからカメラと手術道具を挿入して行う手術                       |
| 7  | ないしきょう<br><b>内視鏡</b>                 | 身体を切開するかまたは身体の開口部から内視鏡またはカテーテルを挿入して行う手術                   |
| 8  | けいひてき<br><b>経皮的</b>                  | 1～6の術式を用いず、皮膚から細い管(カテーテルなど)を通して行う手術                       |
| 9  | けいりょうどてき<br><b>経尿道的</b>              | 尿道からカテーテルまたは内視鏡を入れて行う手術                                   |
| 10 | けいちつてき<br><b>経腔的</b>                 | 腹部を切開せず、腔から器具を挿入して行う手術                                    |
| 11 | <b>レーザー</b>                          | 病変部に対してレーザーを照射する手術  |
| 12 | <b>その他</b>                           | 上記1～11以外の場合、手術方法の欄に詳細をご記入ください。                            |
|    | ひふいしょくじゅつ ひべんじゅつ<br><b>皮膚移植術、皮弁術</b> | 皮膚の欠損部を補うために、他の部分の皮膚(人工皮膚含む)を移植する手術                       |

## 手指・足指の関節名称

手指・足指に対する手術をされた場合、以下の図を参考に医師に部位をご確認のうえ、「**C** 入院・手術等状況報告欄」の【指の場合】欄の「指先から数えて第3関節(親指は第2関節)を含んで中枢側(手首側・足首側)に「及ぶ/及ばない」のいずれかに○印をご記入ください。





# 給付金請求書

提出用

プルデンシャル生命保険株式会社 宛

貴社の普通保険約款および該当特約条項が契約内容となることに同意の上、当契約について標記の請求をします。医療機関発行の書類(診断書またはそのコピー等)の記載内容や、入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関に照会することを承諾し、記載事項が事実と相違する場合は、正当な支払金額で精算を行うことに同意します。また、8ページの「個人情報のお取り扱いについて」に記載された貴社個人情報の取り扱いについて(被保険者と請求者が相違している場合は、被保険者とともに)明示事項を確認し、同意事項について同意します。

|   |   |  |                                      |
|---|---|--|--------------------------------------|
| 代表証券番号  |   | 請求日(記入日)   |                                      |
| 第 号   | (給付金請求の場合)<br>ご記入いただいた証券番号以外に、受取人(請求者)を同一とする別契約がお支払対象となる場合には、請求書を流用します。<br>医療保障のないご契約の証券番号をご記入いただきました場合には、その証券番号の記入は無効とします。 | 西暦   | 年 月 日                                |
| 第 号   | 他 件   | 20   | 年 月 日                                |
| 受取人(指定代理請求人等)   |   | 押印欄  | 法定代理人等                               |
| フリガナ<br>氏名(自署)  |   | 印  | フリガナ<br>氏名(自署)                       |
| 電話番号  | 日中ご連絡がとれる電話番号をご記入ください ( )   | ※以下の場合には押印が必要です。<br>・ご請求に際し、印鑑登録証明書をご提出いただく場合<br>・請求者が法人の場合      | 受取人との関係<br>親権者 成年後見人 その他 [ ]         |
| 住所  | 〈お支払明細書等の送付について〉<br>当社にご登録いただいているご契約者住所への送付を希望される場合は記入不要です。   | 都 道 府 県  |                                      |
| 送金口座をご指定下さい ※受取人(請求者)本人名義をご指定下さい<br>※現在保険料を振替している口座への送金を希望される場合は記入不要です。   |   |  |                                      |
| ※ご指定がない場合は保険料振替口座に送金いたします。ただし、現在保険料の口座振替をご利用でない場合は、受取人(請求者)名義の口座に送金される場合がございます。<br>・最後に登録された保険料振替口座 ・他契約でご利用中の保険料振替口座 ・前回の給付金送金口座<br>※お支払対象となるご契約が複数あり、保険料振替口座が異なる場合は、当社より送金口座を指定させていただく場合がございます。<br>※契約者が法人(個人事業主)、代理請求、受取人が亡くなった場合のいずれかで、保険料振替口座が受取人(請求者)名義でない場合は必ず口座をご指定下さい。 |   |  |                                      |
| 銀行  | 信用組合  | 金融機関コード  | 本店/支店                                |
| 協 同 会 社   | 労働金庫  |  | 支店コード                                |
| 種目  | ※普通預金以外の場合は [ ] 内に種目を記入してください   | 口座番号(右詰め)  | 口座名義人                                |
| 普通(総合)  | [ ]   | [ ]  | [ ]                                  |
| 店番 または 通帳記号   | 通帳番号(右詰め)   |  |                                      |
| 1   | 0   |  |                                      |
| 請求原因 <input type="radio"/> 病気 <input checked="" type="radio"/> へお進みください <input type="radio"/> ケガ <input type="radio"/> スポーツ中 <input type="radio"/> スポーツ中以外 <input type="radio"/> へお進みください   |   |  |                                      |
| 事故日 西暦 年 月 日 (午前/午後) 時頃   |   |  |                                      |
| ●ケガの原因がスポーツ中以外の場合は以下についてもご記入ください。 ※同一の事故で過去に本用紙をご提出いただいている場合は、ご記入不要です。  |   |  |                                      |
| 場所  | 都 道 府 県   |  |                                      |
| 飲酒状況<br>※飲酒有の場合   | 酒の種類  | 飲酒量  | 本 杯 飲酒終了時刻 事故の [ ] 時間前               |
| 事故発生状況  | 事故が新聞等に掲載された場合は本用紙裏面にその切抜きを添付してください(コピー可)。  |  |                                      |
| ●交通事故の場合は以下についてもご記入ください。  |   |  |                                      |
| 該当項目に○をしてください   | 運転中 同乗中 歩行中 自転車運転中  | 事故日時点での運転免許証の有無<br>※同乗中の場合は運転者について                               | 警察への届出<br>有 [ ] 警察へ届出 無 [ ] 理由 [ ]   |
| 本人請求確認欄   |   | 確認日時: 20 年 月 日 (午前/午後) 時 分                                       |                                      |
| 本人確認書類が必要な場合に記入してください。(いずれか1点) ※6ページを参照   |   | <input type="checkbox"/> 運転免許証 書類発行元: 発行番号:                      |                                      |
|   |   | <input type="checkbox"/> 健康保険証 保険者名称: 交付年月日:                     |                                      |
|   |   | <input type="checkbox"/> 個人番号カード 有効期限:                           |                                      |
|   |   | <input type="checkbox"/> その他 ( ) 発行元: 発行日/有効期限:                  |                                      |
| 会社使用欄   | 書 類 日   | お客様から書類をお預かりした日付を記入してください。(郵送で支社に届いた場合は書類到着日)                    | [20 ]年 [ ]月[ ]日 支社 担当者               |
| 診 断 書 返 送 希 望   |   | お客様が診断書原本の返送を希望されている場合はこちらにチェックしてください。 ※返送先はお支払明細書の送付住所と同一になります。 | ご希望あり <input type="checkbox"/> 本社受付日 |

給付金請求欄

記入必須

事故状況報告欄

●以下の欄をご記入のうえ、ご請求者または傷病者がご署名ください。

|       |      |            |        |
|-------|------|------------|--------|
| 傷病者氏名 | 請求者と | フリガナ<br>氏名 | 男<br>女 |
|       | 同一   |            |        |
|       | 相違   |            |        |

●ご請求の原因となった傷病についてご記入ください。

|                      |   |                |            |
|----------------------|---|----------------|------------|
| ご請求の原因となった傷病名        | 前後180日以内に同一もしくは医学上重要な関係のある傷病を原因としたご入院: (あり)・なし (あり)の場合詳細をご記入ください ( )                  | 傷病が発生した身体部位・臓器 | 左 右<br>両 側 |
| 分婉に伴う入院の場合はご記入ください   | 正常分娩による入院はお支払の対象にはなりません。健康保険の適用期間がお支払対象となりますので、入院期間のうち、健康保険の適用外の期間がございましたら下記にご記入ください。 |                |            |
| 現在の状況                | 退院 現在入院中 入院なし   |                |            |
| 初診日                  | 西暦 年 月 日頃   |                |            |
| 手術のご請求がある場合にご記入ください。 | ※医師から説明された手術名をご記入ください。 ※医師から説明された手術名と診療明細書記載の手術名が異なる場合は医師から説明された手術名をご記入ください。          |                |            |

| 手術日      | 手術名             | 部位(臓器名)    | (指の場合)指先から数えて第3関節(親指は第2)を含んで中軸側に及ぶ/及ばない | 筋・腱・靭帯に操作が及ぶ/及ばない | 冠動脈部位(血管名)                             |
|----------|-----------------|------------|---|-------------------|--|
| 西暦 年 月 日 | ※⑩の場合詳細をご記入ください | 左 右<br>両 側 | 及ぶ<br>及ばない                              | 及ぶ<br>及ばない        | 右冠動脈<br>左冠動脈主幹部<br>左冠動脈前下行枝<br>左冠動脈回旋枝 |
| 西暦 年 月 日 | ※⑩の場合詳細をご記入ください | 左 右<br>両 側 | 及ぶ<br>及ばない                              | 及ぶ<br>及ばない        | 右冠動脈<br>左冠動脈主幹部<br>左冠動脈前下行枝<br>左冠動脈回旋枝 |
| 西暦 年 月 日 | ※⑩の場合詳細をご記入ください | 左 右<br>両 側 | 及ぶ<br>及ばない                              | 及ぶ<br>及ばない        | 右冠動脈<br>左冠動脈主幹部<br>左冠動脈前下行枝<br>左冠動脈回旋枝 |

|                         |                               |               |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|
| 放射線治療のご請求がある場合にご記入ください。 | ※医師に総線量をご確認のうえ、いずれかに○をしてください。 |               |
| 放射線照射の期間                | 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日              | 放射線総線量        |
|                         | 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日              | 50Gy以上 50Gy未満 |

|  |         |                 |                  |
|--|---------|-----------------|------------------|
| 先進医療特約のご請求がある場合にご記入ください。厚生労働大臣が定める施設基準に適合する医療機関で行われたものに限りです。 | 先進医療技術名 | 先進医療による療養を受けた期間 | 西暦 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|--|---------|-----------------|------------------|

- A 給付金請求欄の記入 ※記入必須
  - B 事故状況報告欄の記入 ※ケガの場合のみ
  - C 入院・手術等状況報告欄の記入 ※記入必須
  - 必要書類の添付(添付書類は「必要書類のご案内」にてご確認ください)
- すべてご対応いただいたことをご確認ください。(☑をつけてください)





中面にご記入ください。

**給付金請求書**