保険金・給付金等支払（兼保険料払込免除）請求書

明治安田トラスト生命保険株式会社　御中

貴社の普通保険約款にしたがい、下記保険契約につき保険金・給付金等（兼保険料払込免除）の支払いを請求します。なお、指定口座への着金をもって保険金・給付金等を受領したものと認めます。
また、貴社が当書面に記載された情報を、別紙に記載の「お客さまの個人情報の取扱いについて」の範囲内で利用・提供することに同意します。
貴社が本件に関し事実確認を行うこと、および病院・医師が貴社またはその指名する者に、すべての疾病、傷病の記録を提供することに同意いたします。なお、本書の複写も本書と同様の効力があることを了承いたします。

証券番号		
請求人（自署）	フリガナ （姓）　（名） 様	＊訂正は、訂正箇所を二重線で抹消のうえサインで訂正ください。
請求人住所（返信用宛先）	〒　ー 都 道 府 県 電話番号（　）ー（　）ー（　）　日中ご連絡先（　）ー（　）ー（　）	

受取口座

必ず受取人様ご本人名義の口座をご指定ください。

金融機関名	支店名	
銀行　信金　信組　農協	本店　支店　出張所	
預金種目	口座番号	口座名義人（**カタカナ**でご記入ください）
普通　当座　貯蓄		（セイ）　（メイ） 様

代筆をされた場合、こちらをご記入ください。

フリガナ		
代筆者	自署	
	受取人との続柄	配偶者　子　親　その他 ➡（　）

請求権者様が未成年・被後見人・被代理人等の場合のみご記入ください。

親権者 後見人 代理人 （自署）	フリガナ	請求権者との関係	親権者 後見人 代理人

保険会社使用欄

受付	確認	承認	備考

保険金･給付金等支払(兼保険料払込免除)請求書の記入例および記入要領

ご記入にあたっては、以下の記入例をお読みのうえ楷書、黒か青の消えないペンでご記入ください。

保険金・給付金等支払(兼保険料払込免除)請求書

明治安田トラスト生命保険株式会社　御中

貴社の普通保険約款にしたがい、下記保険契約につき保険金・給付金等(兼保険料払込免除)の支払いを請求します。なお、指定口座への着金をもって保険金・給付金等を受領したものと認めます。
また、貴社が当書面に記載された情報を、別紙に記載の「お客さまの個人情報の取扱いについて」の範囲内で利用・提供することに同意します。
貴社が本件に関し事実確認を行うこと、および病院・医師が貴社またはその指名する者に、すべての疾病、傷病の記録を提供することに同意いたします。なお、本書の複写も本書と同様の効力があることを了承いたします。

証券番号	XXXXXXXXXXX	
請求人(自署)	フリガナ　セイホ　タロウ (姓) 生保　(名) 太郎　様	＊訂正は、訂正箇所を二重線で抹消のうえサインで訂正ください。
請求人住所(返信用宛先)	〒 999－9999 東京 (都)(道)(府)(県) ▲▲区■■■123 電話番号 (03)－(1234)－(5678)　日中ご連絡先 (03)－(8765)－(4321)	

受取人者様ご自身でご記入ください。

受取人様のご住所をご記入ください。

受取口座

必ず受取人様ご本人名義の口座をご指定ください。

金融機関名		支店名	
○○○○○ (銀行)(信金)(信組)(農協)		××××× (本店)(支店)(出張所)	
預金種目	口座番号	口座名義人(**カタカナ**でご記入ください)	
(普通)(当座)(貯蓄)	1 2 3 4 5 6 7	(セイ) セイホ　(メイ) タロウ　様	

必ずご記入ください。受取人様ご本人名義の口座をご指定ください。

代筆をされた場合、こちらをご記入ください。

代筆者	フリガナ	
	(自署)	
	受取人との続柄	(配偶者)(子)(親)(その他)➡( )

請求権者様が未成年・被後見人・被代理人等の場合のみご記入ください。

親権者 後見人 代理人 (自署)	フリガナ	請求権者との関係	(親権者) (後見人) (代理人)

保険会社使用欄

受付	確認	承認	備考

IILP-CL003

訂正は、訂正箇所を二重線で抹消のうえサインで訂正ください。

訂正例

千代田区
東京都~~渋谷区~~○○町
(生保)

個人情報のお取扱いについて

【利用目的について】

弊社はお客さまとの取引を安全確実に進め、よりよい商品・各種サービスを提供させていただくため、個人情報を次の目的に利用させていただきます。

①保険契約のお引受け
②ご契約の維持管理、保険金等のお支払い
③関連会社・提携会社を含む各種商品・サービス等のご案内・提供
④その他保険契約に関連・付随する業務

【機微（センシティブ）情報の利用目的の限定について】

保健医療などに関する機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則第53条の10等にもとづき、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。弊社は、これらの情報を限定されている目的以外では利用しません。

【個人情報の開示について】

弊社は、業務遂行上必要な範囲で、個人情報（機微（センシティブ）情報を含みます）を保険契約者・被保険者・受取人・指定代理請求人・家族登録サービス制度で登録した登録ご家族および生命保険募集人に開示することがあります。

【再保険における個人情報の取扱いについて】

弊社は、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。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。

【支払査定時照会制度について】

「支払査定時照会制度」は、保険金等の請求があった場合や、これらに係る保険事故等が発生したと判断される場合に、一般社団法人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（「各生命保険会社等」）が、当社を含む各生命保険会社等に対し、同制度に基づき、一般社団法人生命保険協会を通じ、各生命保険会社等が保有する保険契約等に関する（1）被保険者の氏名、生年月日、性別、住所（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、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄，死亡保険金等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等の全部または一部を照会した場合には、各生命保険会社等がそれらの照会に応じて情報を提供することがあります。また、これらの情報が各生命保険会社等による保険金等の支払等の判断の参考にされることがあります。

入院・手術・通院証明書（診断書）

明治安田トラスト生命保険株式会社 御中

1	氏名		カルテ番号（ ）	（男）（女）	生年月日	西暦 年 月 日
2	傷病	A	入院・手術・通院等の原因となった傷病名		傷病発生年月日	西暦 年 月 日 （医師推定）（患者申告）
		B	Aの原因となった傷病名または事故内容		傷病発生年月日	西暦 年 月 日 （医師推定）（患者申告）
		C	合併症（入院中に治療したA、B以外の傷病名）		傷病発生年月日	西暦 年 月 日 ／ Cの傷病名による入院の必要性 （有）（無）
		D	Aの初診日	西暦 年 月 日～ 年 月 日		（終診）（転院）（現在加療中）
			傷病名を患者に告知した日	西暦 年 月 日	入院を患者に指示した日	西暦 年 月 日
			手術を患者に指示した日	西暦 年 月 日		

3 治療期間

※入院には日帰り入院を含みます。

妊娠・分娩・産褥の入院期間は保険診療対象期間をご記入ください。

通院は入院原因となった傷病を治療目的とする通院日をご記入ください。ただし、妊産婦健診は除きます。

入院

①	西暦 年 月 日～ 年 月 日	□入院中（当科・転科） □転院 □生存退院 □死亡退院
②	西暦 年 月 日～ 年 月 日	□入院中（当科・転科） □転院 □生存退院 □死亡退院
③	西暦 年 月 日～ 年 月 日	□入院中（当科・転科） □転院 □生存退院 □死亡退院

上記以降の入院

通院 ※○を付けてください。

西暦 年 月 日～ 年 月 日（うち実通院日数 日） 合計

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
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
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
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
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
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

4 手術 ※「輸血料」に算定される「造血幹細胞採取」および「造血幹細胞移植術」も本欄に記入ください。

※「種類」には下記1～16の手術種類のうち、該当する番号をご記入ください。

1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術 4. 開心術 5. 胸腔鏡下 6. 縦隔鏡下 7. 開腹術 8. 腹腔鏡下 9. 経尿道的 10. 経膣的 11. レーザー 12. 経皮的
13. ファイバースコープ又はカテーテルによる手術 14. ガンマナイフ、サイバーナイフ等 15. 抗癌剤投与目的 16. その他（ ）

種類	手術・処置名	部位	手術日	診療報酬区分	区分番号－項目	手術内容
	（子宮・卵巣の場合→ □部分切除 □全摘）	（左）（右）（両側）	西暦 年 月 日	（K）・（J）（健康保険適用外）	-「 」	□観血 □非観血
	（子宮・卵巣の場合→ □部分切除 □全摘）	（左）（右）（両側）	西暦 年 月 日	（K）・（J）（健康保険適用外）	-「 」	□観血 □非観血

3回目以降の手術がある場合は、種類・手術名・部位・手術日・診療報酬内容、手術内容を記入ください。

5	放射線・温熱療法	放射線または温熱療法の名称	診療報酬区分番号－項目	期間	
			M -「 」（先進医療）（その他）	開始日 西暦 年 月 日	終了日 年 月 日
6	先進医療	技術名		治療実施期間	開始日 西暦 年 月 日
		技術料 円 うち患者負担額 円			終了日 年 月 日
7	検査所見	むち打ち症・腰痛の場合、他覚所見の有無 （有）（無）	（X線）（脳波異常）（筋電図異常）（その他）（ ）		

8	新生物の場合	（良性）（悪性）	病理組織学的検査 （有）（無）	病理組織診断名	診断確定日	ICD-O3. 1 / TNM分類 [c・s・p・f] T（ ）N（ ）M（ ）
		区分 （原発）（再発）（転移）（不明）	性状 （浸潤癌）（上皮内癌）（その他）（ ）	病名告知 （本人）（家族）	病名告知日 西暦 年 月 日	告知病名
9	前医・紹介医	（無）（有）	医師名	医療機関名	初診年月日	西暦 年 月 日
10	既往症・持病	今までに悪性新生物に罹患したことがありますか （有）（無）	病名	罹患期間または時期	医療機関名	
		悪性新生物以外の既往症がありますか （有）（無）	病名	罹患期間または時期	医療機関名	
11	請求意思能力	現在、本人には保険金等を請求する意思能力がありますか。 （有）（無）				

上記のとおり証明します。

西暦 年 月 日

所在地
医療機関名
電話番号
所属診療科
医師名

（印）

※訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印してください。
※原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印してください。

会社使用欄	

IILP-CL013

LIAJ057-K01-202610

宛 名 ラ ベ ル

料金受取人払郵便

本郷局承認

7412

差出有効期間
2027 年 9 月 30 日
まで

切手を貼らずに
お出しください。

１１３－８７９０

（受取人）
東京都文京区本郷一丁目 10－9

明治安田トラスト生命保険株式会社
契約サービス部　行

定型郵便物

【宛名ラベルご使用時のご留意事項】

① 宛名ラベルは弊社請求書類をお送りいただく際に限りご使用ください。
② サイズを変えずに印刷してご使用ください。
③ 宛名ラベルを点線に沿って切り取りご使用ください。
④ 封筒の表面左上に宛名ラベルを貼り付けてご使用ください。
⑤ 定型の封筒をご使用ください。
⑥ 宛名ラベルに記載の差出有効期間内にご使用ください。
⑦ 封筒の裏面に必ずお客さまの住所・氏名をご記入ください。

【貼り付け・記入例】



