

「入院・手術給付金」請求手続きのご案内

三井住友海上きらめき生命保険株式会社

このたびの被保険者様ご療養につきまして、心よりお見舞い申し上げます。
別紙「個人情報のお取り扱いについて」にご同意いただき、ご請求くださいますようお願い申し上げます。
ご不明な点がございましたら、担当代理店または下記までご照会ください。

三井住友海上きらめき生命 お客様サービスセンター

TEL:0120-324-386(無料・携帯電話可) 平日 9:15~17:00

※ 音声ガイダンスに従い、1番をご指定ください。

1. 必要書類について

必要書類	ご説明
①給付金請求書	請求者さまがご記入ください。
②入院・手術等証明書(診断書)	医療機関よりお取り付けください。
③入院・通院状況報告書 (自己申告書) + 治療費領収証のコピー (入院期間の記載があるもの)	以下の1~4のいずれにも該当する場合は、「②入院・手術証明書(診断書)」に代えて、ご利用いただけます。 1. <u>ケガの入院</u> 、または、 <u>契約日・復活日から2年経過後に開始された疾病の入院</u> である。 2. 手術給付金の請求がない。 3. ガン保険・新ガン保険または成人病・女性疾病・三大疾病のいずれの特約の入院給付金も請求はない。 4. 退院後の請求であり合計の給付金額は 10万円以下 である。 (ご入院が複数回の場合、180日以内のご請求分を通算します。)
④住民票 または 健康保険証コピー (いずれも続柄記載があるもの)	下記いずれかの場合に必要です。 1. ご家族の方を対象とする契約で、 <u>主たる被保険者ご本人以外の方が入院等をされた場合</u> 2. 請求者の方が未成年で、 <u>親権者または後見人が署名捺印する場合</u>
⑤事故状況報告書	不慮の事故によるけがをされた場合

<ご注意>

- 入院・手術証明書、住民票の取得費用はお客様のご負担となりますことを了承ください。
- 上記以外の書類のご提出をお願いすることがありますので了承ください。
- ご請求後、治療内容や事故の状況を確認する場合があります。その際は、医師面談のための同意書へ署名・捺印をお願いするため、必要に応じて当社の委託した確認会社社員がお伺いすることがありますので、ご協力いただきますようお願いいたします。

2. 請求者について

給付金は、主契約の被保険者さまからご請求ください。

被保険者さまが請求できない特別な事情(健康上の理由など)がある場合、代理の方からご請求いただくことがありますので、代理店またはお客さまサービスセンターにご相談ください。

以下の場合にご請求をいただく方について、「給付金請求書」の記入にご注意願います。
「主たる被保険者」および「給付金受取人」は、保険証券にてご確認いただけます。

ご注意いただきたいケース	請求者	ご説明
被保険者または給付金受取人が未成年の場合	被保険者	○請求者欄 被保険者さまの署名・捺印をお願いします。 ○親権者・後見人欄 親権者・後見人の署名・捺印をお願いします。
配偶者やお子さまの入院・通院・手術給付金等を請求される場合	主たる被保険者	請求者欄に主たる被保険者さまの署名・捺印をお願いします。
子ども医療特約の請求をされる場合	契約者	請求者欄に契約者さまの署名・捺印をお願いします。

法人契約で法人が請求する場合	請求者欄に契約者さまの法人名、代表者役職名・氏名をご記入ください。
医療保険・新医療保険 ガン保険・新ガン保険	給付金受取人が法人の場合 ※給付金受取人は、保険証券で確認いただくか、当社までお問い合わせください。
上記以外の保険種類	死亡保険金受取人が法人の場合 養老保険で 死亡保険金と満期保険金の受取人がいずれも法人の場合

3. 別な必要書類を提出いただく場合

以下の場合、この「請求手続きのご案内」とは別の書類をご案内いたします。

代理店またはお客さまサービスセンターまで、ご連絡ください。

- 通院給付金を単独でご請求される場合
- 先進医療給付金をご請求される場合
- 代理の請求人よりご請求される場合
- 被保険者さまのご逝去後に給付金をご請求される場合

個人情報のお取扱いについて

お客さまの「個人情報」(健康状態等に関する情報を含みます。以下同様)のお取扱いにつき以下のとおりご説明させていただきますので、内容にご同意のうえ、保険金・給付金ご請求のお手続きをいただきますようお願い申し上げます。なお、健康状態等の機微(センシティブ情報)は、保険業法施行規則に従い、利用目的を限定しています。

1. 当社は、本保険契約に関する個人情報を、本保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、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、その他保険に関連・付随する業務のために利用します。
また、当社および当社グループ会社は、本保険契約に関する個人情報を、本保険契約以外の保険契約のお引受け、履行のために利用することがあります。
2. 当社は、本保険契約に関する個人情報を、上記1の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(三井住友海上火災保険(株)・保険代理店・確認会社・嘱託医・面接士を含む)、保険仲立人、医療機関、契約者・被保険者、保険金・給付金等の請求・支払に関する関係先等に提供することがあります。
また、本保険契約に関する個人情報を、再保険契約の締結、継続・維持管理、再保険金の支払、その他再保険に関連・付随する業務に再保険会社が利用するために提供することがあります。
3. 当社は、契約内容登録制度、契約内容照会制度、支払査定時照会制度に基づいて、(社)生命保険協会、同協会加盟の各生命保険会社等とともに、所定の個人情報(被保険者名、死亡保険金額、入院給付日額等)を同協会に登録し、利用することがあります。
4. 当社および当社グループ会社は、本保険契約に関する個人情報を、商品・サービスのご案内・ご提供、および提携先・委託先等の商品・サービスのご案内のために利用することがあります。

当社の個人情報のお取扱いに関する詳細、商品・サービスや当社グループ会社の名称および契約内容登録制度等情報交換制度につきましては、当社ホームページ(<http://www.ms-kirameki.com>)をご覧ください。

給付金請求書記入例

給付金請求書

請求書を実際に記入した日をご記入ください。

請求日 平成 19年 12月 12日

*証券番号は3契約分まで記入できます。

該当の証券番号をご記入ください。最大3口までご記入いただけます。

証券番号 ミツシミ タロウ

われた方)

三住 太郎 様

*給付金受取人様が法人の場合は、法人名および役職名・代表者名をご記入(ゴム印でも可)の上、代表者印を捺印ください。

フリガナ 千ヨダクカンダニシキチョウ3-11-1スミトモショウジシキチービル

〒 123 456 東京都 千代田区 神田 錦町 3-11-1 住友商事錦町ビル

フリガナ ミツシミ タロウ

自署)

三住 太郎 様

請求者様が自署してください。

家族型を含め、主たる被保険者様が自署してください。詳しくは2ページをご参照ください。

親権者
後見人

請求者様が未成年の場合は、親権者様・後見人様が自署・捺印してください。

付加されている場合

医療機関(注)での先進医療による治療を請求いただけます。詳しくは保険証券の記載内容をご確認下さい。

先進医療による治療をお受けになりましたか

有

無

注) 厚生労働省令の要件を満たし先進医療による治療を行うことについて地方社会保険事務局長の承認を受けた医療機関

給付金受取人様が法人の場合は、法人名および役職名・代表者名をご記入(ゴム印でも可)の上、代表者印を捺印してください。

請求者様が捺印してください。

給付金の振込口座をご指定ください。 [請求者様名義の口座をご指定ください。請求者様名義の配偶者様、ご両親様またはお子様の口座をご指定ください。]

振込口座	フリガナ	ダイニチ	スミトモ	種目	いづれかに○	フリガナ	ミツシミ
	銀行振込口座	銀行	本店	普通(総合)	2	口座名義人	三住 太郎 様
	郵便貯金口座振込	信用金庫 信用組合	支店	当座	※右つめでご記入ください	ご請求者様と口座名義が異なる場合の続柄 (いづれかに○)	配偶者 親子
	金融機関	1 2 3 4	店番	5 6 7	1 2 3 4 5		
	コード	9900	通帳記号	1	通帳番号		

先進医療特約を付加されている方のみ有・無にをつけてください。

会社使用欄

承認 入力 処理 受付

代理店受付日 年 月 日

課社 課社 課社 課社

受付日

口座種目の記入漏れにご注意ください。口座番号は右づめでご記入ください。

郵便貯金口座の通帳番号は、前7ケタをご記入ください。

請求者様名義の口座をご指定ください。請求者様名義の口座がない場合は配偶者様・ご両親様・またはお子様の口座をご指定ください。

契約上の届出住所変更を希望する場合は印を付けてください。(請求者様が契約者様の場合に限り)

ご請求者様が契約者の場合のみ
ご契約上のお届出住所を下記住所に変更される場合、○印をご記入ください。
届出住所を変更します

請求印・同意印

印

印

入院・通院状況報告書（自己申告書）記入例

入院・通院状況報告書（自己申告書）

※ご使用上の注意※

この報告書は、下記の1~4いずれも該当する場合に「医師による診断書」に代えて、使用できます。

- ケガの入院または、契約日・復活日から2年経過後に開始した疾病の入院である
- 手術給付金の請求はない
- ガン保険・新ガン保険または成人病・女性疾病・三大疾病のいずれの入院給付金も請求はない
- 退院後の請求であり、入院給付金の合計請求金額は10万円以下である

請求者様(被保険者様)の署名・捺印が必要です。家族型の場合は2ページをご参照ください。

ご入院・ご通院をされた方の自署が必要です

今回のご傷病で最初に病院にかかれた日

入院日をご記入ください

ご退院後、最初に通院された日

入院給付金をご請求の際には必ず入院期間の記載のある医療機関発行の領収証(コピー)のご提出をお願いします

上きらめき生命保険株式会社 御中
は事実と相違ありません。貴社が必要と判断する場合、この報告書の内容について医療機関等に照会する

ご入院・ご通院をされた方の生年月日をご記入ください

現在も病院にかかれていている場合ご請求日をご記入ください

今回のご傷病で最後に病院にかかれた日

退院日をご記入ください

合計の通院日数をご記入ください

請求者(受取人氏名) (自署) 三住 太郎 様 印

被保険者(自署) 三住 太郎 様

傷病者様の性別および生年月日
男 大正 昭和 平
22年 10月

通院の原因となった傷病名 急性胃腸炎

治療期間および入院期間
初診 19年 12月 10日 ~ 終診 19年 12月 23日 (月 日現在治療中)
第1回目入院 19年 12月 10日 ~ 19年 12月 15日
第2回目入院 年 月 日 ~ 年 月 日

通院された医療機関
所在地 東京 都道府県 XX区XXXX
名称 OOOO病院 電話 XX-XXXX-XXXX
主治医 山田 太郎 医師 (内 科)

以下は通院特約が付加されている場合のみご記入下さい。

- 通院特約・新通院特約：退院日の翌日以後120日以内の期間の上記傷病の治療を目的とした通院につき30日を限度にお支払いします。
- 子ども医療特約の通院特約：不慮の事故の日から180日以内の期間の通院につき、90日を限度にお支払いします。

通院給付金をご請求の際には必ず通院日の記載された治療費領収証(コピー)のご提出をお願いします

通院治療期間		平成19年12月16日 ~ 終了19年12月23日																														通院治療日に○印を付けて下さい	合計日数				
月	日	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	計	日			
月	1																																			計	日
月	1																																			計	日
月	1																																			計	日
月	1																																			計	日

通院された日に○を付けてください

最後に通院された日

月ごとに合計した通院日数をご記入ください

入院・通院状況報告書（自己申告書）

ご使用上の注意

この報告書は、下記の **1～4 いずれも該当する場合** に「医師による診断書」に代えて、使用できます。

1. **ケガの入院または、契約日・復活日から 2 年経過後に開始した疾病の入院である**
2. **手術給付金の請求はない**
3. **ガン保険・新ガン保険または成人病・女性疾病・三大疾病のいずれの入院給付金も請求はない**
4. **退院後の請求であり、入院給付金の合計請求金額は 10 万円以下である**

**入院給付金をご請求の際には必ず
入院期間の記載のある医療機関発行の領収証（コピー）のご提出をお願いします**

三井住友海上きらめき生命保険株式会社 御中

下記記載事項は事実に相違ありません。貴社が必要と判断する場合、この報告書の内容について医療機関等に照会することを了承します。

請求者 (受取人氏名)	(自署) 様 印
被保険者 (傷病者名)	(自署) 様 傷病者様の性別および生年月日 男 大正 昭和 平成 女 年 月 日生
入院または通院の原因となった 傷病名	
治療期間および 入院期間	初診 年 月 日 ~ 終診 年 月 日 (月 日現在治療中) 第1回目入院 年 月 日 ~ 年 月 日 第2回目入院 年 月 日 ~ 年 月 日
入院または通院された医療機関	所在地 都道府県 名称 電話 - - 主治医 医師 (科)

<ご注意> **以下は通院特約が付加されている場合のみご記入下さい。**

通院特約・新通院特約：退院日の翌日以後 **120 日以内**の期間の上記傷病の治療を目的とした通院につき **30 日を限度**にお支払いします。

子ども医療特約の通院特約：不慮の事故の日から **180 日以内**の期間の通院につき、**90 日を限度**にお支払いします。

**通院給付金をご請求の際には必ず
通院日の記載された治療費領収証（コピー）のご提出をお願いします**

合計日数
日

通院治療期間	平成	年	月	日	～終了	年	月	日	通院治療日に	印を付けて下さい	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

事故状況報告書

三井住友海上きらめき生命保険株式会社 御中

受 傷 者	住 所	都道 府県			
	氏 名		男 女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	職 業	できるだけ具体的にご記入ください			
受 傷 さ れ た 時 の 状 況	日 時	平成 年 月 日	午前 午後	時 分頃	
	就業中の有無	就業中 ・ 非就業中 該当のものに をおつけください			
	場 所				
	原 因 お よ び 状 況	詳しくご記入ください	受傷された時の状況図または現場見取図 【交通事故の場合】相手の車 <input type="checkbox"/> 受傷者の車 <input type="checkbox"/> で図示してください		

以下は交通事故で受傷された場合のみご記入ください 該当のものに をおつけください。				
事故時の状況	1 運転中 2 同乗中 3 自転車 4 歩行者 5 その他 ()			
免 許 証	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	免 許 証 番 号
飲 酒	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	警 察 へ の 届 出	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし

上記の通り報告します。				
			平成 年 月 日	
報告者	様			(印)
受傷者との関係	<input type="radio"/> 親	<input type="radio"/> 子	<input type="radio"/> 兄弟	<input type="radio"/> 勤務先法人・団体等

ご注意 報告者は請求者ご本人またはご家族の方となります。
 (就業中の事故の場合は、ご勤務先の会社・団体が報告者となっていただいても、結構です)

お支払する給付金等の概要

入院したとき	給付金をお支払する場合	保険・特約の種類	
災害入院給付金	ケガをした日から180日以内に入院をされた場合	災害入院特約	入院日数が継続5日以上
		新災害入院特約	入院日数が継続2日以上
		医療保険 災害入院給付特約	入院日数が継続5日以上 または 入院日数が継続2日以上
		新医療保険	入院日数が1日以上
		こども医療特約	入院日数が継続2日以上
疾病入院給付金	病気による入院をされた場合	疾病入院特約	入院日数が継続5日以上
		新疾病入院特約	入院日数が継続2日以上
		医療保険	入院日数が継続5日以上 または 入院日数が継続2日以上
		新医療保険	入院日数が1日以上
成人病入院給付金	以下の成人病による入院をされた場合 ・悪性新生物 ・糖尿病 ・心疾患 ・高血圧性疾患 ・脳血管疾患 ❖妊娠、分娩および産じょく(褥)の合併症を除く	成人病入院特約	入院日数が継続5日以上
		新成人病入院特約	入院日数が継続2日以上
長期入院給付金	上記成人病で270日以上継続して入院された場合	成人病入院特約	
女性疾病入院給付金	以下の特定疾病による入院をされた場合 ・悪性新生物 ・乳房、甲状腺、女性生殖器、腎尿路の良性新生物または性質不詳の新生物 ・血液および造血管の疾患 ・内分泌腺、栄養および代謝疾患 ・循環器系の疾患 ・消化器系の疾患 ・筋骨格系および結合組織の疾患 ・腎尿路生殖器系の疾患 ・妊娠、分娩および産じょく(褥)の合併症	女性疾病入院特約	入院日数が継続5日以上
		新女性疾病入院特約	入院日数が継続2日以上
		医療保険女性疾病入院給付特約	入院日数が継続2日以上
		新医療保険新女性疾病入院給付特約	入院日数が1日以上
入院一時金	継続した5日以上入院をされた場合	入院一時金特約	
退院給付金	継続した20日以上入院後に生存退院された場合	退院給付特約	
		新退院給付特約	
三大疾病入院給付金	以下の三大疾病による入院をされた場合 ・悪性新生物 ・心疾患 ・脳血管疾患 ❖妊娠、分娩および産じょく(褥)の合併症を除く	三大疾病入院給付特約	入院日数が継続2日以上
		新三大疾病入院給付特約	入院日数が1日以上

手術を受けたとき	給付金をお支払する場合	保険・特約の種類	
手術給付金	ケガや病気で約款所定の手術を受けられた場合 ❖入院がない場合も対象となります。	疾病入院特約	
		新疾病入院特約	
		医療保険手術給付特約	
		新医療保険	
		こども医療特約	
成人病手術給付金	上記成人病で所定の手術を受けられた場合	成人病入院特約	新成人病入院特約
女性疾病手術給付金	上記女性疾病入院で所定の手術を受けられた場合	女性疾病入院特約	医療保険・新医療保険 ガン保険・新ガン保険を 除く
		新女性疾病入院特約	

通院したとき	給付金をお支払する場合	保険・特約の種類	
通院給付金	入院給付金の支払対象となる入院の退院日の翌日から120日以内の通院をされた場合	通院特約	通院日数30日限度
		新通院特約	通院日数30日限度
災害通院給付金	ケガをした日から180日以内の通院をされた場合	こども医療特約	通院日数90日限度

ガン保険の給付金	給付金をお支払する場合	保険・特約の種類	
ガン入院給付金	ガンの治療を目的とした入院をされた場合	ガン保険	
		新ガン保険	
ガン手術給付金	ガンの治療を目的とした所定の手術を受けられた場合	ガン手術給付特約	
		新ガン保険	
ガン診断給付金	<1回目> ガンと診断され、その治療を目的に入院を開始したとき <2回目> 前回支払時から2年経過後に改めてガンの治療を目的に入院を開始したとき、もしくは入院中の場合	ガン診断給付特約	
新ガン診断給付金	<1回目> ガンと診断されたとき <2回目> 前回支払時から2年経過後に改めてガンの治療を目的に入院を開始したとき、もしくは入院中の場合	新ガン診断給付特約 または新医療保険新ガン診断給付特約	
在宅療養給付金	ガンの治療目的で継続した20日以上入院後に生存退院された場合	在宅療養給付特約	
		新在宅療養給付特約	
ガン先進医療給付金	ガンにより所定の先進医療による治療を受けられた場合	ガン先進医療特約	

その他の給付金	給付金をお支払する場合	保険・特約の種類	
介護給付金	ケガや病気により所定の要介護状態になり、180日以上継続したと診断確定された場合	介護保障特約	
		新介護保障特約	
先進医療給付金	ケガや病気により所定の先進医療による治療を受けられた場合	先進医療特約	