

# 全理連・療養補償共済制度 所得補償コース 給付金(保険金)請求書

年 月 日

損害保険ジャパン株式会社 宛

下記の通り委任を受けましたので、関係書類を添付して保険金を請求いたします。

理容生活衛生同業組合

本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求します。  
なお、指定口座への振込をもって保険金の支払がなされたものと認めます。

請求者  
(理事長)



私は上記保険金請求者を代理人と認め、上記保険事故にかかわる保険金請求ならびに受領に関する一切の権限を委任いたします。

同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。本書面では同様とします)から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払を受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します。(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います)。

被保険者(加入者)との関係:  
法定相続人 親権者  
その他(続柄: )  
加入者死亡の場合は法定相続人、未成年の場合は親権者の住所・氏名を記載してください。  
その他は特別な事情がある場合のみで、続柄も記載してください。

また、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。貴社が本保険金請求に関する私の個人情報を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払金額の算定等)・引受判断および各種サービスの提供のために取得・利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を下記のとおり取得・利用・提供することに同意します。

- 貴社が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度の確認、損害賠償義務者への求償手続等のために、保険事故の関係者(保険事故の当事者、損害保険会社・共済、医療機関、社会保険、修理業者等をいいます。)、業務委託先(保険代理店を含みます。)、警察署、消防署、その他必要な関係先に対して個人情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。
  - 貴社が、契約者に対して、事故状況、経過、支払内容等の情報について提供すること。
  - 貴社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、貴社のグループ会社、他の損害保険会社・共済等に個人情報の提供もしくは個人データの登録を行い、またはこれらの者から提供を受ける場合があること。
  - 貴社が、再保険金の受領のために再保険引受会社等に個人情報の提供を行う場合があること。
  - 他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提出すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また貴社から提供を受け、利用すること。
- ※個人情報には、過去および将来に取得するもの、並びに事業の適切な運営を確保するため業務遂行上必要な範囲で、事故事実・損害の確認に必要な医療情報および請求権者・相続人確定に必要な戸籍関連情報が含まれます。

県名	支 部 名	加入者(被保険者)フリガナ	資 格	就業不能直前 過去1年間の所得
		1. 男 2. 女	1. 組合員 2. 従業員 3. 家族	円
加入者番号		昭・平 年 月 日生 満 歳	内払回目	第 回目または最終回
傷病 発生日	年 月 日 (病気の場合は医師の診断による発病日)	就業不能 開始日	年 月 日	給付金 請求額
全く就業ができ なかった期間	年 月 日より ( )日間 - 4日間 年 月 日まで = ( )日間			円
重複契約 (他にも所得補償契約がある 場合必ずご記入ください。)	会 社 名	契約の種類	証券番号	契約金額

原加入日を記入してください。

原加入日	年 月1日						
口 数	( )口						
給付金額	円	円	円	円	円	円	円

## 保険金振込先 (上記理容生活衛生同業組合があらかじめ指定した口座)

保 険 期 間	年 月1日より1年間	証 券 番 号	支 部 名	前 年 内 容	営業課支社受付印	SC受付印
	年 月1日より1年間					
	年 月1日より1年間					
	年 月1日より1年間					
理容生活衛生同業組合		理 事 長	部 長	支 部 長	扱 者	

- ☆ 太枠内の各項目は必ずご記入ください。
- ☆ 1~2枚目には必ずご捺印ください。
- ☆ 3枚目の診断書は医療機関で作成していただき、請求書とともに組合にご提出ください。
- ☆ 4枚目の申告書は診断書が省略できる場合、被保険者ご本人でご記入ください。

# 全理連・療養補償共済制度 所得補償コース

## 同意書

年 月 日

### 主治医殿

患者住所

(下記住所と相異  
する場合のみ記載)

患者氏名

生年月日

昭和・平成

年 月 日

保険契約に関する調査のため、損害保険ジャパン株式会社または同社が委嘱する者が本書を提出し、上記患者の傷病に関して患者が診察・治療・検査を受けた病院・診療所・接骨院等に対し、下記事項を行うことにつき同意しますので、照会がありましたときは、ご腹藏なくおこたえ下さいますよう、よろしくご依頼申し上げます。

なお、本書のコピーも本書と同等の効力があるものと認めます。

### 記

1. 患者に関するすべての傷病内容（傷病名、症状、治療内容、既往症など）を照会あるいは面談し、回答を受けること。
2. 患者に関する画像診断のフィルム、その他の検査記録を借用または謄写すること。
3. 患者に関する診断書、診療報酬明細書、および損害保険ジャパン株式会社の求める文書の作成・発行を依頼し受領すること。

住 所

氏 名 (患者又は  
同居の親族)

印

患者との続柄 (同居の親族の場合)

以上

※本同意書は給付金請求書とともに組合にご提出ください。

# 診 断 書

むちうち症・腰痛の場合、他覚症  
状の有無を詳細にご記入下さい。

		カルテNo	
傷 病 者	住所	① 健 保 ② 国 保 ③ 労 災 ④ 自 費 ⑤ そ の 他 ( )	
	氏名	職 業	
		男・女	大・昭・平 年 月 日生(才)
傷病名および受傷部位・態様			
初 診 日	年 月 日	発病日または受傷日	年 月 日
発病または受傷の原因 (傷病者申告の内容を詳細にご記入下さい。)			
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		他覚所見の有無、検査結果	
.....		画像所見(X-P, CT, MRI)	
.....		異常 無・有 ( )	
.....		神経学的所見	
.....		異常 無・有 ( )	
.....		当該傷病の治療歴の 無・有 (病院名: )	
.....		治療時期( 年 月 日 )	
.....		治療に影響をおよぼした既往症の 無・有	
.....		有の場合(傷病及び疾患名: )	
今回の傷病に関して実施した手術(該当する項目に○印をつけ、具体的な手術名、手術日を右欄にご記入下さい)。		手 術 名	手 術 日
手術の種類: 開頭術 開胸術 開腹術		(実施した手術を全てご記入下さい。)	
筋骨関係の 観血手術		25cm以上の 植皮手術	
その他			
入院治療	日間(うち外泊日数 日)	実 通 院 治 療 日 (○印をつけてください)	
年 月 日~ 年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
通院治療	日間(うち治療実日数 日)		
年 月 日~ 年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
固定具使用の場合			
ギプス固定: 固定部位	から まで		
: 使用期間	月 日~ 月 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
シーネ、ポリネック、コルセット、その他( )の固定			
: 固定部位	から まで		
: 使用期間	月 日~ 月 日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
患者による脱着:	可・不可		
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
就業が全く不可能な期間			
年 月 日~ 年 月 日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	計
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日
年 月 日	治癒 継続 中止 転医	後遺障害残存見込 無・有 (内容: )	

本欄は制度運営に重要となりますので  
必ずご記入をお願いします。

損害保険ジャパン株式会社 御中

上記の通り診断いたします。

年 月 日 所在地 .....

病院名 ..... TEL. ....

医師氏名 .....

# 入通院状況・就業不能期間申告書

損害保険ジャパン株式会社 御中

保険金のご請求金額が合計30万円以下の場合に、診断書の代わりとしてご提出いただくものです。

傷病者氏名 (被保険者名)	フリガナ		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日	<input type="text" value="昭和"/> 年	<input type="text" value="平成"/> 年	日
入院(通院)の原因となった傷病名	医師にご確認のうえ、正確にご記入ください。		
上記ケガ・疾病の原因			
ケガを負った日 発病日	年	月	日
ケガの部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 脚 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他 ( )	ケガの状態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 腱断裂 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他 ( )
入院期間	年	月	日～年 月 日
就業が全く不可能な期間	年	月	日～年 月 日
前医・既往症	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
通院状況申告欄	上記、ケガ・疾病の治療を目的とした通院治療日を下記カレンダーにご記入(○印)ください。		
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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	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	計	日
今後の入通院の予定	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
ご入院(通院)の病院または診療所	病院名		
	所在地		
	電話番号		
	主治医	科	先生

上記の内容が事実と相違ないことを確認します。後日万一事実と異なることが判明した場合は、受領した保険金を返還いたします。

年 月 日

【請求者(受取人)】

住 所

氏 名

被保険者との続柄( )

<ご注意> 診察(入院・通院)をされた上記の病院または診療所に、この報告書の内容についてお伺いすることがあります。あらかじめご了承ください。