

以下は全て被補償者（治療を受けた方）が入力ください。

治療を受けた方の情報

氏名			氏名フリガナ		
生年月日 (YYYY/MM/DD)					
メールアドレス					
携帯番号	-		その他連絡先 (携帯がない場合のみ)	-	
郵便番号	〒	-	住所		

保険金支払先

※保険金支払先は被補償者口座（被補償者が未成年の場合は親権者口座）を指定ください。
法定相続人口座を指定される場合は、別途書類の提出が必要となります。

金融機関（ゆうちょ銀行以外）口座へ支払希望 … 以下を入力ください

金融機関名						<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> 信用組合
支店名				<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 出張所	支店コード(3桁)		
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 当座		口座番号(7桁)				
口座名義(カタカナ) ※原則被補償者本人名義口座を指定ください									

ゆうちょ銀行口座へ支払希望 … 以下を入力ください

ゆうちょ銀行 通帳記号(5桁)					記号番号 (8桁)				
口座名義(カタカナ) ※原則被補償者本人名義口座を指定ください									

治療状況申告欄 ※通院欄のある診断書を提出される方は入力不要です

傷病名・診断名 特定疾病																																			
ケガした部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 手指：含手指（具体的に、右手親指など）（ ） <input type="checkbox"/> 下肢：含足指 <input type="checkbox"/> 臓器 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																		
ケガの状態	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> 欠損・切断 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> 破裂 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																		
医療機関	① 名称：		診察券番号：		電話番号：		-	-																											
	② 名称：		診察券番号：		電話番号：		-	-																											
入院	入院期間(YYYY/MM/DD)：				～	(入院日数： 日間)																													
	2回目以降の入院がある場合、以下に入院期間を入力ください。																																		
手術	手術名：				手術日(YYYY/MM/DD)：																														
	手術名：				手術日(YYYY/MM/DD)：																														
通院	年		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(日間)
	年		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(日間)
	年		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(日間)
	年		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(日間)
	年		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(日間)
	年		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(日間)

固定具	固定具種類： <input type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> シーン <input type="checkbox"/> ギブスシャーレ <input type="checkbox"/> 副木 <input type="checkbox"/> その他 ()
	常時（入浴時を除く）固定していた期間 (YYYY/MM/DD) : ~
	固定具種類： <input type="checkbox"/> ギブス <input type="checkbox"/> シーン <input type="checkbox"/> ギブスシャーレ <input type="checkbox"/> 副木 <input type="checkbox"/> その他 ()
	常時（入浴時を除く）固定していた期間 (YYYY/MM/DD) : ~
	固定部位が手指・足指の場合、関節（手首・足首）の固定を含みますか？ <input type="checkbox"/> いいえ（指のみ） <input type="checkbox"/> はい（関節を含む）
治療状況	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 治療中止 <input type="checkbox"/> その他 ()
後遺障害見込み	<input type="checkbox"/> 残存見込みなし <input type="checkbox"/> 残存見込みあり（医師から後遺障害残存について説明を受けている）⇒ 以下に詳細を申告ください
後遺障害について申告欄	

治療歴に関する申告欄

治療歴の有無	発症日直前 12 か月以内に本件傷病と因果関係のある疾病について医師の治療を受け、また医師の処方に基づく服薬をしていましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
--------	--

※既往症や関連する疾病の治療歴がある場合、診断書の提出を依頼する場合がございます。

運転資格申告欄 ※運転中の事故の場合のみ

運転免許証（事故時点で有効なもの）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有効期限 (YYYY/MM/DD)	
-------------------	---	-------------------	--

※内容によって免許証の提示を依頼する場合がございます。

署名

被補償者 電子署名欄

※電子署名が利用できない場合は、用紙を印刷し、治療を受けられた方が署名し署名日を記入してください。

個人情報について

◆弊社の個人情報お取り扱いについて（詳細については、当社ホームページ（<https://www.chubb.com/jp>）をご覧ください。）

- 【利用目的】 保険金のご請求時に弊社が取得する個人情報は、保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等）・保険引受判断・各種サービスの提供等のために利用します。保険事故の関係者（修理工場、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、国内外の再保険引受会社、その他必要な関係先に対して提供することがあります。
- 【第三者提供】 主に以下の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供致しません。
 - ・法令等に基づく場合
 - ・人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき
 - ・保険業務の遂行上必要な範囲で、保険代理店を含む委託先に提供する場合
 - ・国等への税務関係書類作成事務に関し、契約者ならびに被保険者・受取人等の関係者に対し、保険事故内容通知が必要な場合
- 【機微（センシティブ）情報】 個人情報保護法に規定するセンシティブ情報については、保険業の適切な業務運営を確保する必要があるとき等においては、業務遂行上必要な範囲で取得、利用または第三者提供をすることがあります。
- 【情報交換制度】 保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険金請求を防止するため、他の損害保険会社等との間で個人データを共同利用することがあります。詳しくは一般社団法人日本損害保険協会のホームページ（<https://www.sonpo.or.jp>）をご覧ください。

申告内容について事実と相違ないことを確認し、上記に同意のうえ、保険金を請求します。

請求日
(YYYY/MM/DD)

入力が完了したらボタンを押してください（メールが立ち上がります）

※使用端末等によりメーラーが起動しない場合は、入力または印刷した PDF を添付し下記メールアドレス宛に送信ください

e-mail: JP.PA.seikyu@chubb.com

電子署名は Acrobat Reader を利用ください。方法は以下を参照ください。

<https://helpx.adobe.com/jp/acrobat/kb/cq07131410.html>



請求する

Chubb 損害保険株式会社