

保 険 金 請 求 書

下記内容および添付する関係書類の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金の請求をしますので、下記指図の通りお支払いください。なお、下記口座への振込をもって保険金の支払いが成されたものと認めます。また、下記保険金請求者欄の署名・捺印をもって、貴社の「個人情報の取扱いについて」の内容に同意したものとします。

① 保険金請求者（保険金受取人）欄

保 険 金 請 求 者	〒	—	証券番号												
	ご住所：														
	TEL：														
	ご請求者名：印														

② 保険金の振込先 欄 保険金受取人様名義の口座をご指定ください。

振 込 先	口座名義	フリガナ														
		ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	銀行 農 協 信用金庫 労働金庫 信用組合 支 店 営業部 本 店 出張所													
			店 番 号			種 目（一方に○印）			口 座 番 号							
			—			普 通 当 座										
			ゆうちょ銀行	通 帳 記 号			通 帳 番 号									

③ 事故発生状況 欄 病気の場合は、ご記入いただくなくて結構です。

事 故 発 生 状 況	事故発生日時：	年	月	日（	曜日）	午前 午後	時	分頃
	事故発生場所：	都 道 府 県	区 市 町 村					
	事故発生状況：							

④ 同意書 欄

※切りとらずにそのままご提出ください。

ご請求者様（保険金受取人様）にて下記の同意書にご署名・ご捺印をお願いいたします。  
（併せて、被保険者様との続柄をご記入ください。）

同 意 書	請求内容につき了承し、被保険者の診療に従事した医師または医療機関が、貴社（貴社の委託する者を含む）に、被保険者の健康状態について知り得た事実に関する記録を提供しても異議を申しません。また、本書の複写も同様の効力があることを了承します。														
	株式会社きずな少額短期保険 御中														
	住所：										ご提出日：年 月 日				
	氏名（自署）：印										被保険者様との続柄：				