

# 全国町村等職員 任意医療保険

## 給付金請求手続きのご案内

このたびはご傷病の由をうけたまわり、心からお見舞い申し上げます。  
さて、給付金請求関係書類をお届けいたしますので、当ご案内をよくお読みのうえ、請求必要書類をご提出くださいますようお願いいたします。

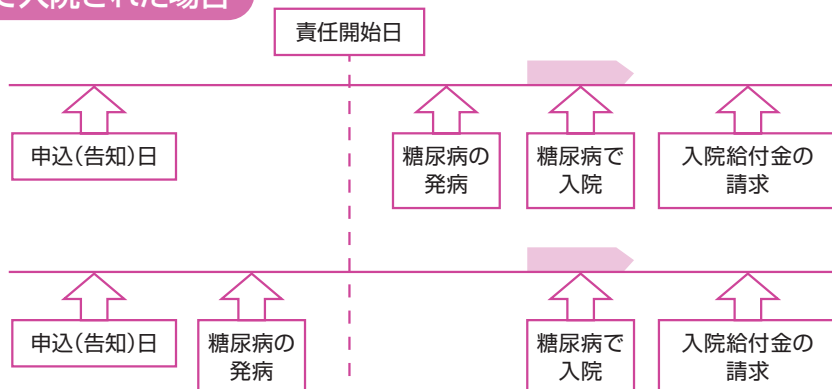
### ご請求前にご確認ください

- ◆給付金のお支払いは責任開始日以後に生じた傷病が対象です。
- ◆責任開始日以後2年間は、責任開始日以後に入院・手術をされましても、責任開始日前の傷害・疾病（既往症等）が原因と判断された場合は、ご請求時期にかかわらずお支払いの対象とはなりません。

#### 責任開始日から2年以内に「糖尿病」で入院された場合

##### ○ お支払いの対象となる場合

- ・責任開始日以後に発病した「糖尿病」により入院された場合



##### × お支払いの対象とならない場合

- ・責任開始日より前に発病した「糖尿病」により入院された場合

#### 給付金のご請求に際して . . . 2ページ

ご請求に必要な書類やご注意いただきたい点等を記載していますので、必ずご覧ください。

#### 『給付金請求書』の記入見本 . . . 4ページ

『給付金請求書』への記入にあたっては、当記入見本をご確認ください。

#### 当社からの 照会・確認 について

保険金・給付金のご請求内容等の確認のため、当社職員または当社で委託した者が、契約者・被保険者・受取人・被保険者を診療した医師等に、病状や診療状況等を照会・確認させていただくことがあります。  
(上記照会・確認を妨げたり応じなかったときは、当社はその間は保険金・給付金をお支払いできません。)

# 給付金のご請求に際して

## I. ご請求に必要な書類について

- ご請求に際しては、以下の印のついている書類をご提出ください。(●：必ずご提出が必要な書類 ○：場合によりご提出が必要な書類)  
なお、状況に応じて、これ以外の書類をご提出いただく場合や必要書類を省略いただける場合がございます。
- 診断書等の各種証明書は、原本をご提出ください。ただし、コピーの欄外に「原本からのコピーに相違ありません」と記載し、「団体名」「団体長役職名および氏名」「団体届出印」を記載・押印いただいた場合は、原本証明された書類として、当書類を原本としてお取扱いいたします。
- 戸籍謄(抄)本、印鑑証明書等の公的証明書は、原本以外にコピー(原本証明は不要)でもお取扱いいたします。

書類名	請求種類	入院給付金	手術給付金	放射線治療給付金
給付金請求書		●	●	●
各種証明書	当社所定の入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)	○	○	●
	当社所定の治療内容報告書	○	○	
	医療機関発行の領収証(診療明細書)(コピー)	○	○	
	不慮の事故を証明する書類(当社所定の事故状況報告書)	○	○	

※入院療養給付金につきましては、入院給付金の請求書類にてご請求いただけます。

## ご注意ください点(補足説明)

### 【注1】当社所定の『入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)』について ○以下の条件に1つでも該当する場合は当社所定の診断書が必要となります。

治療の時期について	・病気を原因として、加入(※1)から2年以内に入院・手術をした(※2)。	<input type="checkbox"/>
入院について	・以下のア・イの両方に該当する。 ア. 31日以上継続して入院をした。 イ. 入院給付金額(入院日額×入院日数)(※3)が10万円超である。	<input type="checkbox"/>
	・請求時点で入院中である。	<input type="checkbox"/>
	・医療機関発行の領収証に入院期間の記載がない。	<input type="checkbox"/>
	手術について	・1回の入院中に手術を2回以上(※4)受けた。
	・先進医療または放射線治療を受けた。	<input type="checkbox"/>
	・医療機関発行の領収証に手術料の記載がない(※5)。	<input type="checkbox"/>

1つでも  
該当する場合  
当社所定の  
診断書が必要  
となります。

(※1) 加入とは、責任開始日(増額責任開始日を含む)のことをいいます。

(※2) 不慮の事故を原因とした入院・手術は、加入(※1)から2年以内でも、上記の他の条件に1つも該当しない場合は、「治療内容報告書」でご請求いただくことが可能です。

(※3) 入院療養給付金や手術給付金は含みません。

(※4) 同日に複数の手術を受けられた場合は1回とみなします。

(※5) 労災保険や自賠責保険等の対象となる場合等、健康保険の適用外となるため領収証に手術料(点数または金額)の記載がない場合となります。

上記のいずれにも  
該当しない場合

『入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)』に代わり、請求人で自身にご記入いただく『治療内容報告書』と「医療機関発行の領収証(コピー)(※)」をあわせてご提出いただくことでご請求いただけます。

(※) 領収証等に健康保険証の記号・番号、保険者番号の記載がある場合は、黒く塗りつぶしてください。

※なお、ご提出いただいた『治療内容報告書』にてお支払可否が判断できない場合には、当社所定の『入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)』をご提出いただく場合があります。

- ◆公益財団法人 日本骨髄バンク(以下、日本骨髄バンク)を通じて骨髄ドナーとして骨髄幹細胞の採取術を受けられた場合は、入院・手術給付金のご請求にあたり、『入院・手術・3大疾病等診断書(証明書)』に代えて、日本骨髄バンクが発行する『証明書(骨髄バンクドナー給付用)』でご請求いただける場合があります。(詳しくは団体の保険事務担当者または当社までご相談ください。)

### 【注2】不慮の事故による給付金をご請求の場合は以下の書類についてもご提出ください。

- ・交通事故による場合
  - ①当社所定の『事故状況報告書』
  - ②自動車安全運転センター発行の「交通事故証明書のコピー(※)」

(※)「入院日数20日未満」かつ「退院後の請求」の場合は提出不要です。
- ・交通事故以外による場合
  - ①当社所定の『事故状況報告書』

## II. 送金方法について

口座振込といたします。『給付金請求書』の「受取人口座指定欄」には受取人本人名義の口座をご記入ください。ゆうちょ銀行をご指定の場合は、総合口座(振替口座開設済)のみ取扱可能です。

### Ⅲ. その他留意事項

#### ◆主たる被保険者がお亡くなりになられている場合

給付金の受取人は主たる被保険者がお亡くなりになられた時点での法定相続人となります。

《戸籍謄（抄）本等のお取寄せについて》

- ・被保険者と筆頭順位となる受取人との関係および被保険者の死亡の事実が分かる被保険者の戸籍謄（抄）本をご提出ください。  
※住民票（マイナンバー（個人番号）が記載されていないもの）をご提出いただくことにより、戸籍謄（抄）本の提出を省略いただける場合があります。

《筆頭順位の受取人が複数となる場合について》

- ・受取人全員の協議により代表受取人を選定いただき、その代表受取人からご請求ください。この場合、当社所定の『代表受取人選定に関する申出書』【注3】をご提出ください。
- ・ご提出いただく書類（戸籍謄（抄）本、本人確認書類【注4】）と当社所定の『代表受取人選定に関する申出書』に記載いただく人数は、お支払金額によって異なります。（詳細は以下の表をご確認ください。）
- ・ただし、当社が権利者全員の意思を確認する必要があると判断した場合には、受取人全員から書類をご提出いただくことがありますので、ご了承ください。

お支払金額	「代表受取人選定に関する申出書」【注3】に記載いただく人数	提出書類
100万円未満	提出不要 (受取人1名で手続き可)	①受取人1名について権利者であることを確認できる「戸籍謄（抄）本」 ②受取人1名の「本人確認書類」【注4】
100万円以上 1,000万円未満	代表受取人を含めて2名	①受取人2名について権利者であることを確認できる「戸籍謄（抄）本」 ②受取人2名それぞれの「本人確認書類」【注4】

#### ご注意ください（補足説明）

【注3】 代表受取人と受取人が各自自署のうえ、必要に応じて押印してください。

【注4】 受取人の本人確認書類は、「運転免許証（運転経歴証明書）のコピー」・「パスポート（旅券番号の記載があるページ）のコピー」・「マイナンバーカード（顔写真がある面）のコピー」のいずれかとなります。

- ・「運転経歴証明書」を除きいずれも有効期間中のものをコピーのうえ、ご提出ください。
- ・「運転免許証（運転経歴証明書）のコピー」のご提出にあたり、住所・氏名変更をされている場合は両面のコピーをご提出ください。
- ・「運転免許証（運転経歴証明書）」「パスポート」「マイナンバーカード」をお持ちでない場合は、「印鑑証明書（当社受付時点で発行後3カ月以内のもの）」をご提出のうえ、『代表受取人選定に関する申出書』（受取人1名の場合は請求書）に印鑑証明書と同一印を押印いただくことでもお取扱い可能です。

#### ◆受取人が未成年の場合

団体の保険事務担当者または当社までご相談ください。

#### ◆海外渡航中に給付金のお支払事由が発生した場合

■海外における入院・手術等の給付金のご請求に際しては前述の「ご請求に必要な書類」に加えて以下の書類をご提出ください。

- ・現地病院で発行された当社所定の『入院・手術等診断書（証明書）（海外用）』（原本）
- ・上記『入院・手術等診断書（証明書）（海外用）』の翻訳文（コピーでも可）
- ※翻訳文については団体名・団体印、または翻訳者の署名・押印・勤務先（役職）等【団体従業員・日本大使館職員等】を記載したもの。
- ※当社所定以外での現地病院で発行された「診断書」にてご請求の際は、必要項目の記載がない場合、再度お取寄せをお願いすることがあります。
- ※海外でのご入院の場合、『治療内容報告書』でのお取扱いはできません。必ず上記記載の『入院・手術等診断書（証明書）（海外用）』にてご請求ください。

#### ◆お手続き書類のお取寄せについて

■お手続き書類のお取寄せにかかる費用はお客様のご負担となりますのであらかじめご了承ください。

ただし、以下項目全てに該当した場合、診断書（原本）1枚につき、一律5,500円を当社が負担いたします。

- ・1回のご請求手続きにおいて、給付金を全くお支払いできなかった場合
  - ・ご提出いただいた「診断書」が、当社所定の用紙かつ原本の場合  
※上記2点に加え、その他当社所定の要件を満たすことが必要です。
- <留意事項>
- ・請求書に記載されている受取人口座への送金となります。
  - ・ご提出いただいた「診断書（原本）」は返却いたしません。
  - ・お客様がご請求を取下げられた場合等、お支払いできない場合がございます。

#### ＜ご提出にあたって＞

必要書類のご提出にあたり、戸籍謄（抄）本等に記載されたすべての方に、『ご提出いただく個人情報の当社および契約者（団体）の利用目的については当社ホームページにて公表していること』をお知らせください。

1. 契約者は、給付金・保険金の請求に伴って、本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報（以下、「個人情報」といいます。）を本保険の事務手続きのために使用し、保険契約を締結する生命保険会社（共同取扱会社を含みます。以下同じ。）へ提出します。
  2. 生命保険会社は、取得した個人情報を、この保険契約の支払査定、各種保険契約の引受・支払査定を含む生命保険制度の健全な運営のために利用（注）し、契約者、他の生命保険会社および再保険会社、委託先事業会社に上記目的の範囲内で提供します。
  3. 引受生命保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受生命保険会社に提供されます。
  4. 本件給付金・保険金の請求（支払査定）に伴って、提出いただいた「診断書・領収証等」ならびに「告知事項（健康状態）」について、生命保険会社が、診断書・領収証等を作成した医師（医療機関を含む）ならびに契約者等へ確認する場合があります。また、生命保険会社が事実の確認を行う場合には、関係者（医療機関関係者を含む）等に対し、被保険者の保険請求に関する説明（治療・検査等に関する説明）を求めることがあります。
- （注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、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。

【悪性新生物にかかわる請求についての留意点】

悪性新生物にかかわる給付金をご請求いただく際には、以下の点にご注意ください。

- ・被保険者への病名告知が行われておらず、被保険者が受取人となっている場合であっても、約款に基づく給付金をお支払いします。
- ・被保険者への病名告知の有無にかかわらず、被保険者を含む関係者に対し、被保険者の病状等、保険請求に関する事実の確認を行うことがあります。

全国町村等職員 任意医療保険 給付金請求書

裏面あり (第10号様式の2)  
ニッセイ提出用

全国町村会長殿  
(幹事会社) 日本生命保険相互会社 行

貴社約款の規定により、以下契約の給付金を請求します。  
請求書4ページ記載の「個人情報の取扱」について同意します。

【ご注意】

○任意生命保険の死亡（高度障がい）保険金を同時に請求される場合は、死亡（高度障がい）保険金請求書を同時に提出してください。

記入日 (和暦) △年○月×日

加入団体名 **ニッセイ町役場** 届出印 **ニッセイ町役場**

団体長 役職・氏名 **町長 日生 一郎**

団体記入欄	記入番号 (900) 95060	支部	1	2	3	4	5	6	7	0	0	被保険者番号(右づめ)	8	9	1	0	被保険者氏名	フリガナ ニッセイ ハナコ	日生 花子
-------	------------------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------------	---	---	---	---	--------	---------------	-------

受取人住所 (送金連絡先) **大阪府 大阪市 中央区 今橋 ○○** 電話番号 **1234 - 5678**

受取人氏名 **日生 太郎** 性別 **男性** 生年月日 **56年 7月 8日**

フリガナ **セイワ** 支店名 **大阪** (支)店 出張所

フリガナ **オオサカ** 支店名 **大阪** (支)店 出張所

口座番号 (右づめでご記入ください) **1234123** 口座名義人 **ニッセイ タロウ**

通帳記号 **10** (右づめ) 通帳番号 **1** 貯金者名 **ニッセイ タロウ**

～留意点～  
 ・記入項目は黒ボールペンではっきりとご記入ください。(鉛筆・消しペンは使用しないでください。)  
 ・受取人住所欄にご記入の住所に「送金のご案内」を送付いたします。  
 ・受取人口座指定欄は、受取人本人名義の口座をご指定ください。  
 ・配偶者・子どもの給付金請求の受取人は、主たる被保険者となります。(受取人口座指定欄は、主たる被保険者の口座をご指定ください。)  
 ・記入欄の訂正は、二重線で抹消のうえ記入箇所付近に訂正署名してください。ただし、本人確認書類が印鑑証明書の場合は、訂正印(印鑑証明書の印)を押してください。

ご家族同意欄

◆ご家族の給付金を請求される場合  
請求書4ページ記載の「個人情報の取扱」について同意のうえ、請求対象となる配偶者・子ども(成人のみ)本人が自署してください。

フリガナ **ニッセイ ハナコ**  
被保険者ご自身が自署してください。

氏名 **日生 花子**

ニッセイ処理欄

受付日 (和暦)	年	月	日
担当者	(所属・氏名)		
	部	支社	

受付印

2021.7 K21-156

**A** 当社にお届けの印鑑を押印してください。

**B** 家族区分欄には、主たる被保険者様と被保険者様(ご家族の方)の続柄に対応した数字を記入してください。

**C** 印鑑証明書提出の場合は、印鑑証明書の印を押印してください。提出されない場合は押印不要です。

**D** 受取人記入欄は、受取人様ご自身(主たる被保険者様)が記入・必要に応じて押印してください。

**E** 受取人様ご本人(主たる被保険者様)の口座を指定してください。

**F** 被保険者様ご自身(ご家族の方)が自署してください。



# 全国町村等職員 任意医療保険 給付金請求書

裏面あり (第10号様式の2)

ニッセイ提出用

## 全国町村会長殿

(幹事会社) 日本生命保険相互会社 行

記入日 (和暦) 年 月 日

貴社約款の規定により、以下契約の給付金を請求します。  
請求書4ページ記載の「個人情報の取扱」について同意します。

加入団体名	届出印 
団体長 役職・氏名	

### 【ご注意】

○任意生命保険の死亡(高度障がい)保険金を同時に請求される場合は、死亡(高度障がい)保険金請求書を同時に提出してください。

← 本人…00 配偶者…10 子ども…21~29

団体記入欄	記証券番号	支部	団体コード	枝番	被保険者番号(右づめ)	家族区分	被保険者氏名
	(900) 95060						フリガナ

◎請求書4ページ記載の「個人情報の取扱」について同意します。(請求書4ページを必ずご確認ください。ご記入・必要に応じて押印してください。)  
◎主たる被保険者の死亡後の請求かつ受取人が複数となる場合は、代表受取人以外の受取人が反社会的勢力と関係を有していないことを確認しています。

受取人住所 〔送金連絡先〕	フリガナ (〒 - )	電話番号	( ) - -	印鑑証明書提出の場合は、印鑑証明書の印を押印してください。提出されない場合は押印不要です。
	フリガナ	性別	(男性) (女性)	
受取人氏名	フリガナ	生年月日	(大正) (昭和) (平成) (令和)	年 月 日
金融機関	フリガナ	支店名	(銀行) (農協) (信用金庫) (信用組合) (労働金庫)	フリガナ (支)店 出張所
	預金種目	普通(総合)	口座番号(右づめ)	カタカナでご記入ください
口座指定欄	総合口座(振替口座開設済)の通帳記号(5桁)・番号(8桁)をご記入ください。 ※通帳ご利用欄の「振替口座開設」に○印があることをご確認ください。○印がない場合は送金口座に指定できません。			カタカナでご記入ください
	通帳記号	(5桁の数字をご記入ください)	通帳番号(右づめ)	(8桁の数字をご記入ください)
ゆうちょ銀行	1 0		1	貯金者名

### ～留意点～


- 記入項目は黒ボールペンではっきりとご記入ください。(鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。)
- 受取人住所欄にご記入の住所に「送金のご案内」を送付いたします。
- 受取人口座指定欄は、受取人本人名義の口座をご指定ください。
- 配偶者・子どもの給付金請求の受取人は、主たる被保険者となります。(受取人口座指定欄は、主たる被保険者の口座をご指定ください。)
- 記入欄の訂正は、二重線で抹消のうえ記入箇所付近に訂正署名してください。ただし、本人確認書類が印鑑証明書の場合は、訂正印(印鑑証明書の印)を押してください。

### ご家族同意欄

◆ご家族の給付金を請求される場合  
請求書4ページ記載の「個人情報の取扱」について同意のうえ、請求対象となる配偶者・子ども(成人のみ)本人が自署してください。

フリガナ	被保険者ご自身が自署してください。
氏名	
名	

### ニッセイ処理欄

受付日	(和暦) 年 月 日
担当者	(所属・氏名) 部 支社 

受付印	
-----	--



## 他に給付金・保険金をお受取りいただける可能性がございます

### 【事例①】 疾病や不慮の事故が原因で入院をされた場合



A病院にて入院の後、B病院へ転院した。その後経過良好につきB病院を退院した。

お受取りいただける可能性のある給付種類



入院給付金 (A病院)

入院給付金 (B病院)

#### ＜ご確認いただきたい点＞

- 疾病や不慮の事故が原因で2日以上入院をされた場合、入院給付金をお受取りいただける可能性がございます。
- ⇒転院により複数の病院で入院された場合、すべての入院期間ではなく、最後に入院された病院（上記事例ではB病院）での入院期間についてのみ入院給付金をご請求いただくケースがみられます。転院前の病院（上記事例ではA病院）での入院期間（2日以上入院）についても入院給付金をお受取りいただける可能性がございますので、お支払事由への該当有無についてご確認ください。

### 【事例②】 手術をされた場合



入院を伴わない手術は受取りの対象にならないと思い、手術給付金の請求をしなかった。

お受取りいただける可能性のある給付種類



手術給付金

#### ＜ご確認いただきたい点＞

- 入院期間を問わず、「公的医療保険制度」の対象となる手術を受けられた場合には手術給付金をお受取りいただける可能性がございます。お支払事由への該当有無についてご確認ください。

### 【事例③】 他にご加入されている企業保険がある場合

#### ＜ご確認いただきたい点＞

- 他にご加入の契約で、ご請求の対象となる給付金・保険金はありませんか。
- 給付金・保険金のご請求は、契約ごとに必要です。ご請求時には他の契約への加入有無についてご確認ください。

上記内容は、給付金・保険金を適切にお受取りいただくためにご確認いただきたい代表的事例をあげたものです。給付金・保険金のお受取りについては所定の要件を満たす必要がありますので、保障内容の詳細は加入勧奨パンフレット等をご確認ください。