

# 保険金・給付金等請求書

S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛

貴社保険約款の規定により下記契約に基づき、「個人情報のお取扱いについて」の内容に同意の上、保険金・給付金等を請求します。

なお、下記被保険者と請求者が異なる場合、個人情報の取扱いについて被保険者の同意を得て請求しています。

下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。

本件について、受取人（請求権者）が全責任を負い、貴社に対して一切迷惑をかけません。

本請求の支払金は受取人（相続人を含む）全員から請求し受領すべきですが、受取人が複数である場合も代表者である私に支払ってください。本件について、後日利害関係者から異議申し立てがあった場合、私が全責任を負い貴社に対して一切迷惑をかけません。

本請求の被保険者が主たる被保険者の子の場合、子は当該契約の被保険者となることに同意しています。

[illegible]

記入日		令和		年		月		日	
保険証券 番号	第	9	X	X	X	X	X	X	号
	第	9	R	R	R	R	R	R	号
	第	9	R	R	R	R	R	R	号
	第	9	R	R	R	R	R	R	号
被保険者	フリガナ 30XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX								
	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX								様
支払明細書等送付先		18XXXXXX40XXX 45XXX							
8XXXXXXXXX 8XXXXXXXXX 8XXXXXXXXX				-			フリガナ  都・道 府・県		
希望連絡先		電話番号		( )	日中連絡先(携帯番号)		( )		
受取人名		44XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX							5XXXXX 4XXXXX
印字の受取人名を ご記入ください。		フリガナ  (自署) 様							印
受取人 (請求権者) 氏名									
生年月日・性別		昭和	平成	令和	2X年	2X月	2X日	男性	女性
被保険者からみた続柄		本人	配偶者	親	子	法人	その他	( )	
受取人（請求権者）が未成年の場合や後見人が選任されている場合は、下記の欄にもご記入ください。									
親権者・後见人 氏名		フリガナ 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 44XXX (自署) 18XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 様							
受取人からみた続柄		配偶者 XXXX 母子 XXXX その他 XXXX )							

**4** 8 X  
**5** 5 XXXXXXXXXXXXX XX XX XXXXXXXXXXXXXXXX XX XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

[illegible]

受付番号 7XXXXXX

必ず右面もご確認のうえ、該当する場合は、ご記入ください。

1. 今回のご請求内容等についてご記入ください。

請求内容	保険金・年金	給付金	その他
	死亡保険金 高度障害保険金 等	入院給付金 手術給付金 等 先進医療給付金	保険料払込免除 等 ( )

<p>収入保障保険・特約、連生収入保障保険、こども保険（養育年金）、メンタル疾患保障付七大疾病保障特約、総合生活障害年金特約によるご請求の場合のみ、右記の受取方法を選択してください。</p>	<p>いずれかを選択してください。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">年金受取</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">一括受取</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; text-align: center;">一部一括受取</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="margin-left: 10px;">万円</div> </div>	<p>・リビングニース特約 ・介護前払特約</p> <p>によるご請求の場合 <u>のみ</u></p> <p>金額をご指定ください。</p> <p style="text-align: center;">3000万円限度</p>	<p>いずれかを選択してください。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">全額</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">指定</div> </div> <p style="text-align: center;">ご契約は消滅します。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="margin-left: 10px;">万円</div>
---	---	---	--

2 おケガや不慮の事故を原因としたご請求の場合、受傷された時の状況などをご記入ください。

受傷の日時	年	月	日	午前	午後	時	分
受傷の場所 (住所など)							
受傷の 原因・状況 (詳細にご記入 ください)							
事故の場合 全項目ご記入 ください	運転中 同乗中 歩行中 その他〔 〕			飲酒 無 有	警察への届出 無 有	届出警察署名 署	
自動車・バイクを 運転中の場合 全項目ご記入 ください	免許証番号			免許証種別		免許証有効期限	
						年	月 日

取扱者・会社使用欄

取扱者受付日欄	
受付日	取扱者名（自署）
令和      年      月      日	

【注意】お客さまに請求書を渡した日付ではなく、受領した日付を必ずご記入ください。

会社送付日	会社到着日	本社受付日