

- ・黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンは使用できません。)
- ・記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消のうえ、押印がある場合は同一印で訂正印を押印、押印がない場合は訂正署名(フルネーム)してください。



口座番号	右詰めでご記入ください。 + <del>2 3 4 5 6 7</del> 1234555	口座番号	右詰めでご記入ください。 + 2 3 4 5 6 7 見本太郎1234555
------	---	------	--

**証券番号・契約者氏名等**  
証券番号・契約者氏名・被保険者氏名・請求の種類をご記入ください。  
\*請求の種類がご不明な場合は選択がなくとも問題ございません。

**お客さまに関する個人情報のお取扱いについて**  
「保険金・給付金ご請求ガイド」をご確認ください。

**SMSによる手続き完了の連絡**  
お手続き完了後等にお客さまにSMS(ショートメッセージサービス)でご連絡いたしますので携帯電話番号のご登録をお願いしております。  
\*サービスの詳細につきましては「保険金・給付金等請求お手続きのご案内」4ページをご参照ください。

リビングニーズ保険金のご請求の場合は、ご請求金額をご記入ください。

**お名前(自署)**  
必ず請求者(受取人)ご本人が自署ください。代筆・代理請求の場合は代筆者・代理人が請求者(受取人)のお名前、連絡先をご記入ください。請求者(受取人)が法人の場合は「法人名・代表者の役職名・代表者氏名」をご記入ください(ゴム印でも可)。

**代筆・代理請求の場合**  
代筆の場合は、こちらに代筆者のお名前、受取人との続柄、代筆理由をご記入ください。代理請求の場合は、こちらに代理人のお名前をご記入のうえ、代理人区分を選択してください。  
\*代筆は当社が認めた場合に限り可能です。

**被保険者 同意**  
法人契約・法人受取の場合は被保険者の自署が必要です。配偶者型の請求の場合は配偶者の自署が必要です。

**お受取り口座**  
必ず請求者(受取人)ご本人名義の口座をご記入ください。

**請求・同意印**  
印鑑証明書をご提出いただく場合は、証明書と同一の印を押印ください。法人の場合は、法人印を押印ください。

**STEP 3 保険金・給付金・保険料払込免除請求書**

FWD生命保険株式会社 御中 受付No. \_\_\_\_\_

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき「お客さまに関する個人情報のお取扱いについて」を確認・同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。なお、医療機関発行の書類の記載内容や入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関等に照会することを承諾します。被保険者と請求者(受取人)が異なる場合は、被保険者の同意を得たうえで請求しています。支払金がある場合、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。

記入日: XXXX年XX月XX日

証券番号: XXXXXXXXXXXX

契約者氏名: 見本太郎 様 被保険者氏名: 見本太郎 様

請求の種類: ①死亡保険金 ②特定疾病保険金 ③入院・手術給付金 ④保険料払込免除 ⑤その他

リビングニーズ保険金の場合の請求金額(3,000万円限度): \_\_\_\_\_ 円

住所: 〒XXXX-XXXX  
〇〇県〇〇市〇〇町99-99

フリガナ: ミホン タロウ

請求者(受取人)氏名(自署): 見本太郎 様 (印)

代筆・代理請求の方氏名(自署): \_\_\_\_\_ (印)

連絡先TEL: (XXX) XXXX-XXXX

SMSによる連絡: 希望しない 希望する

希望する場合は、携帯電話番号にお手続き完了等の連絡をSMSでお送りします。不要な場合のみO印をご記入ください。

右記の区分のいずれかを選択してください。  
親権者 成年後見人 後見人 指定代理人

代筆理由(代筆の場合): \_\_\_\_\_

被保険者 同意: 法人契約・法人受取の場合・配偶者型の請求の場合

氏名(自署) ※配偶者型・請求の場合は請求者様がご署名ください。

ご希望されるお受取り口座にO印をご記入ください。↓

送金方法・送金先: ゆうちょ銀行以外 ゆうちょ銀行

金融機関名: \_\_\_\_\_

科目: 普通(総合) 当座 貯蓄 口座番号: XXXXX-XXXX

通帳記号: 10 通帳番号: \_\_\_\_\_

7桁以内のときは右詰めでご記入ください。

お客さまからのメッセージ欄

※口座名義人について、ご記入がない場合は、受取人氏名と同一とします。科目について、ご記入がない場合は、「普通(総合)」としてお取り扱いいたします。ゆうちょ銀行の場合、通帳記号は5桁、通帳番号は8桁でご記入ください。ゆうちょ銀行はそれ以外の銀行より2営業日長くお時間を頂戴します。

受付日	OW	年月日	営業店受付印	本社受付印	書類完備日
取扱営業店	LA				
取扱代理店	BN				

\*21.Reb①PDF(V7575) ⑥

FWD生命保険株式会社 御中

受付No.

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき「お客さまに関する個人情報のお取扱いについて」を確認・同意のうえ、保険金・給付金等の支払を請求します。なお、医療機関発行の書類の記載内容や入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関等に照会することを承諾します。被保険者と請求者（受取人）が異なる場合は、被保険者の同意を得たうえで請求しています。支払金がある場合、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。

記入日  年  月  日

証券※ 番号				
契約者 氏名	様		被保険者 氏名	様
請求の 種類	① 死亡保険金 高度障害保険金	② 特定疾病保険金 リビングニーズ保険金	③ 入院・手術給付金 障害給付金 診断給付金	④ 保険料払込免除 ⑤ その他 ( )
リビングニーズ保険金の場合の請求金額(3,000万円限度)				万円

※一括請求は同一契約形態に限ります。

請求者 (受取人)	住所	〒 <input type="text"/>	連絡先 TEL	日中ご連絡が取れる電話番号をご記入ください。 ( ) - <input type="text"/>	
	フリガナ	<input type="text"/>		<input type="radio"/> 携帯電話 <input type="radio"/> ご自宅 <input type="radio"/> 勤務先	
代筆・代理 請求の方	氏名(自署)	<input type="text"/> 様 <input type="text"/> 印 <small>印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。請求・同意印</small> <small>代筆の場合、代筆者の氏名等を下段の欄にもご記入ください。</small>	SMSによる 連絡	<input type="radio"/> 希望しない <small>携帯電話番号にお手続き完了等の連絡をSMSでお送りします。不要な場合のみ○印をご記入ください。</small>	
	氏名(自署)	<input type="text"/> 様 <input type="text"/> 印 <small>印鑑証明書が必要な場合は、実印を押印ください。請求・同意印</small>	右記の区分の いずれかを 選択してください。	<input type="radio"/> 親権者 <input type="radio"/> 成年後見人 <input type="radio"/> 後見人 <input type="radio"/> 指定代理請求人	
被保険者 同意	氏名(自署) ※配偶者型の請求の場合は配偶者様にご署名ください。		代筆理由(代筆の場合)		
<small>法人契約・法人受取の場合・配偶者型の請求の場合</small>					

送金方法・ 送金先	ご希望される お受取り口座に ○印をご記入 ください。↓	口座 名義人	フリガナ <input type="text"/>			
	ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	金融 機関名	フリガナ <input type="text"/>		銀行	信用金庫
		科目	普通(総合)	当座貯蓄	口座番号	右詰めでご記入ください。
ゆうちょ銀行	通帳 記号	1	0	通帳番号	7桁以内のときは右詰めでご記入ください。	
<small>必ず受取人名義の口座を指定ください。</small>						
<small>※口座名義人について、ご記入がない場合は、受取人氏名と同一とします。科目について、ご記入がない場合は、「普通(総合)」としてお取り扱いいたします。ゆうちょ銀行の場合、通帳記号は5桁、通帳番号は8桁でご記入ください。ゆうちょ銀行はそれ以外の銀行より2営業日長くお時間を頂戴します。</small>						

お客さまからのメッセージ欄

※口座名義人について、ご記入がない場合は、受取人氏名と同一とします。科目について、ご記入がない場合は、「普通(総合)」としてお取り扱いいたします。ゆうちょ銀行の場合、通帳記号は5桁、通帳番号は8桁でご記入ください。ゆうちょ銀行はそれ以外の銀行より2営業日長くお時間を頂戴します。

受付日	OW	年月日	代理店受付日	営業店受付印	本社受付印	書類完備日
取扱営業店	LA	印	年月日			
取扱代理店	BN					



# 入院・手術・通院等証明書（診断書）

(提出先)FWD生命保険株式会社

1	氏名	カルテ番号( )	性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	生年月日	年 月 日
2	(ア)入院(手術)等の契機となった傷病名	ICD-10コード	診断確定日	年 月 日	傷病発生年月日	年 月 日
	(イ)(ア)の原因		年 月 日	年 月 日		
	(ウ)入院中に治療を行った合併症(入院加療の必要あり)		年 月 日	ウ. に対する入院中の治療期間 年 月 日～ 年 月 日		
3	治療期間	初診	年 月 日～ 年 月 日		<input checked="" type="radio"/> 終診 <input checked="" type="radio"/> 現在加療中	
	※入院算定のある日帰り入院を含みます	入院期間	第1回目	年 月 日～ 年 月 日	第2回目	年 月 日～ 年 月 日
4	前医又は紹介医	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	医師名	医療機関名	受療期間	年 月 日頃 年 月 日頃
5	発病(受傷)から現在までの経過をご記入ください。(いつ頃からどのような症状があったか、また、検査内容および検査成績、治療内容、経過等。)*悪性新生物の場合は、悪性新生物に対する治療内容を詳細にご記入ください。					
6	子宮頸部異形成の場合	コルポ組織診、術後病理検査等による CIN: <input checked="" type="radio"/> Ⅰ・ <input checked="" type="radio"/> Ⅱ・ <input checked="" type="radio"/> Ⅲ				診断確定日をご記入ください 年 月 日
7	病理組織学的検査	1. <input type="checkbox"/> あり 2. <input type="checkbox"/> なし				病理組織診断名をご記入ください 診断確定日をご記入ください 年 月 日
	上記以外の検査	① 細胞学的検査 ② 内視鏡検査 ③ CT-MRI ④ 腹部超音波検査 ⑤ その他( )				診断日 年 月 日
	種類	1. <input type="checkbox"/> 原発 2. <input type="checkbox"/> 再発 3. <input type="checkbox"/> 転移 4. <input type="checkbox"/> その他( )				診断結果 1. 上皮内癌・非浸潤癌 2. 浸潤性・その他
	TNM分類	①T( ) ②N( ) ③M( ) 大腸癌の深達度を選択(○)してください				1. M 2. SM以深
8	手術の種類	(1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術(含開心術)・胸腔鏡下手術 (4)開腹術・腹腔鏡下手術 (5)レーザー手術 (6)ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる手術・処置・治療(四肢・四肢以外) (7)経皮的 (8)経尿道的 (9)経腔的 (10)その他( )				
9	手術の内容	・筋骨関係の手術の場合( <input checked="" type="radio"/> 観血・ <input type="radio"/> 非観血 ) ・手指・足指の手術の場合MP関節を含めて中枢側に( <input checked="" type="radio"/> 及ぶ・ <input type="radio"/> 及ばない ) ・植皮術・筋皮弁術の場合( 25cm以上・25cm未満 ) ・口腔内の手術の場合、顎骨を( <input checked="" type="radio"/> 削っている・ <input type="radio"/> 削っていない ) ・筋・腱・靭帯に操作が( <input checked="" type="radio"/> 及ぶ・ <input type="radio"/> 及ばない ) ・穿頭術の場合( 新たな穿頭穴による・既存の穿頭穴を使用 )				
	手術の処置名	療点数	手術日	治療部位	備考欄	
	点滴注射(G004)の算定有無(熱中症の場合)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手術日	治療部位	備考欄	
9	急性心筋梗塞の場合	急性心筋梗塞の発病日(初診日)からその日を含めて60日以上、軽労働・産業以上の労働制限を必要としましたか? <input checked="" type="radio"/> 必要 <input type="radio"/> 不必要				
10	脳血管疾患の場合	脳血管疾患の発病日(初診日)からその日を含めて180日以上、あるいは60日以上、言語障害、運動失調、麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していませんか? <input type="checkbox"/> はい(180日以上) <input type="checkbox"/> はい(60日以上) <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、後遺症を記入してください。				
11	先進医療	1. <input type="checkbox"/> あり 2. <input type="checkbox"/> なし	治療の種類	特定承認医療機関となった承認日	年 月 日	
12	放射線治療および悪性新生物温熱療法(骨髄移植の前処置を含む)	照射部位	総線量	円	Gy	
13	通院	通院年月	2(ア)の傷病での通院治療日に○印をつけてください。(治療処置を伴わない薬剤・治療材料の購入や診断書受取のみの場合は含みません)			計
14	請求意思能力	傷病者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できると思われませんか? <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない				
	既往症	(有の場合、病名・医療機関名・治療期間などおわかりになればご記入ください)				
	病名	( ) (当院) ( ) (科) (他院) ( ) (病院)				
上記のとおり証明します						
病院または診療所の所在地 名称および科名 電話番号 医師氏名						

【お願い】追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記箇所証明印による訂正印を押印ください。封筒に封入・封緘のうえご提出ください。

必ず証明印を押印ください(原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印)

LIAJ038-A03-202503 '25.03①40,000 (W8312) TE

# 当社への返送について

返信用封筒を線にそって切り取っていただき、お手持ちの封筒の表面にはがれないように貼り付けてください。この方法でご送付いただいた場合、送料につきましては当社の負担とさせていただきます。

(ご送付いただける郵便の種類)  
第一種郵便(封書)

(内容)  
定形郵便物(長さ14〜23.5cm、幅9〜12cmの長方形で、厚さが1cmまでのもの)の中で重量が50gまでの郵便物。

(ご注意)

ご送付いただく前に今一度内容物をご確認ください。  
封筒から剝がれないようしっかりと糊付けください。

				
料金受取人払郵便				
5 3 0 - 8 7 9 0				
2 2 4				
(定形郵便物)				
<table border="1"><tr><td>大阪北局</td></tr><tr><td>承認</td></tr><tr><td><b>817</b></td></tr></table>		大阪北局	承認	<b>817</b>
大阪北局				
承認				
<b>817</b>				
差出有効期間 2027年10月 31日まで (切手不要)				
大阪市北区大深町3-1 グランフロント大阪タワーB FWD生命保険株式会社 保険金部 行				
<table border="1"><tr><td><b>重要</b></td><td>保険金・給付金請求書類在中</td></tr></table>		<b>重要</b>	保険金・給付金請求書類在中	
<b>重要</b>	保険金・給付金請求書類在中			
				
差 出 人	ご住所			
	お名前			
FWD				