

- ・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。 + 2 3 4 5 6 7 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): _____ 万円

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 指定代理請求人

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。

希望されるお受取り口座にO印をご記入ください。ゆうちょ銀行以外の金融機関

フリガナ: ミホン タロウ

フリガナ: 〇〇〇〇〇〇

科目: 普通(総合) 当座 貯蓄

通帳記号: 1 0 通帳番号

お客さまからのメッセージ欄

受付日	OW	取扱営業店	LA	取扱代理店	BN
-----	----	-------	----	-------	----

*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。

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	〒 _____	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。 (_____) - _____ 携帯電話 ご自宅 勤務先	
	フリガナ	_____	SMSによる 連絡	希望しない <input type="radio"/> 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。	
代筆・代理 請求の方	氏名(自署)	_____ 様 <input type="checkbox"/>	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 指定代理請求人	
	フリガナ	_____ 様 <input type="checkbox"/>	代筆者	受取人との続柄 (_____)	
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をご署名ください。			代筆理由(代筆の場合)	
法人契約・法人受取の場合・ 配偶者型の請求の場合					

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 _____			
	ゆうちょ銀行 以外 の 金融機関	金融 機関名	フリガナ _____			支店名
		科目	銀行	信用金庫	農協	信用組合
ゆうちょ銀行	通帳 記号	普通 (総合)	当座 貯蓄	口座番号	右詰めでご記入ください。	本店 支店 出張所
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。			

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	_____	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	_____	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	傷病発生年月日	いずれかに○印をしてください																												
	(イ)(ア)の原因		年 月 日	年 月 日	医師推定 患者申告																												
	(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																											
			3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」をご記入ください(入院中の場合は「現在入院中」と付記ください)																														
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: ①・②・③				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.□あり 2.□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.□原発 2.□再発 3.□転移 4.□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()																															
手術の内容	・筋骨関係の手術の場合(観血)・非観血) ・手指・足指の手術の場合 MP関節を含めて中枢側に(及ぶ)・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(削っている)・削っていない) ・筋・腱・靭帯に操作が(及ぶ)・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)																																
手術および処置名	療点数区分	手術名	手術日	治療部位	備考欄	3回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等をご記入ください。																											
		点滴注射(G004)の算定有無(熱中症の場合)	□あり □なし	初回実施日(点滴注射ありの場合)	年 月 日																												
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.□あり 2.□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																												
		治療の実施日	年 月 日～ 年 月 日	実施回数(回)	受療者が負担すべき先進医療の「技術料」のみをご記入ください 円																												
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 Gy																														
		区分	M	定位照射	密封小線源	温熱療法 (その他)()																											
		期間	開始	年 月 日～ 終了 年 月 日																													
13	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			
	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	日
	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	日
	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	日
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? □できる □できない																															
15	既往症	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	(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																											
		(入院)(通院)	手術	(有)	(無)	年 月 日頃～ 年 月 日頃まで																											
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				印																											
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

- ・事故やケガによるご請求の場合は、必ずご提出ください。
- ・被保険者又は受取人ご本人がご記入ください。
- ※被保険者又は受取人がご記入できない場合は、ご家族あるいは事故を証明できる方がご記入ください。
- ・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。)
- ・記入内容を訂正されるときは、二重線抹消のうえ、訂正署名(フルネーム)してください。



ご記入いただく方(受傷者ご本人または請求者さま)がご署名ください。

記入する日をご記入ください。

まず、オレンジ色の欄をご記入ください。該当しない項目は記入不要です。

他の生命保険・損害保険のご加入の有る場合は会社名をご記入ください。

つぎに、青色の欄に事故の詳細な状況をご記入ください。

交通事故の場合は、緑色の欄もご記入ください。

運転免許証のコピーを提出いただければ、点線で囲った箇所は記入は不要です。

STEP 3 事故状況報告書

FWD生命保険株式会社 御中
下記のとおり事故状況を報告します。

記入日 2021年 9月 11日

記入者	氏名	見本 花子	受傷者との関係	(本人) その他→()
	住所*	大阪市北区大深町3-1 グランフロント大阪タワーB	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。 06-7223-4070

*請求者と同じ場合は住所、電話は記入不要です。

受傷者	見本 花子	生年月日	1980年 5月 5日生
職業	会社名	職務内容	事務
欠勤期間	2021年 6月 3日 から 2021年 6月 12日まで		労災保険の適用
他社加入	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 生命保険 ○○生命保険		損害保険等

事故発生日時	2021年 6月 1日(火曜日)	(午前・午後)	8時10分頃
事故発生場所	住所	大阪市北区大深町1-1	
	路上(道路名)	付近	その他()
警察への届出	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	2021年 6月 2日	芝田署() 派出所へ届出済

原因・経緯 前方にトラックが停車していたため 車線変更しようとしたところ、後方より 直進してきた原付バイクと接触した。	状況図
--	---------

飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	種類	飲んだ量	時間	(午前・午後)	時頃～	時頃まで
現場目撃者	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	氏名	見本 太郎	受傷者との関係	停車していたトラックの運転手		

交通事故の場合は下欄にもご記入のうえ、交通事故証明書を添付ください。また、新聞記事がありましたら、あわせて添付ください。

事故時の行動	① 運転中	② 同乗中	③ 歩行中	④ その他											
運転していた車種	① 普通 ② 大型 ③ 中型 ④ 準中型 ⑤ 大型特殊 ⑥ 自動二輪(400cc) ⑦ 小型特殊 ⑧ 原付自転車(50cc以下) ⑨ その他()														
免許証の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	免許証番号	6 2 0 4 1 2 3 4 5 6 7 8												
免許交付日	2017年 8月 8日	免許有効期限	2022年 5月 5日 まで有効												
免許の種類	大型	中型	準中型	普通	大特	大自二	普通	小特	原付	牽引	大型二	中型二	普通二	大特二	牽引二

'21.Reb①PDF(V7578)⑧



事故状況報告書

FWD生命保険株式会社 御中

記入日

年

月

日

下記のとおり事故状況を報告します。

記入者	氏名		受傷者との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 その他⇒()
	住所*		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。

*請求者と同じ方の場合には住所、電話は記入不要です。

受 傷 者		生年月日	年	月	日	生			
職 業	会社名		職務内容						
欠勤期間	年	月	日	から	年	月	日まで	労災保険の適用	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
他社加入	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	生命保険		損害保険等					

事故発生日時	年	月	日	(曜日)	<input checked="" type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後	時	分	頃	
事故発生場所	住所								
	路上(道路名)	付近	その他()						
警察への届出	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	年	月	日	署 (派出所)	へ届出済			
事故発生状況	原因・経緯				状況図				
	_____				_____				
	_____				_____				
	_____				_____				

飲酒	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	種類		飲んだ量		時間	<input checked="" type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後	時頃～	時頃まで
現場目撃者	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	氏名		受傷者との関係					

交通事故の場合は下欄にもご記入のうえ、交通事故証明書を添付ください。また、新聞記事がありましたら、あわせて添付ください。

事故時の行動	<input checked="" type="radio"/> ① 運転中	<input type="radio"/> ② 同乗中	<input type="radio"/> ③ 歩行中	<input type="radio"/> ④ その他											
運転していた車種	<input checked="" type="radio"/> ① 普通	<input type="radio"/> ② 大型	<input type="radio"/> ③ 中型	<input type="radio"/> ④ 準中型	<input type="radio"/> ⑤ 大型特殊	<input type="radio"/> ⑥ 自動二輪(cc)	<input type="radio"/> ⑦ 小型特殊	<input type="radio"/> ⑧ 原付自転車(50cc以下)	<input type="radio"/> ⑨ その他()						
免許証の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	免許証番号													
免許交付日	年	月	日	免許有効期限	年	月	日	まで有効	免許の条件等						
免許の種類	大型	中型	準中型	普通	大特	大自二	普自二	小特	原付	牽引	大型二	中型二	普通二	大特二	牽引二



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>817</td></tr></table>		大阪北局	承認	817
大阪北局				
承認				
817				
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>重要</td><td>保険金・給付金請求書類在中</td></tr></table>		重要	保険金・給付金請求書類在中	
重要	保険金・給付金請求書類在中			
				
差 出 人	ご住所			
	お名前			
FWD				