

- ・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。
~~1234567~~
 1234555

口座番号 右詰めでご記入ください。
~~1234567~~
 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																					
<p>FWD生命保険株式会社 御中 受付No. _____</p> <p>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。</p>																					
<p>記入日: XXXX年XX月XX日</p> <p>証券番号: XXXXXXXXXX</p> <p>契約者氏名: 見本太郎 様</p> <p>被保険者氏名: 見本太郎 様</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>住所: 〒XXXX-XXXX</p> <p>フリガナ: ミホン タロウ</p> <p>請求者(受取人)氏名(自署): 見本太郎 様 (印)</p> <p>代筆・代理請求の方氏名(自署): _____ 様 (印)</p> <p>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</p> <p>氏名(自署): _____ 様 (印)</p>																				
<p>希望されるお受取り口座に○印をご記入ください。ゆうちょ銀行以外の金融機関</p> <p>送金方法・送金先: 銀行 信用金庫 農協 信用組合 信託銀行 その他</p> <p>科目: 普通(総合) 当座 貯蓄</p> <p>通帳記号: 10 通帳番号: _____</p>	<p>日中ご連絡がれる電話番号をご記入ください。TEL: (XXX) XXXX-XXXX</p> <p>SMSによる連絡: <input type="checkbox"/>希望しない <input checked="" type="checkbox"/>希望する</p> <p>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</p> <p>代筆理由(代筆の場合): _____</p>																				
<p>ご希望されるお受取り口座に○印をご記入ください。ゆうちょ銀行以外の金融機関</p> <p>金融機関名: _____</p> <p>支店名: _____</p> <p>金融機関コード: _____</p> <p>口座番号: XXXXX-XXXX</p> <p>通帳記号: 10 通帳番号: _____</p>	<p>お客さまからのメッセージ欄</p> <p>※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。</p>																				
<table border="1"> <tr> <th>受付日</th> <th>OW</th> <th>取扱営業店</th> <th>LA</th> <th>取扱代理店</th> <th>BN</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	受付日	OW	取扱営業店	LA	取扱代理店	BN							<table border="1"> <tr> <th>代理店受付日</th> <th>営業店受付日</th> <th>本社受付日</th> <th>書類完備日</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	代理店受付日	営業店受付日	本社受付日	書類完備日				
受付日	OW	取扱営業店	LA	取扱代理店	BN																
代理店受付日	営業店受付日	本社受付日	書類完備日																		

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	〒 フリガナ	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 自宅 勤務先
	氏名(自署)	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 様 (印)	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)	フリガナ 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 様 (印)	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	
	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。 法人契約・法人受取の場合・ 配偶者型の請求の場合	代筆理由(代筆の場合)	

送金方法・ 送金先 必ず受取人 名義の口座を 指定ください。	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 漢字
	ゆうちょ銀行 以外の 金融機関	金融 機関名	フリガナ 銀行 信用金庫 農協 信用組合 支店名 信託銀行 その他 本店 支店 出張所
	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。

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)				
取扱代理店	BN					



抗がん剤治療状況報告書(抗がん剤治療給付金用)

被保険者氏名	(ふりがな)	性別	男・女	生年月日	年 月 日
抗がん剤、またはホルモン剤の治療の対象となったがんの名称					
抗がん剤、もしくはホルモン剤の薬剤料、または処方せん料が算定される入院・通院をした年月日		給付金のお支払いは同一の月に1回のみとなります。同一の月に2回以上治療を受けた場合、最初の日をご記入ください。			
		1.	年	月	日
		2.	年	月	日
		3.	年	月	日
		4.	年	月	日
		5.	年	月	日
入院をした病院または診療所	病院名	TEL	()		
	主治医	科	医師		

FWD生命保険株式会社 御中	記入日	年 月 日
上記に相違ありません。	ご請求者さま自署 (被保険者)	
被保険者さまが未成年の場合は、親権者さまがご署名ください。		
被保険者さまとの関係 ()		

つぎの2種類の書類を、この用紙と一緒にご提出ください。		チェック欄
1. 病院または診療所発行の領収書のコピー (入院日・通院日が明記されたもの。)		<input checked="" type="checkbox"/>
2. つぎのいずれかのもの		<input checked="" type="checkbox"/>
・病院で抗がん剤やホルモン剤を投与・処方された場合: 診療明細書のコピー		<input checked="" type="checkbox"/>
・薬局で抗がん剤やホルモン剤を受け取られた場合: 診療明細書のコピーと薬局発行の調剤明細書のコピー		<input checked="" type="checkbox"/>
		いずれか一つ

'25.03①11,000(W8333)⑥



- ・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。)
- ・太枠内は必ずご記入ください。
- ・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。
- ・抗がん剤治療状況報告書による請求の条件等は裏面をご確認ください。



抗がん剤治療状況報告書(抗がん剤治療給付金用)

被保険者氏名	(ふりがな) みほん たろう 見本 太郎	性別	男・女	生年月日	1995年 5月 10日
抗がん剤、またはホルモン剤の治療の対象となったがんの名称	胃がん				
抗がん剤、もしくはホルモン剤の薬剤料、または処方せん料が算定される入院・通院をした年月日	給付金のお支払いは同一の月に1回のみとなります。同一の月に2回以上治療を受けた場合、最初の日をご記入ください。				
	1.	2025年	1月	2日	
	2.	2025年	2月	5日	
	3.	年	月	日	
	4.	年	月	日	
	5.	年	月	日	
6.	年	月	日		
入院をした病院名	ミホン病院	TEL	06(1234)××××		
入院をした病院または診療所	主治医 消化器外科 見本花子 医師				

お名前(自署)

請求者ご本人さまが署名してください。

請求者が法人の場合は被保険者さまが署名してください。

FWD生命保険株式会社 御中

記入日

2025年 3月 12日

ご請求者さま自署
(被保険者)

見本太郎

被保険者さまが未成年の場合は、親権者さまがご署名ください。

被保険者さまとの関係 ()

つぎの2種類の書類を、この用紙と一緒にご提出ください。

1. 病院または診療所発行の領収書のコピー (入院日・通院日が明記されたもの。)

チェック欄



2. つぎのいずれかのもの

・病院で抗がん剤やホルモン剤を投与・処方された場合: 診療明細書のコピー



・薬局で抗がん剤やホルモン剤を受け取られた場合: 診療明細書のコピーと薬局発行の調剤明細書のコピー



いづれか一つ

本書面は、抗がん剤治療給付金のみを請求する際にご利用ください。
入院・手術給付金等をあわせて請求する際はご利用できません。

お客さまへ

つぎの1～3の書類すべてをご提出ください。

以下の 枠内に記載の条件を満たす場合に限り、病院等発行の「診断書」の提出を省略できます。

1. 「抗がん剤治療状況報告書(抗がん剤治療給付金用)」

- ・被保険者さまに治療状況を申告していただくものです。(①ページ)
- ・切り離して他の書類とともに当社へ返送してください。
- ・被保険者さまご自身が記入・署名してください。記入例(②ページ)をご覧ください。
- ・被保険者さまが未成年の場合は、親権者さまがご署名ください。

2. 病院または診療所発行の入院日・通院日が明記された領収書のコピー

3. つぎのAかBのうち、どちらか。

- A. 病院で抗がん剤やホルモン剤を投与・処方された場合 ⇒ 診療明細書のコピー
- B. 薬局で抗がん剤やホルモン剤を受け取られた場合 ⇒ 診療明細書のコピーと調剤明細書のコピー

本書面による請求が可能な条件

(つぎのすべてを満たすことが必要です。)

- 抗がん剤治療給付金のみを請求であること。
(その他給付金と同時に請求することはできません。)
- 同一のがんに対する、抗がん剤治療給付金の請求が2回目以降であること。
(処方された抗がん剤またはホルモン剤が前回から変更されている場合でも、約款および特約条項に規定する薬剤であればご請求いただけます。)
- 抗がん剤治療給付金の請求が6回分以内であること。
(抗がん剤治療給付金のお支払いは、同一月につき1回が限度となります。)
- 病院または診療所発行の領収書、および、診療明細書のコピー(薬局の場合は加えて調剤明細書のコピー)が添付されていること。

なお、既に診断確定されたがんとは関係なく、新たになんと診断確定された場合やがんの再発、転移等の診断確定がなされた場合には、再度がん診断給付金等がお支払いできる可能性があります。その場合、診断書が必要となる場合がありますので、当社までお問い合わせください。

(注意事項)

この取扱いは事前にご連絡いただいた傷病名、薬剤名、入院期間、通院日等の内容にもとづいてご案内しています。内容が相違していた場合は抗がん剤治療状況報告書での取扱いができないため、後日、当社所定の診断書の提出をお願いすることがあります。

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				
重要 保険金・給付金請求書類在中				
				
差 出 人	ご住所			
	お名前			
FWD				