

- ・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、携帯電話番号をお送りください。

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

通帳記号: 10

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) ©

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。 () -	
	フリガナ			携帯電話 自宅 勤務先	
代筆・代理 請求の方	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。	
	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。		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 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	銀行 信用金庫 農協 信用組合 信託銀行 その他	支店名	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。	金融機関 コード	支店 コード
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					

入院・手術・通院等証明書(診断書) -A (新生物用)

※証明項目が不足する場合は、医療機関にて別紙をご用意いただき、ご証明をお願いします。追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記箇所にて**証明印による訂正印**を押印願います。

1	氏名	カルテ番号 ()		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (西暦)	年 月 日																						
2	②入院(手術)の契機 となった傷病名	ICD-10コード		診断確定日(西暦)		傷病発生年月日(西暦)																							
	④ ②の原因			年 月 日		年 月 日																							
	③入院中に治療を行った合併症 (入院加療あり)			③に対する入院中の治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日																									
3	治療期間 ※入院算定のある 日帰り入院を 含みます。	初診(西暦)	年 月 日 ~ 年 月 日		*加療中の場合は終了日は不要です																								
		入院期間 (西暦)	第1回目	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 入院中	入院を指示した日 年 月 日																						
			第2回目	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 退院	<input type="checkbox"/> 入院中	入院を指示した日 年 月 日																						
(第3回目以降の入院があれば、入院日・退院日を記入ください。入院の場合は、現在入院中と付記ください。)																													
4	前医・紹介医 (ありの場合)	医療機関名	医師名	受療期間	~ 年 月 日																								
5	発病(受傷)から 現在までの経過	今回傷病の経過(主訴、検査内容および検査結果、治療内容、経過等)をご記入ください。																											
6 悪性 新生物 ・ 上皮 内 新生物	病理組織学的 検査	<input type="checkbox"/> あり	病理組織診断名を記入してください(コルポ組織診を含む)				診断確定日(西暦)																						
		<input type="checkbox"/> なし	(コルポ組織診の場合) CIN: <input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II・ <input type="checkbox"/> III				年 月 日																						
	「なし」の場合は今後の実施予定日をご証明ください。		実施予定日		年 月 日		<input type="checkbox"/> 実施予定なし																						
	上記以外の 検査	検査名	診断結果				診断日(西暦)																						
		細胞学的検査					年 月 日																						
CT-MRI						年 月 日																							
その他()					年 月 日																								
種類	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他()	新生物の種類	<input type="checkbox"/> 上皮内癌・非浸潤癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性・その他 <input type="checkbox"/> 不明		大腸がんの深達度	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SM以深																							
TNM分類	T() N() M()	国際疾病分類、腫瘍学コード	M - / <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 6, <input type="checkbox"/> 9																										
本人への悪性告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	告知日(西暦)	年 月 日		告知病名																								
がん 治療 の 場 合 の 所 見	①証明日時点で担当が状態である。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合、判断根拠となる検査の実施日、検査名および診断結果を具体的に記入ください。																												
	担当が状態である根拠(検査名、診断結果等):																												
	②証明日時点でのご治療内容につきまして、以下のいずれに該当するかご記入ください。																												
	<input type="checkbox"/> 治療は、がんの治療を直接の目的(手術、投薬、放射線治療、化学療法等)とするものである。 <input type="checkbox"/> 治療は、がんの再発の防止(経過観察、再発防止目的での投薬等)を目的とするものである。 <input type="checkbox"/> その他(※詳細を右欄にご記入ください。) 治療の詳細																												
7	手術	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・経尿道的・経膈的																										
		内容	・筋骨関係手術(観血・非観血) ・手指・足指手術:MP関節を含めて中極側に(及ぶ・及ばない) ・植皮術・筋皮弁術: (<25cm以下> <25cm未満>) ・口腔内手術: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:(新たな穿頭による・既存の穿頭穴を使用)																										
	診療報酬 点数区分	KまたはJコード	手術名	手術日(西暦)	部位	手術の指示日(西暦)																							
8	放射線治療 および 悪性新生物 温熱療法	照射内容	部位	総線量		Gy																							
		区分	種類	<input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> 密封小線源 <input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他()																									
		M	-	期間	開始日	年 月 日 ~ 終了日	年 月 日																						
9	脱毛症状	がんの治療を直接の原因として、頭髮に脱毛の症状が生じていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					症状確認日	年 月 日																					
10	抗がん剤 治療	薬剤名	治療日 ※証明項目が不足する場合は、医療機関にて別紙をご用意いただき、ご証明をお願いします。																										
		公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 有【F・G -】/ <input type="checkbox"/> 無	投薬日数:	日分	投薬日数:	日分	投薬日数:	日分																					
	ホルモン剤 治療	薬剤名	治療日 ※証明項目が不足する場合は、医療機関にて別紙をご用意いただき、ご証明をお願いします。																										
		公的医療保険制度対象 <input type="checkbox"/> 有【F・G -】/ <input type="checkbox"/> 無	投薬日数:	日分	投薬日数:	日分	投薬日数:	日分																					
緩和ケア診療等 の入院	緩和ケア病棟入院料 / 緩和ケア診療加算/有床診療所緩和ケア 診療加算が算定された入院期間をご証明ください。	第1回目	年 月 日 ~		年 月 日																								
		第2回目	年 月 日 ~		年 月 日																								
11	通院治療日	通院年月	2②の傷病での通院治療日に○印をつけてください。(経過観察のための診察や検査のみで、治療行為を伴わない受診は含みません。)																										
		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	計	日																								
12	先進医療	治療の種類	受領者負担となる 先進医療技術料(消費税は除く)				円																						
		治療期間(西暦)・実施回数	治療期間:	年 月 日 ~	年 月 日	実施回数:	回																						
13	請求意思能力	受療者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できないと思われる場合は、右にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> できない																											
14	既往症 持病	病名()	()	()	()	()	病院																						
		()	()	()	()	()	病院																						
上記のとおり証明します																													
所在地		病院または 診療所の 名称および科名		医師氏名		印																							
電話番号																													

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				