

介護保険金・親介護保険金ご請求のご案内

介護保険金・親介護保険金のご請求について、以下のとおりご案内いたします。
下記の項目をご確認いただきお手続きくださいますようお願いいたします。

〈必要書類〉

必要書類	請求項目	介護 保険金	親介護 保険金	留意点
1 保険金請求書※		○	○	・親介護保険金の請求者は、被保険者ご本人であり、被保険者の親ではございません。
2 介護用診断書※		○	○	・医療機関にて証明を依頼のうえご提出ください。
3 要介護状態報告書※		○	○	・要介護発生状況、原因、経過など詳しくご記入ください。
4 戸籍謄（抄）本		—	○	・被保険者と親の続柄が判明する戸籍謄（抄）本をご提出ください。コピーの提出でも可。
5 要介護認定結果通知書の写し		○	○	・保険期間中に公的介護保険制度で要介護2以上の認定を受けている場合、1～4の書類に加えてご提出ください。
6 介護保険被保険者証の写し		○	○	

◎印の書類は、必ずご提出ください。

○印の書類は、該当する場合に必要となります。留意点欄をご参照ください。

※は、当社所定の用紙をご使用ください。

〈代理請求のお取扱い〉

被保険者に保険金を請求できない特別な事情がある場合で、かつ、保険金の支払を受けるべき被保険者の代理人がないときは、次に掲げる者のいずれかが、被保険者の代理人として保険金を請求することができます。

- ① 被保険者と同居または生計を共にする配偶者（法律上の配偶者に限ります）
- ② ①に規定する者がいない場合または①に規定する者に保険金を請求できない事情がある場合には、被保険者と同居または生計を共にする3親等内の親族
- ③ ①②に規定する者がいない場合または①②に規定する者に保険金を請求できない事情がある場合には、①以外の配偶者（法律上の配偶者に限ります）または②以外の3親等内の親族

（必要書類）

「事情届」「代理人の戸籍謄本（抄本）および印鑑証明」「代理人の住民票の謄本または健康保険被保険者証の写し」「証」

〈保険金のお支払期限〉

保険金のお支払期限は以下のとおりとなります。

（お支払期限を超過してお支払いする場合には、所定の遅延利息をお支払いします。）

- 必要な請求書類が当会社に到着した日（以下、「請求完了日」といいます）からその日を含めて30日以内にお支払いします。
- 事故の原因や傷病の程度等を確認するため、特別な照会や調査が必要な場合は、以下のとおりとなります。
 - －警察・消防その他の公の機関による調査結果の照会（弁護士法に基づく照会等を含みます）を行う場合は、請求完了日から180日以内にお支払いします。
 - －医療機関、検査機関その他の専門機関による診断、鑑定等の結果の照会を行う場合は、請求完了日から90日以内にお支払いします。
 - －災害救助法が適用された災害の被災地域における確認のための調査を行う場合は、請求完了日から60日以内にお支払いします。
 - －日本国内において行うための代替的手段がなく、日本国外における調査が不可欠な場合は、請求完了日から180日以内にお支払いします。

〈個人情報のお取扱い〉

ご請求の際、以下の同意事項をご確認ください。

- ① 契約者が本帳票ならびに添付書類に記載された個人情報（以下、個人情報）を、本保険の事務手続きのために使用し、契約者が保険契約を締結する損害保険会社へ提出すること
- ② 損害保険会社が受領した個人情報（受取人が所属員本人の配偶者または子どもである場合で、所属員本人から受領した場合を含みます）を、保険金・給付金・返れい金等の支払、各種保険契約の引受・支払査定を含む損害保険制度の健全な運営のために利用（注）し、契約者、取扱代理店、他の損害保険会社、関連会社、再保険会社に上記目的の範囲内で提供すること
- ③ 損害保険会社が、保険金・給付金・返れい金等の支払いに係る情報（進捗情報含む）を契約者に提供し、契約者が本保険の事務手続きのために使用すること
- ④ 所属団体において明治安田生命保険相互会社（以下「生保社」という）の取扱商品が販売されている場合は、損害保険会社が受領した個人情報（受取人が所属員本人の配偶者または子どもである場合で、所属員本人から受領した場合を含みます）を、生保社に上記目的の範囲内で提供し、生保社の保険金・給付金・返れい金等の支払、保険契約の引受査定を含む生命保険制度の健全な運営のために利用（注）すること

※当社における個人情報の取扱いにつきましては、ホームページ(<https://www.meijiyasuda-sonpo.co.jp/>)をご参照ください。

（注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

医療保険 保険金請求書(介護・親介護)のご記入要領

下記注意事項にしたがって、必要項目にご記入・ご署名ください。

請求書の記入日をご記入ください。

<介護>
被保険者・保険金請求者は、本保険で給付の対象となる方ご本人となります。

<親介護>
給付の対象となる方が
：加入者本人の父母(101,102)の場合、被保険者・保険金請求者は加入者本人様
：配偶者の父母(201,202)の場合、被保険者・保険金請求者は配偶者様となります。

送金先はご請求者ご自身の預金通帳をご確認のうえ、正確にご記入ください。
なお銀行・支店コードがご不明な場合はご記入いただかなくても結構です。

当社以外にご請求される契約がある場合、ご記入ください。

医療保険 保険金請求書(介護・親介護) 220200

明治安田損害保険株式会社 御中

請求日 令和 1年 5月 1日

※太枠内は、自署願います。 ※記載事項を訂正される場合は、必ず二重線で訂正ください。

- 約款の規定により保険金を請求しますので、下記保険金支払指図欄のとおりお支払いください。
 - 指定の口座への振込みをもって受領したものと認め、保険金受領書は提出いたしません。
 - 本件については貴社(又は貴社が指名する者)が医療機関関係者に対し私の検査・治療に関する説明を求めることに同意します。
 - 貴社が業務委託を行う明治安田生命保険相互会社が本書類等保険契約に係わる一切の書類を取扱い、情報を知り得ることに同意します。
- 表紙に記載の<個人情報のお取扱い>の同意事項を確認し、同意のうえ、請求します。

<「保険金」の請求者が2名以上になる場合>
請求者全員の協議により代表者として選任された私が代表して請求します。なお、本請求について後日利害関係人から異議の申し出があっても全請求者が連帯して責任を負い、貴社に一切迷惑をかけません。
※被保険者様の死亡の場合は、裏面の「代表請求者選任届」に記載の<確認事項>をご確認のうえ、お手続きください。

団体名	明安工業 株式会社		親介護保険請求のとき対象となる被保険者の親の番号を記入してください。 加入者本人の父：101 加入者本人の母：102 配偶者の父：201 配偶者の母：202
団体番号	91 - 12345 - 0 - 000001		
被保険者番号	0000 - 1234567890 - 100		被保険者の親の番号 102
フリガナ	ヤマタ タロウ	フリガナ 被保険者の親(親介護保険金の場合、記入)	ヤマタ フネ
被保険者名	山田 太郎		山田 フネ

現住所	〒123-4567 東京都 新宿区西新宿1-2-3		日中のご連絡先 電話番号	-
被保険者ご本人様よりご請求ください。事情によりできない場合は、ご案内の<代理請求のお取扱い>をご確認ください。	未成年者の氏名は下記にご記入ください。			
フリガナ 氏名	ヤマタ タロウ	フリガナ 氏名		
山田 太郎				
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 47年 03月 01日 47歳	生年月日		
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	左記請求者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()	

支払指図欄(お支払い方法)
※原則として、保険金請求者ご本人様の口座をご指定ください。
※指定口座の種類が未記入の場合「普通(総合)」で手続きをいたしますが、相違の際はお支払いが遅延いたしますので必ずご記入ください。

指定口座	銀行 本店 支店 出張所 農協	金融機関コード	種類	口座番号(右づめで記入)
新宿 高田馬場	1234	<input checked="" type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座	0123456	
	567	座名義人	ヤマタ タロウ	

この事故で支払対象となる他の保険契約はありますか? なし あり ⇒ 保険会社名 ○○損害保険 保険目 総合医療保険

受付欄	保険会社	明治安田生命	代理店
-----	------	--------	-----

明治安田損害保険株式会社 御中

請求日 令和 年 月 日

※太枠内は、自署願います。 ※記載事項を訂正される場合は、必ず二重線で訂正ください。

- 約款の規定により保険金を請求しますので、下記保険金支払指図欄のとおりお支払いください。
- 指定の口座への振込みをもって受領したものと認め、保険金受領書は提出いたしません。
- 本件については貴社(又は貴社が指名する者)が医療機関関係者に対し私の検査・治療に関する説明を求めることに同意します。
- 貴社が業務委託を行う明治安田生命保険相互会社が本書類等保険契約に係わる一切の書類を取扱い、情報を知り得ることに同意します。

表紙に記載の<個人情報のお取扱い>の同意事項を確認し、同意のうえ、請求します。

<「保険金」の請求者が2名以上になる場合>
 請求者全員の協議により代表者として選任された私が代表して請求します。なお、本請求について後日利害関係人から異議の申し出があっても全請求者が連帯して責任を負い、貴社に一切迷惑をかけません。
 ※被保険者様の死亡の場合は、裏面の「代表請求者選任届」に記載の<確認事項>をご確認のうえ、お手続きください。

団体名	埼玉県市町村職員共済組合		親介護保険金請求のとき対象となる 被保険者の親の番号を記入してください。 加入者本人の父：101 加入者本人の母：102 配偶者の父：201 配偶者の母：202
団体番号	91 - 90783 - 1 - 000001		
被保険者番号			被保険者の親の番号
フリガナ	※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用してください。		フリガナ 被保険者の親 (親介護保険金の 場合、記入)
被保険者名			※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用してください。

住所	〒		フリガナ	都道府県	日中のご連絡先 電話番号
					-
請求者	被保険者ご本人様よりご請求ください。 事情によりできない場合は、ご案内の<代理請求のお取扱い>をご確認ください。			未成年者の氏名は下記にご記入ください。	
	フリガナ	※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用してください。		フリガナ	※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用してください。
氏名				氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	被保険者様との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 法定相続人 <input type="checkbox"/> 後見人等	左記請求者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()

支払指図欄(お支払い方法)

※原則として、保険金請求者ご本人様の口座をご指定ください。

※指定口座の種類が未記入の場合「普通(総合)」で手続きをいたしますが、相違の際はお支払いが遅延いたしますので必ずご記入ください。

指定口座	銀行	本店	金融機関コード	種類	口座番号(右づめで記入)
	労金	支店		<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座	
	信金	出張所	支店コード	□座名義人 (カタカナで記入)※姓と名の間は1枠空けて、濁点は1枠を使用してください。	
	信組	()			
	農協				
	()				

この事故で支払対象となる他の保険契約はありますか? なし あり ⇒ 保険会社名 保険種目

【会社使用欄】

受付欄	保険会社	明治安田生命	代理店
-----	------	--------	-----

代表請求者選任届

本請求の代表請求者を次のとおり選任いたします。

本請求について後日利害関係人から異議の申し出があっても私たちが連帯して責任を負い、貴社に一切迷惑をかけません。

以下に記載した個人情報について、保険契約者が保険契約を締結する損害保険会社に提供されること、また損害保険会社が受領した個人情報を、この度の保険金請求が請求者全員の意思によるものであることを確認するために利用されることに同意します。

代表請求者				
氏名	フリガナ	親権者 または 後見人	フリガナ	ご印鑑
	生年月日		年 月 日	(印)

請求者				
請求者の欄は、代表請求者以外の請求者をご署名、押印、住所をご記入ください。				
氏名	フリガナ	親権者 または 後見人	フリガナ	ご印鑑
	生年月日		年 月 日	(印)
住所	〒 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> - <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> フリガナ 都・道 府・県			

請求者				
氏名	フリガナ	親権者 または 後見人	フリガナ	ご印鑑
	生年月日		年 月 日	(印)
住所	〒 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> - <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> フリガナ 都・道 府・県			

請求者				
氏名	フリガナ	親権者 または 後見人	フリガナ	ご印鑑
	生年月日		年 月 日	(印)
住所	〒 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> - <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> フリガナ 都・道 府・県			

請求者				
氏名	フリガナ	親権者 または 後見人	フリガナ	ご印鑑
	生年月日		年 月 日	(印)
住所	〒 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> - <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> フリガナ 都・道 府・県			

※ご住所ご記入欄におきましてアパート・マンション・寮の場合は、名称・号棟・室番号までご記入ください。

〔 確認事項 〕

※代表請求者選任届は、被保険者(保険の対象となる方)が死亡したことにより法定相続人が保険金請求を行う場合で、法定相続人が複数のときにご提出ください。ただし、各契約の請求金額が500万円以下の場合は、ご記入不要です。

※請求者全員の協議により代表者を選任してください。代表者は代表請求者欄、代表者以外の請求者は請求者欄へご記入・押印ください。

※各契約の請求金額が500万円を超える場合は、請求者全員の印鑑証明書をご提出のうえ、印鑑証明書と同一印をそれぞれ押印ください。

※請求者が未成年の場合は、親権者・後見人がご記入ください。(ご印鑑は親権者・後見人の印鑑証明書と同一印を押印ください。)

課税関係のご説明

お受取りになる保険金に関する税務上の取扱いは次のとおりです。

入院保険金、手術保険金、介護保険金、親介護保険金は課税されません。(所得税法第9条および、所得税法施行令第30条、所得税基本通達9-20)