

〈送付先〉
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 2-12-15 日本薬学会ビル 7F
全国地域活動連絡協議会 御中

傷害見舞金制度『みらい』傷害見舞金 給付申請書

単位クラブ名 _____ 御中

給付申請者氏名 (ケガをされた方、 親権者等)				印
給付申請者住所	〒 _____	都道府県	TEL _____	_____
ケガをした人との 関係 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
ケガをした人の 氏名・区分 (□にチェック)	氏名	フリガナ		<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 児童
事故内容	事故日	_____年 _____月 _____日	午前・午後 _____時 _____分頃	
	事故場所	都道府県 _____		
	事故状況			

保険金請求書(兼)支払指図書

三井住友海上火災保険株式会社御中

上記事故について関係書類を添付のうえ保険金を請求します。本保険金請求に関して、裏面【個人情報の取扱いに関する同意】および【他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意】の通り同意します。
保険金は下記指定の口座に振り込んでください。口座への振込みをもって保険金を受領したものと認めます。

請求日 _____年 _____月 _____日

保険金請求者 (単位クラブ)	単位クラブ名			
	住所	都道府県 _____		
	代表者名	印		
	TEL	_____		
証券番号			みらい登録No.	

保険金振込口座

お振込先 金融機関 口座番号	①	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> ()	支店	預金種類	口座番号					
	②	ゆうちょ銀行	通帳記号	1 _____	0 _____	通帳番号	_____	_____	_____	_____
口座名義 (カタカナで ご記入下さい)										

①送金機能のないゆうちょ銀行口座への振込を指定される場合は、こちらにご記入ください。

②ゆうちょ銀行の通帳の「郵便振替 (送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。

代理店使用欄 請求書受付日 _____年 _____月 _____日

【個人情報の取扱いに関する同意】

本保険請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、次のとおり取得・利用・提供することに同意します。

- ① 保険契約の履行(損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等)・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、貴社が保険事故の関係者(修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)、業務委託先(保険代理店を含む)、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ② 保険金支払の健全な運営のために、貴社が(社)日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社・共済等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ③ 再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、貴社が再保険引受会社に提供を行うことがあること。
- ④ 保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、貴社が保険業法施行規則に基づき、保険業の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行うこと。
- ⑤ 他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、損害保険金の額等支払保険金・費用に関する情報)を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。また、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、貴社から提供を受け、利用すること。

【他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意】

同一の損害または費用に関して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。本書面では同様とします。)から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払いを受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済等から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います)。

また、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。