

- ・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

SMSによる手続き完了の連絡

手続き完了直後にお客さまにSMS(ショートメール)でご連絡するサービスをご希望の場合は、携帯電話番号をご記入のうえ「希望する」に○印をいれてください。

*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。

お客さまに関する個人情報のお取扱いについて

「保険金・給付金等請求お手続きのご案内」9ページをご確認ください。

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、貴社と、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、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する場合は、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対応を完了とさせていただきます。

記入日:

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 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

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(3,000万円以内) _____ 万円

*一括請求は同一契約形態に限ります。

住所: 〒××××-××××
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** (印)

代筆・代理請求の方氏名(自署): _____ (印)

連絡先TEL: (×××) ××××-××××
☐ 自宅 ☐ 勤務先 ☐ 携帯電話

SMSによる手続き完了の連絡: 希望する
ご希望の場合必ず携帯番号をご記入ください。 ※後日アンケートのご案内をさせていただきます。

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

(代筆者) 受取人との続柄 ()

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。

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 金融機関

必ず受取人名義の口座を指定してください。

フリガナ: ミホン タロウ

フリガナ: 〇〇〇〇〇〇

銀行 信用金庫 農協 信用組合 信託銀行 その他

科目: 普通(総合) 当座 貯蓄

口座番号: ××××××××

金融機関コード: ×××× 支店コード: ××××

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	営業店受付日	本社受付日	書類完備日
取扱営業店	LA	印				
取扱代理店	BN					

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。 () -	
	フリガナ			ご自宅 勤務先 携帯電話	
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 手続完了 の連絡	希望する <input type="radio"/> ご希望の場合必ず携帯番号をご記入ください。 ※後日アンケートのご案内を させていただきます。	
	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	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		銀行	信用金庫
		科目	普通 (総合)	当座 貯蓄	口座番号	農協
ゆうちょ銀行 ※	通帳 記号	1	0	通帳番号	信託銀行	その他
				右詰めでご記入ください。	支店名	本店 支店 出張所
				7桁以内のときは右詰めでご記入ください。	金融機関 コード	支店 コード

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）〈新生物用〉

(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	年 月 日	傷病発生年月日	年 月 日	
	(イ)(ア)の原因		年 月 日	年 月 日			
	(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	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 ※日帰り入院を含みます	初診	年 月 日 ~ 年 月 日		<input checked="" type="radio"/> 終診 <input type="radio"/> 現在加療中		
		日帰り入院	入院日	年 月 日	※入退院が同一の入院で、かつ、入院基本料が算定されている場合にご記入ください		
		入院期間	第1回目	年 月 日 ~ 年 月 日	<input checked="" type="radio"/> 入院中 <input type="radio"/> 退院	第2回目	年 月 日 ~ 年 月 日
4	前医又は紹介医	医療機関名	医師名	受療期間	年 月 日頃		
5	発病(受傷)から現在までの経過(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。*現在の治療内容につきましても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: <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III	診断確定日	年 月 日			
7	悪性新生物・上皮内新生物の場合	病理組織学的検査の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → 「なし」の場合、今後病理組織学的検査の実施予定: <input type="checkbox"/> あり(予定時期 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定				
		最初の病理組織学的検査	診断確定日	年 月 日			
			診断名				
			TNM分類	①T() ②N() ③M()			
		上記以外の検査	国際疾病分類、腫瘍学コード	【M- / ①, ②, ③, ④, ⑤, ⑥, ⑦, ⑧, ⑨】 ※該当するものに (○) をしてください。			
			検査名	診断日	診断結果		
			細胞学的検査	年 月 日			
			内視鏡的検査	年 月 日			
		最終の病理組織学的検査	悪性新生物の種類	<input checked="" type="radio"/> 1. 上皮内癌・非浸潤癌 <input type="radio"/> 2. 浸潤性・その他 <input type="radio"/> 3. 不明			
			診断確定日	年 月 日			
TNM分類	①T() ②N() ③M()						
がん治療についての所見	国際疾病分類、腫瘍学コード	【M- / ①, ②, ③, ④, ⑤, ⑥, ⑦, ⑧, ⑨】 ※該当するものに (○) をしてください。					
	種類	1. 原発 2. 再発 3. 転移 4. その他() 大腸癌の深達度: <input checked="" type="radio"/> 1.M <input type="radio"/> 2.SM以深					
	悪性告知	本人(有) [] 年 月 日頃 [] と告げた 家族(有) [] [] 年 月 日頃 [] と告げた					
8	手術および処置名	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(新たな穿頭による・既存の穿頭穴を使用)				
9	先進医療	1. あり	治療の種類	特定承認医療機関となった承認日	年 月 日		
		2. なし	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		
10	放射線治療および温熱療法	部位	総線量	Gy	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
11	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ると考えられますか? <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない					
12	既往症	病名() (当院) (科) (他院) (病院) (入院) (通院) 手術(有) (無) 治療期間または時期 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 電話番号 医師氏名 印							

【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。



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25gまでの郵便物。

(ご注意)

使用済み封筒をご使用いただいても結構です。
ご送付いただく前に今一度内容物をご確認ください。

	
料金受取人払郵便	
5 3 0 - 8 7 9 0	
大阪北局 承認 7055	2 2 4
(定形郵便物)	
差出有効期間 2023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	