

- ・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保険金・給付金等の支払を請求します。被保険者と請求者(受取人)が異なれば、支払金を受領したものと認めます。

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 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) 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	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。 (×××) ××××-×××× <input type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> 勤務先 <input type="radio"/> 携帯電話
請求者(受取人)	フリガナ ミホン タロウ 氏名(自署) 見本 太郎 代筆の場合、代筆者の氏名等を下段の欄にもご記入ください。	SMSによる手続き完了の連絡	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。
代筆・代理請求の方	フリガナ _____ 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	右記の区分のいずれかを選択してください。	<input type="radio"/> 親権者 <input type="radio"/> 成年後見人 <input type="radio"/> 後見人 <input type="radio"/> 指定代理請求人
被保険者 同意	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。 法人契約・法人受取の場合・配偶者型の請求の場合	代筆者(受取人との続柄)	代筆理由(代筆の場合)

ご希望されるお受取り口座に○印をご記入ください。↓	フリガナ ミホン タロウ 氏名 見本 太郎
送金方法・送金先	フリガナ ○○○○○○
必ず受取人名義の口座を指定してください。	銀行 信用金庫 農協 信用組合 信託銀行 その他
ゆうちょ銀行以外	科目 (普通(総合) 当座 貯蓄) 口座番号 ××××××××
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

受付日	OW	年月日	
取扱営業店	LA	印	
取扱代理店	BN		

※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。

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）のご記入要領

《ご担当の先生へ：ご記入上のお願い》

- ①訂正や追記が必要な場合には、証明印と同じ印を押印ください。
- ②ご記入に際してご留意いただきたい点および記入例を以下に掲載いたしますのでご参照ください。
- ③ご記入後は、この紙片を切り離しのうえ、「入院・手術・通院等証明書(診断書)」のみを患者様にお渡しください。
※内容にご不明な点がある場合には、当社より照会・確認させていただくことがございます。
【お問い合わせ】FWD生命保険株式会社 総合サービスセンター：0120-211-901 （通話料）
無料

記入例

入院・手術・通院等証明書（診断書）

(提出先)FWD生命保険株式会社

1	氏名	カルテ番号	性別	男性	女性	生年	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	2021年7月20日	傷病発生年月日	2021年5月1日	いづれかに○印をしてください				
	(イ)(ア)の原因		年	月	日	年	月	日	医師推定 患者申告		
	(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	ウに対する入院中の治療期間					
3	初診	2021年6月10日		～	2021年10月30日		終診	現在加療中			
B	治療期間	入院日	年 月 日		※入院が同一の入院で、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						
	※日帰り入院を含みます	第1	2021年7月1日～2021年7月30日		入院中	第2	年 月 日～年 月 日		入院中		
	入院期間	3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」をご記入ください(入院中の場合は「現在入院中」と付記ください)	2021年6月5日		退院	(入院を指示した日 年 月 日)		退院		(入院を指示した日 年 月 日)	
4	前医又は紹介医	医師名	医師機関名		受療期間	年 月 日頃		年 月 日頃			
5	発病(受傷)から現在までの経過をご記入ください。(いつ頃からどのような症状があったか、また、検査内容および検査成績、治療内容、経過等)。 *悪性新生物の場合は、悪性新生物に対する治療内容を詳細にご記入ください。	1ヶ月くらい前から咳が続き様子を見ていたが、血痰を認めたため、2021.6.10当院呼吸器内科受診。胸部X線検査で肺癌疑われ、気管支鏡検査で上記診断。手術適用と判断し、2021.7.10下記手術施行。術後に化学療法を行い重大な副作用もなく2021.7.30退院、今後は外来にてフォロー予定となる。									
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:	①: ②: ③:		診断確定日をご記入ください						
7	病理組織学的検査	1.あり	病理組織診断名をご記入ください		診断確定日をご記入ください						
	上記以外の検査	①細胞学的検査 ②内視鏡検査 ③CT-MRI	診断日		2021年6月10日						
E	悪性新生物の場合	④腹部超音波検査 ⑤その他(気管支鏡)	診断結果		肺癌						
	TNM分類をご記入ください	①T() ②N() ③M()	大腸癌の深達度を選択(○)してください		1.M	2.SM以深					
8	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)経膈的 (10)その他()									
	手術の内容	①肋骨関係の手術の場合(肋骨・肋骨) ・ 手指・足指の手術の場合MP関節を含めて中板側に(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、頸骨を(削ら・削らない) ・ 筋・腱・韧带に操作が(及ぶ・及ばない) ・ 穿頭術の場合(新たな穿頭による・既存の穿頭を使用)									
F	診療報酬区分	514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術		2021年7月10日	3回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等をご記入ください。					
	手術名	019-	持続的胸腔ドレナージ		2021年7月10日	(手術を指示した日 年 月 日)					
9	急性心筋梗塞の場合	急性心筋梗塞の発病日(初診日)からその日を含めて60日以上、軽労働・産業以上の労働制限を必要としていましたか? <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない									
10	脳卒中の場合	脳卒中の発病日(初診日)からその日を含めて60日以上、言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか? <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
11	先進医療	1.あり 治療の種類 2.なし 治療の実施日 年 月 日～年 月 日(実施回数 回) 特定承認医療機関となった承認日 年 月 日 受領者が負担すべき先進医療受療者の負担すべき先進医療受療者のみをご記入ください									
H	放射線治療および悪性新生物温熱療法(骨転移療法を含む)	照射部位	総線量								
	区分	M	一	定位照射	密封小線源	温熱療法	その他()				
13	請求意思能力	傷病者は保険金・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 checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない									
14	既往症	(有) (有の場合、病名・医療機関名・治療期間などおわかりになればご記入ください) (無) (入院・通院) 手術 年 月 日頃～年 月 日頃まで									
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 電話番号										医師氏名	

【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してください。封筒に封入し、封筒の裏面に提出してください。

A: 傷病名

- 入院・手術・通院等の原因となった傷病名が複数ある場合にはすべてご記入ください。
- 「2(ア)」の原因となる傷病等があればご記入ください。(例:ケガの場合は受傷原因「交通事故」「転落」等をご記入ください。)
- 入院加療の必要があった合併症があれば、傷病名・診断確定日・入院中の治療期間をご記入ください。

B: 治療期間

- 初診日は、貴院における「2(ア)」の傷病名に関する最初の診察日をご記入ください。(貴院他科での診察を含みます。)
- 第3回目以降の入院があれば、汎用欄に「入院日」「退院日」をご記入ください。また、別紙に記入される際は「別紙あり」と明記いただき、別紙についても証明印を押印ください。
- カッコ内の(入院を指示した日)に、入院が必要だと指示された日を必ずご記入ください。

C: 経過

- 発病から現在までの経過をご記入ください。いつ頃からどのような症状があったか、また検査内容および検査成績、治療内容、経過等をご記入ください。
- 悪性新生物の場合は、悪性新生物に対する治療内容を具体的に記入してください。

D: 子宮頸部異形成の場合

- 子宮頸部異形成の場合には、コルポ組織診等による「CIN」をご記入ください。

E: 悪性新生物の場合

- 悪性新生物の場合、「病理組織診断名」「診断確定日」等について必ずご記入ください。
- 病理組織診断の他に悪性診断がある場合は、その診断日と診断方法もご記入ください。
- 今回の治療にともなう通院治療日に漏れなく○印をしてください。往診日も含みます。通院予定日は除きます。

F: 手術および処置名

- 診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべてご記入ください。
- 診療報酬点数表で「処置料」が算定される処置であっても、持続ドレナージ、胸腔ドレナージ、気管切開などはこの欄にご記入ください。
- 手術の種類・手術の内容は該当する項目に○印をしてください。
- 診療報酬点数表において「手術料」が一連の治療過程につき1回のみ算定される手術は、同一手術欄にすべての手術日をご記入ください。(例:網膜光凝固術、体外衝撃波結石破碎術 など)
- 診療報酬点数表において「手術料」が1日につき算定される手術は、同一の手術欄にすべての手術日をご記入ください。(例:大動脈バルーンパンピング法、人工心肺 など)

G: 先進医療

- 先進医療にて加療された場合は、「治療の種類」「実施日」「特定承認医療機関となった承認日」「受領者が負担すべき先進医療の技術料」をご記入ください。(厚生労働省が定める施設と治療の種類に限りま)

H: 放射線治療および悪性新生物温熱療法

- 放射線治療、悪性新生物温熱療法を実施された場合には、「照射内容」「診療報酬区分」「治療期間」をご記入ください。

入院・手術・通院等証明書（診断書）

(提出先) FWD生命保険株式会社

【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。

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	傷病発生日	いずれかに○印をしてください <input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告	
	(イ)(ア)の原因		年 月 日	年 月 日	<input type="radio"/> 医師推定 <input type="radio"/> 患者申告	
	(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	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 (入院を指示した日 年 月 日)	第2回目 (入院を指示した日 年 月 日)	3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」をご記入ください(入院中の場合は「現在入院中」と付記ください)	
4	前医又は紹介医	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	医師名	医療機関名	受療期間	年 月 日頃 年 月 日頃
5	発病(受傷)から現在までの経過をご記入ください。(いつ頃からどのような症状があったか、また、検査内容および検査成績、治療内容、経過等。)*悪性新生物の場合は、悪性新生物に対する治療内容を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				診断確定日をご記入ください 年 月 日
7	病理組織学的検査	1. <input type="checkbox"/> あり 2. <input type="checkbox"/> なし				病理組織診断名をご記入ください 年 月 日
	上記以外の検査	① 細胞学的検査 ② 内視鏡検査 ③ CT-MRI ④ 腹部超音波検査 ⑤ その他()				診断日 年 月 日 診断結果
	種類	1. <input type="checkbox"/> 原発 2. <input type="checkbox"/> 再発 3. <input type="checkbox"/> 転移 4. <input type="checkbox"/> その他()				該当する悪性新生物の種類があれば選択(○)してください <input type="radio"/> 1.上皮内癌・非浸潤癌 <input type="radio"/> 2.浸潤性・その他
8	TNM分類	①T() ②N() ③M()				大腸癌の深達度を選択(○)してください 1.M 2.SM以下
	悪告知	本人 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 [年 月 日頃]に病名を[]と告げた 家族 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 []に[年 月 日頃]に病名を[]と告げた				
	通院	通院年月 悪性新生物に対する治療(手術、投薬、放射線治療、化学療法等)にともなう通院日を○で囲んでください。※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通院は含みません。 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 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 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				
9	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()				
	手術内容	・筋骨関係の手術の場合(<input checked="" type="radio"/> 観血 <input type="radio"/> 非観血) ・手指・足指の手術の場合 MP関節を含めて中枢側に(<input checked="" type="radio"/> 及ぶ <input type="radio"/> 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(<input checked="" type="radio"/> 削っている <input type="radio"/> 削っていない) ・筋・腱・靭帯に操作が(<input checked="" type="radio"/> 及ぶ <input type="radio"/> 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)				
	診療点数	療点数	手術名	手術日	3回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等をご記入ください。	
10	急性心筋梗塞の場合	急性心筋梗塞の発病日(初診日)からその日を含めて60日以上、軽労働・座業以上の労働制限を必要としていましたか? <input type="radio"/> 必要 <input checked="" type="radio"/> 不必要				
11	脳卒中の場合	脳卒中の発病日(初診日)からその日を含めて60日以上、言語障害・運動失調・麻痺等他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか? <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ 「はい」の場合、後遺症をご記入ください				
12	先進医療	1. <input type="checkbox"/> あり 2. <input type="checkbox"/> なし	治療の種類	特定承認医療機関となった承認日	年 月 日	
13	放射線治療および悪性新生物温熱療法(骨髄移植の前処置を含む)	照射部位	総線量	総線量	Gy	
14	請求意思能力	傷病者は保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できると思われますか? <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない				
15	既往症	(有の場合、病名・医療機関名・治療期間などおわかりになればご記入ください) 病名() (当院) ()科・(他院) ()病院 (入院) (通院) 手術 (有) (無) 年 月 日頃～年 月 日頃まで				
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 電話番号 医師氏名 印						

必ず証明印を押印ください(原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに押印)

LIAJ038-A03-202111 '21.Reb①11,000 (W8312) TF

04930200

- ・事故やケガによるご請求の場合は、必ずご提出ください。
- ・被保険者又は受取人ご本人がご記入ください。
- ※被保険者又は受取人がご記入できない場合は、ご家族あるいは事故を証明できる方がご記入ください。
- ・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。



ご記入いただく方(受傷者ご本人または請求者さま)がご署名ください。

記入する日をご記入ください。

まず、オレンジ色の欄をご記入ください。該当しない項目は記入不要です。

他の生命保険・損害保険のご加入の有る場合は会社名をご記入ください。

つぎに、青色の欄に事故の詳細な状況をご記入ください。

交通事故の場合は、緑色の欄もご記入ください。

運転免許証のコピーを提出いただければ、点線で囲った箇所の記入は不要です。

STEP 3 事故状況報告書

FWD生命保険株式会社 御中
下記のとおり事故状況を報告します。

記入日 2021年 9 月 11 日

記入者	氏名	見本 花子	受傷者との関係	(本人) その他→()
	住所*	大阪市北区大深町3-1 グランフロント大阪タワーB	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。 06-7223-4070

*請求者と同じ方は住所、電話は記入不要です。

受傷者	見本 花子	生年月日	1980年 5月 5日生
職業	会社名	職務内容	事務
欠勤期間	2021年 6月 3日 から 2021年 6月 12日まで		労災保険の適用
他社加入	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 生命保険 ○○生命保険		損害保険等

事故発生日時	2021年 6月 1日 (火 曜日)	(午前・午後)	8時 10分頃
事故発生場所	住所	大阪市北区大深町1-1	
	路上(道路名)	付近	その他()
警察への届出	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	2021年 6月 2日	芝田 署 (派出所)へ届出済

原因・経緯 前方にトラックが停車していたため 車線変更しようとしたところ、後方より 直進してきた原付バイクと接触した。	状況図
--	---------

飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	種類	飲んだ量	時間	(午前・午後)	時頃～	時頃まで
現場目撃者	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	氏名	見本 太郎	受傷者との関係	停車していたトラックの運転手		

交通事故の場合は下欄にもご記入のうえ、交通事故証明書を添付ください。また、新聞記事がありましたら、あわせて添付ください。

事故時の行動	<input checked="" type="radio"/> ① 運転中 <input type="radio"/> ② 同乗中 <input type="radio"/> ③ 歩行中 <input type="radio"/> ④ その他														
運転していた車種	<input checked="" type="radio"/> ① 普通 <input type="radio"/> ② 大型 <input type="radio"/> ③ 中型 <input type="radio"/> ④ 準中型 <input type="radio"/> ⑤ 大型特殊 <input checked="" type="radio"/> ⑥ 自動二輪(400cc) <input type="radio"/> ⑦ 小型特殊 <input type="radio"/> ⑧ 原付自転車(50cc以下) <input type="radio"/> ⑨ その他()														
免許証の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	免許証番号	6 2 0 4 1 2 3 4 5 6 7 8												
免許交付日	2017年 8月 8日	免許有効期限	2022年 5月 5日		まで有効			免許の条件等							
免許の種類	大型	中型	準中型	普通	大特	大自二	自二	小特	原付	牽引	大型二	中型二	普通二	大特二	牽引二

'21.Reb①PDF(V7578)⑧



事故状況報告書

FWD生命保険株式会社 御中

下記のとおり事故状況を報告します。

記入日

年

月

日

記入者	氏名	受傷者との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> その他⇒()
	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。

*請求者と同じ方の場合には住所、電話は記入不要です。

受 傷 者	生年月日	年	月	日	生				
職 業	会社名	職務内容							
欠勤期間	年	月	日	から	年	月	日まで	労災保険の適用	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
他社加入	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	生命保険	損害保険等						

事故発生日時	年	月	日	(曜日)	<input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時	分	頃	
事故発生場所	住所								
	路上(道路名)	付近	その他()						
警察への届出	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	年	月	日	署 ()	派出所)へ届出済			
事故発生状況	原因・経緯				状況図				
	_____				_____				
	_____				_____				
	_____				_____				

飲酒	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	種類	飲んだ量	時間	<input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時頃～	時頃まで
現場目撃者	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	氏名	受傷者との関係				

交通事故の場合は下欄にもご記入のうえ、交通事故証明書を添付ください。また、新聞記事がありましたら、あわせて添付ください。

事故時の行動	<input checked="" type="radio"/> ① 運転中 <input type="radio"/> ② 同乗中 <input type="radio"/> ③ 歩行中 <input type="radio"/> ④ その他
運転していた車種	<input checked="" type="radio"/> ① 普通 <input type="radio"/> ② 大型 <input type="radio"/> ③ 中型 <input type="radio"/> ④ 準中型 <input type="radio"/> ⑤ 大型特殊 <input type="radio"/> ⑥ 自動二輪(cc) <input type="radio"/> ⑦ 小型特殊 <input type="radio"/> ⑧ 原付自転車(50cc以下) <input type="radio"/> ⑨ その他()
免許証の有無	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="text"/> 免許証番号
免許交付日	年 月 日 免許有効期限 年 月 日 まで有効 免許の条件等
免許の種類	大型 中型 準中型 普通 大特 大自二 普自二 小特 原付 牽引 大型二 中型二 普通二 大特二 牽引二



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	
2 2 4	
(定形郵便物)	
大阪北局 承認 7055	
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	