

歯の保険

(歯科特約付交通傷害保険)

保険金請求書

CHUBB®

請求前にご確認ください

この請求書は歯の保険（歯科特約付交通傷害保険）の保険金請求書です。

保険内容は加入プランにより異なります。プラン内容をご確認ください。

以下の資料を手元にご準備の上、請求書の必要項目をすべて記入ください。

- ・保険証券または加入証明書
- ・治療日、医療機関名、一部負担金がかかるもの

内容に関し、お問い合わせさせていただくことがございます。ご請求いただいた領収証は6か月間お客様にて保管いただくようご協力願います。

担当者からのお問い合わせは、請求書に記入いただいたメールアドレス・携帯番号・ご住所のいずれかへご連絡いたします。

歯の保険（歯科特約付交通傷害保険）

保険金請求書

貴社が本保険金請求に関する個人情報を、保険契約の履行（保険金支払の可否、支払金額の算定など）および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を取得、利用、提供することに同意します。

請求内容						
請求項目に✓願います	記入いただく欄					注意事項
<input type="checkbox"/> 保険診療のみ	1	2	3	4	5	5万超の場合は領収証の添付が必要です。
<input type="checkbox"/> 保険診療と自由診療の両方	1	2	3	4	5	5万超の場合は領収証の添付が必要です。医療機関記載の診断書を併せて提出ください。
<input type="checkbox"/> 自由診療のみ	1	2	3			医療機関記載の診断書を併せて提出ください。

1. 保険証券番号・保険金請求者						
保険証券番号または加入証明者番号						
被保険者氏名				保険金請求者	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	
メールアドレス						
携帯番号	- -		日中連絡先（携帯のない方のみ）	- -		
郵便番号	〒 - -	住所				

2. 保険金支払先

※被保険者に請求できない特段の事情がない限り、保険金支払先は被保険者口座を指定してください。

□ 金融機関（ゆうちょ銀行以外）口座へ支払い希望 … 以下を記入ください						
金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> 信用組合					
支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			支店コード(3桁)		
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号(7桁)			
口座名義（原則、被保険者本人名義口座を記入ください）						

□ ゆうちょ銀行口座へ支払い希望 … 以下を記入ください						
ゆうちょ銀行通帳記号(5桁)					記号番号(8桁)	
口座名義（原則、被保険者本人名義口座を記入ください）						

3. ご治療を受けた医療機関名 ※医療機関が4か所以上の場合は通院回数が多い順に3つまで記入ください

医療機関1 名称		電話番号	-	-
医療機関2 名称		電話番号	-	-
医療機関3 名称		電話番号	-	-

4. 保険診療費（健康保険一部負担金）申告欄

領収証枚数	枚	保険診療費（健康保険一部負担金）の合計	円
-------	---	---------------------	---

※項目5に、通院日・医療機関名・保険診療費（健康保険一部負担金）の詳細を記入ください。

歯の保険（歯科特約付交通傷害保険） 記入例

保険金請求書

貴社が本保険金請求に関する個人情報を、保険契約の履行（保険金支払の可否、支払金額の算定など）および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を取得、利用、提供することに同意します。

請求内容						
請求項目に✓願います	記入いただく欄					注意事項
<input checked="" type="checkbox"/> 保険診療のみ	1	2	3	4	5	5万超の場合は領収証の添付が必要です。
<input type="checkbox"/> 保険診療と自由診療の両方	1	2	3	4	5	5万超の場合は領収証の添付が必要です。 医療機関記載の診断書を併せて提出ください。
<input type="checkbox"/> 自由診療のみ	1	2	3			医療機関記載の診断書を併せて提出ください。

1. 保険証券番号・保険金請求者						
保険証券番号または加入証明者番号	PATJP0000011111					
被保険者氏名	田中 ●●		保険金請求者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ		
メールアドレス	abcde_f@chubb.com					
携帯番号	090	-	1111	-	1111	日中連絡先（携帯のない方のみ）
郵便番号	〒141	-	1111	住所	東京都品川区北品川1-2-3	

2. 保険金支払先							
※被保険者に請求できない特段の事情がない限り、保険金支払先は被保険者口座を指定してください。							
<input type="checkbox"/> 金融機関（ゆうちょ銀行以外）口座へ支払い希望 … 以下を記入ください							
金融機関名	品川			<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> 信用組合
支店名	品川		<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 出張所	支店コード(3桁)	0 1 1
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号(7桁)	1	4	1 1 1	1 1 1
口座名義（原則、被保険者本人名義口座を記入ください）	タナカ ●●●●						
<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行口座へ支払い希望 … 以下を記入ください							
ゆうちょ銀行 通帳記号(5桁)						記号番号 (8桁)	
口座名義（原則、被保険者本人名義口座を記入ください）							

3. ご治療を受けた医療機関名 ※医療機関が4か所以上の場合は通院回数が多い順に3つまで記入ください									
医療機関1 名称	ABC歯科医院			電話番号	03	-	1111	-	1111
医療機関2 名称	DEF歯科			電話番号	03	-	2222	-	2222
医療機関3 名称	Gデンタルクリニック			電話番号	03	-	3333	-	3333

4. 保険診療費（健康保険一部負担金）申告欄			
領収証枚数	5	枚	保険診療費（健康保険一部負担金）の合計
			10790 円

※項目5に、通院日・医療機関名・保険診療費（健康保険一部負担金）の詳細を記入ください。

