

新型コロナウイルス感染症 専用保険金請求書兼同意書

Chubb損害保険株式会社 行

●貴社が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、個人情報を裏面のとおりに取得、利用、提供することに同意します。

保険証券番号 (加入証明書番号又は被保険者番号)		ご請求日	
-----------------------------	--	------	--

1. 保険金請求者（新型コロナウイルス感染症にかかられた方）

●保険金請求者は、原則として被保険者（新型コロナウイルス感染症にかかられた方）となります。

ただし、被保険者が未成年の場合は保護者様をご請求ください。

〒			
ご住所			
フリガナ			
お名前			
日中のご連絡先（携帯電話）			
フリガナ			
被保険者	<input type="checkbox"/> 保険金請求者と同じ		
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 保護者	

2. 保険金支払先

●被保険者ご本人様の口座をご指定ください。被保険者が未成年の場合は保護者様の口座もご指定いただけます。

金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信用金庫	支店名	
	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> 信用組合	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号			
	口座名義(カタカナ)			
ゆうちょ銀行	通帳記号(5ケタ)			
	通帳番号(8ケタ)			
	口座名義(カタカナ)			

3. 療養状況など申告欄

①HER-SYS ID	
②診断年月日(入院日)	
③解除基準に該当した日(退院日)	
④担当保健所(医療機関名)	

4. 検査通院日申告欄 ●こども総合保険・普通傷害保険ご加入の方のみご入力ください。

⑤検査通院日	
⑥医療機関名	

～ご記入に際して～

- ①「HER-SYS ID」は、保健所から送信されるショートメッセージで確認することができます。
 - ②「自宅療養」「宿泊療養」の場合はPCR検査等で陽性と診断された日を入力してください。
「診断年月日」はMy HER SYS上の療養証明書表示画面で確認することができます。
入院された場合は、入院開始日を入力してください。
 - ③「自宅療養」「宿泊療養」の場合は厚生労働省等の定める解除基準に該当した日を入力してください。
入院された場合は、退院日を入力してください。
 - ④「自宅療養」「宿泊療養」の場合は担当保健所名、「入院」の場合は医療機関名を入力してください。
- <こども総合保険・普通傷害保険ご加入の方のみ>
- ⑤ PCR検査等で医療機関に通院された場合は通院日を入力してください。
 - ⑥ 通院された医療機関名を入力してください。

記入見本

CHUBB®

新型コロナウイルス感染症 専用保険金請求書兼同意書

Chubb損害保険株式会社 行

●貴社が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、個人情報を裏面のとおりに取得、利用、提供することに同意します。

保険証券番号 (加入証明書番号又は被保険者番号)	123PCC456789 (複数ご加入の方はこちらにご入力ください)
-----------------------------	---------------------------------------

ご請求日	2022年9月1日
------	-----------

●記入日をご入力ください

注意:療養期間終了後にご請求ください

1. 保険金請求者(新型コロナウイルス感染症にかかれた方)

●保険金請求者は、原則として被保険者(新型コロナウイルス感染症にかかれた方)となります。

ただし、被保険者が未成年の場合は保護者様をご請求ください。

〒	141-8679	
ご住所	東京都品川区北品川 × - × - × ×	
フリガナ	チャブ イチロウ	
お名前	茶部 一郎	
日中のご連絡先(携帯電話)	090-××××-××××	
フリガナ		チャブ タロウ
被保険者	<input type="checkbox"/> 保険金請求者に同じ	茶部 太郎
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 保護者	

2. 保険金支払先

●被保険者ご本人様の口座をご指定ください。被保険者が未成年の場合は保護者様の口座もご指定いただけます。

金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫	支店名	〇〇支店
	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> 信用組合	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	×××××××	
	口座名義(カタカナ)	チャブ タロウ	
ゆうちょ銀行	通帳記号(5ケタ)		
	通帳番号(8ケタ)		
	口座名義(カタカナ)		

3. 療養状況など申告欄

①HER-SYS ID	×××××××(7桁とは限りません)
②診断年月日(入院日)	2022年7月23日
③解除基準に該当した日(退院日)	2022年7月31日
④担当保健所(医療機関名)	〇〇保健所

4. 検査通院日申告欄

●こども総合保険・普通傷害保険ご加入の方のみご入力ください。

⑤検査通院日	
⑥医療機関名	

●特定感染症危険補償特約付帯の方のみご請求できます。

●入院保険金が支払われる期間中に重複してはお支払いできません。

◆弊社の個人情報お取り扱いについて

(詳細については、当社ホームページ(<https://www.chubb.com/jp>)をご覧ください。)

- ①【利用目的】保険金のご請求時に弊社が取得する個人情報(必要な範囲で取得する医療情報等のセンシティブ情報を含みます)は、保険事故の調査(関係先への照会を含みます)、保険金のお支払い、統計資料の作成等のために利用致します。
- ②【第三者提供】主に以下の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供致しません。
 - ・法令等に基づく場合
 - ・人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難で
 - ・保険業務の遂行上必要な範囲で、保険代理店を含む委託先に提供する場合
 - ・再保険会社へ契約および事故の情報を提供する場合
 - ・国等への税務関係書類作成事務に関し、契約者ならびに被保険者・受取人等の関係者に対し、保険事故内容通知が必要な場合
- ③【情報交換制度】保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険金請求を防止するため、他の損害保険会社等との間で個人データを共同利用することがあります。詳しくは一般社団法人日本損害保険協会のホームページ(<https://www.sonpo.or.jp>)をご覧ください。

上記事項に同意の上、保険金を請求します。