

# 郡山市市民公益活動総合補償保険制度 保険金請求書 兼 事故報告書

ニューインディア保険会社 御中

下記事故について、郡山市市民公益活動総合補償保険制度に従い、郡山市が支給する災害補償金について貴社指示の必要書類添付の上、保険金を請求します。保険金は添付の「郡山市市民公益活動総合補償保険制度災害補償金請求書」に記載されている口座へお支払いください。

二重線枠内は被災者の方は記入しないでください。

ご請求日	年	月	日	証券番号	市町村印	保険会社受付印
保険金請求者(自治体名) 郡山市長 品川 萬里						

## 郡山市市民公益活動総合補償保険制度 災害補償金請求書(兼医療照会同意書・個人情報取扱同意書)

郡山市 御中

下記事故について、郡山市市民公益活動総合補償保険制度に従い、災害補償金を請求いたします。災害補償金は下記支払指図のとおりお支払いください。災害補償金は口座への振込みをもって受領したものと認めます。ニューインディア保険会社(以下「保険会社」)、保険会社が指名するもの、または郡山市が医療機関等関係者に対し被災者の検査、治療に関する照会を行い回答を得ることに同意します。郡山市が事故の調査に際して下記情報を必要な範囲で保険会社に提供することについて同意します。

- また、災害補償金請求にあたり保険会社の個人情報の取り扱いについて同意します。
- 【利用目的】保険金のご請求時に保険会社が取得する個人情報(医療、戸籍、所得等の情報を含みます)は、保険金事故の調査(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いたします。
  - 【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しません。
    - ・法令に基づく場合
    - ・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あるとき
    - ・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
    - ・再保険会社への契約および事故の提供をする場合
  - 【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の中で個人データを共同利用することがあります。

詳細については、保険会社ホームページ「個人情報の取得／取扱いについて」(<http://www.newindia.co.jp/>)をご覧ください。

- \* 災害補償金のご請求の額が10万円以内の場合は「領収書」を添付してください。(コピー可)
- \* 災害補償金のご請求の額が10万円を超える場合・その他、ニューインディア保険会社からお願いする場合に「診断書」をご提出ください。

事故内容	災害補償金請求者…被災者が未成年者の場合は親権者となります。 フリガナ	被災者との関係 本人 親権者 相続人 その他 ( )
	災害補償金請求者住所(フリガナ) 〒□□□-□□□□	通常ご連絡が取れる電話 お電話 ( ) 携帯 ( )
	被災者…ケガをされた方 フリガナ	生年月日 年 月 日 ( 才)
	事故日	年 月 日 午前・午後 時 分頃
内容	事故発生場所	
	事故状況(事故原因、状況受傷程度等)	市民活動の内容
	責任者氏名 (フリガナ) 上記事故に相違ありません。	氏名 (印)

災害補償金支払指図	(フリガナ)	銀行 本店 支店 信用金庫 農協 信用組合	正確にご記入ください。 ご記入に誤りがあるとご入金がおくることがあります。
	口座種類	1.普通(総合) 2.貯蓄 3.当座	
	口座番号	店番号	
	(フリガナ)	口座名義	

\*裏面の[治療内容]もご記入下さい。

## 治療内容

傷病名																															
部位受傷	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 脚 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他 (                    )																														
形態受傷	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> その他 (                    )																														
手術	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手術日	年	月	日	内容																									
使用固定具	<input type="checkbox"/> ギブス		使用期間		年	月	日	～	年	月	日																				
	<input type="checkbox"/> シーネ		使用期間		年	月	日	～	年	月	日																				
	<input type="checkbox"/> ポリネック		使用期間		年	月	日	～	年	月	日																				
	<input type="checkbox"/> その他		使用期間		年	月	日	～	年	月	日																				
入院治療	年 月 日				通院治療日				実際に通院して治療を受けた日に次の通り表示してください。 病院 1ヶ所の時 <input type="checkbox"/> 病院 2ヶ所の時 <input type="checkbox"/>																						
	) ( 日間)				例	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10											計					
通院治療	年 月 日				( × × ) 月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20											日					
	) ( 延 日間)				( ) 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											計					
	年 月 日				( ) 月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20											日					
	(うち実際に通院して治療した日数 日)				( ) 月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31											計				
	年 月 日				( ) 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											計					
<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止				( ) 月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20											日						
				( ) 月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31											計					
病院名:				( ) 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											計						
病院の電話: ( )				( ) 月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20											日						
				( ) 月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31											計					
				( ) 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											計						
				( ) 月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20											日						
				( ) 月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31											計					