

新型コロナウイルス感染症対応医療従事者支援制度保険金請求書

東京海上日動火災保険株式会社 宛

同意事項

- 本書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金請求しますので、下記口座にお振込みください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
- 保険金が私(当社)に支払いされる場合には、労働災害総合保険普通保険約款第1章第3条の定めに従い、受領する保険金の全額を被用者またはその遺族に補償金として支払い、その受領書は同約款第3章第22条(1)に従い保険金受領後30日以内に貴社に提出します。
- 故意または重大な過失によって前記に反したとき、もしくは、上記約款第22条(2)に該当した場合は、保険金を貴社に返還します。また、後日被用者またはその法定相続人より貴社に対し、この保険金受領に関して裁判上あるいは裁判外の請求があったときは当社が一切の責に任じます。

【個人情報の利用目的】

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

(※)詳しくは、弊社ホームページ (<http://www.tokiomarine-nichido.co.jp/>) をご参照ください。

【注】太線内を漏れなくご記入ください。

保 險 契 約	保 險 金 請 求 者 (医療機関)	〒□□□-□□□□	記入日(請求日) 年 月 日						
	フリガナ								
	住 所								
	TEL ()								
	フリガナ								
	氏 名	(印)							
証券番号									
発 病 日	年 月 日								
被 災 労 働 者	フリガナ								
	住 所	〒□□□-□□□□							
	TEL ()								
	フリガナ								
	氏 名	生年月日 (西暦)		年 月 日					
	職 種	医療資格者等							その他従事者
	1 □ 医師	2 □ 歯科医師	3 □ 薬剤師	4 □ 保健師	5 □ 助産師	6 □ 看護師	7 □ 准看護師	8 □ 診療放射線技師	左記以外 (事務職員等)
	9 □ 診療Iyklus線技師	10 □ 臨床検査技師	11 □ 衛生検査技師	12 □ 理学療法士	13 □ 作業療法士	14 □ 視能訓練士	15 □ 言語聴覚士	16 □ 臨床工学技士	
	17 □ 義肢装具士	18 □ 救急救命士	19 □ 歯科衛生士	20 □ 歯科技工士	21 □ 管理栄養士	22 □ 栄養士	23 □ 精神保健福祉士	24 □ その他看護補助者等 (診療報酬で評価の対象となる看護補助者等)	
保 險 金 受 取 口 座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農 協 <input type="checkbox"/> 支所		ゆうちょ銀行			※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。			
	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 支店コード (3ケタ) □□□	<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	<input type="checkbox"/> 口座番号 (7ケタ) □□□□□□□	通帳記号 1 □ □ □ □ 0	通帳番号 □ □ □ □ □ □ □ □	※通帳記載の通帳記号5ケタを記入 ※通帳記載の通帳番号8ケタを記入			
	<input type="checkbox"/> 口座名義 (カタカナでご記入ください)								