

- ・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
------	---	------	---

証券番号・契約者氏名等
証券番号・契約者氏名・被保険者氏名・請求の種類をご記入ください。
*請求の種類がご不明な場合は選択がなくとも問題ございません。

お客さまに関する個人情報のお取り扱いについて
「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。

SMSによる手続き完了の連絡
お手続き完了後等にお客さまにSMS(ショートメッセージサービス)でご連絡いたしますので携帯電話番号のご登録をお願いしております。
*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。

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り扱いについて」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: XXXX年XX月XX日

証券番号: XXXXXXXXXXXX

契約者氏名: 見本太郎 様 被保険者氏名: 見本太郎 様

請求の種類: ①死亡保険金 ②特定疾病保険金 ③入院・手術給付金 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

住所: 〒XXXX-XXXX
〇〇県〇〇市〇〇町99-99

フリガナ: ミホン タロウ

請求者(受取人)氏名(自署): 見本太郎 様 (印)

代筆・代理請求の方氏名(自署): _____ (印)

連絡先 TEL: (XXX) XXXX-XXXX

SMSによる連絡: 希望しない 希望する

希望する場合は、携帯電話番号にお手続き完了等の連絡をSMSでお送りします。不要な場合のみO印をご記入ください。

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 指定代理人

被保険者 同意: 同意 不同意

氏名(自署): _____ (印)

ご希望されるお受取り口座にO印をご記入ください。
フリガナ: ミホン タロウ
フリガナ: 〇〇〇〇〇〇

送金方法・送金先: ゆうちょ銀行以外 ゆうちょ銀行

金融機関名: 〇〇〇〇〇〇 科目: 普通(総合) 口座番号: XXXXX-XXXX

通帳記号: 10 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	営業店受付印	本社受付印	書類完備日
取扱営業店	LA				
取扱代理店	BN				

*21.Reb①PDF(V7575) ⑥

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)	_____ 様 (印) 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	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。
	氏名(自署)	_____ 様 (印) 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。	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 漢字
	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 農協 信用組合 信託銀行 その他 支店名 本店 支店 出張所
		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

※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					

ご担当の先生へ

【死亡証明書作成にあたってのお願い】

拝啓 平素は格別のお引き立てをいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、「死亡証明書」は、患者様の保険金・給付金等のご請求に際し、お支払等の要件に該当するかどうかを判断させていただく大切な書類です。

つきましては、ご多忙の中誠に恐縮ですが、以下「死亡証明書」のご記入にあたっての留意点」をご参照のうえ、漏れなく正確にご記入くださいますようお願いいたします。

また、内容に不明な点がある場合は、当社より照会・確認させていただくことがございますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

なお、作成いただきました「死亡証明書」は、診断書用封筒に封入くださいますようお願いいたします。

「死亡証明書」のご記入にあたっての留意点

- ・死亡保険金だけでなく、入院給付金や手術給付金等についてもお支払いの要件に該当するかを判断させていただきますので、死亡日までの入院期間と治療内容、手術の有無、放射線照射の有無と総線量などすべての項目を漏れなく正確にご記入くださいますようお願いいたします。
- ・「内視鏡を用いた手術」「ドレナージ」「カテーテルを使用した手術」なども手術欄にご記入をお願いいたします。

FWD生命保険株式会社

総合サービスセンター

通話料無料 0120-211-901

死 亡 証 明 書

1.氏 名		男 女	2.生年月日	年 月 日	
3.住 所					
4.職 業			5.発病年月日	年 月 日	
6.治療期間	初診	年 月 日～ 年 月 日			
	入院 期間	第1回目	第2回目	年 月 日～ 年 月 日	
	3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」を記入ください				
7.死亡したとき	年 月 日	午前 午後	時 分		
8.死亡した ところ 及び その種別	死亡した ところの種別	① 病院 ② 診療所 ③ 老人保健施設 ④ 助産所 ⑤ 老人ホーム ⑥ 自宅 ⑦ その他			
	死亡した ところ				
	種別1～5の 施設の名称				
9.死亡の原因	I	(ア)直接死因	発病（発 症）又は 受傷から 死亡まで の期間		
		(イ)(ア)の原因			
		(ウ)(イ)の原因			
		(エ)(ウ)の原因			
	II	直接には死因に関 係しないがI欄の 傷病経過に影響を 及ぼした傷病名等			
手術	① 無 ② 有	{ 部位及び主要所見 }	手 術 年 月 日	年 月 日	
解剖	① 無 ② 有	{ 主要所見 }			
10.死亡の種類	① 病死および自然死 外因死 { ② 交通事故 ③ 転倒・転落 ④ 溺水 ⑤ 煙、火災及び火焰による傷害 } { ⑥ 窒息 ⑦ 中毒 ⑧ その他 } その他及び不詳の外因死 { ⑨ 自殺 ⑩ 他殺 ⑪ その他及び不詳の外因 } ⑫ 不詳の死				
11.外因死の 追加事項	傷 害 が 発生したとき	年 月 日	午前 午後	時 分	① 従業中 ② 従業中 でないとき ③ 不明
	傷 害 が 発 生 したところ の 種 別	① 住居 ② 工場及び建築現場 ③ 道路 ④ その他 { }			
	傷 害 が 発 生 したところ	都道 府県	市 郡	区 町村	
	手 段 及 び 状 況				



お願い
訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印ください。

12. 死亡に直接関係のある既往症（年月日、傷病名、症状経過、医療機関）

13. 今回の発病（受傷）から初診までの経過

14. 初診時の主訴・所見およびその後の経過

治療内容

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（ ）									
	・筋骨関係の手術の場合（ <u>観血</u> ）・ <u>非観血</u> ） ・手指・足指の手術の場合MP関節を含めて中枢側に（ <u>及ぶ</u> ）・ <u>及ばない</u> ） ・植皮術・筋皮弁術の場合（ <u>25cm以上</u> ・ <u>25cm未満</u> ） ・口腔内の手術の場合、顎骨を（ <u>削っている</u> ・ <u>削っていない</u> ） ・筋・腱・靭帯に操作が（ <u>及ぶ</u> ）・ <u>及ばない</u> ） ・穿頭術の場合（ <u>新たな穿頭による</u> ・ <u>既存の穿頭穴を使用</u> ）									
手術および処置名	手術内容	手術名	手術日	手術を指示した日	手術を指示した日	備考欄	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・手術内容等を記入ください。			
診療点数区分	療 酬 数 分	—	—	年 月 日	年 月 日	—	—			

放射線治療	照射部位	総線量	Gy
区分	M	—	(定位照射) (密封小線源) (温熱療法) (その他)()
期間	開始	年 月 日	～終了 年 月 日

15. 前医または紹介医
有 無 医師名 医療機関名 その所在地

16. 病名を告げた時期
(死因病名やその他の病名を患者または家族にいつどのように告げられましたか)
本人には、(年 月 日)に病名を()と告げた。
家族には、(年 月 日)に病名を()と告げた。
悪性の場合 診断確定日(年 月 日)
診断方法 1. 病理組織診断 2. その他()

17. その他
(本人の特徴、身長、体格、酒量、習癖、その他の事項)
区分

18. 死亡診断（死体検案）年月日 年 月 日

上記のとおり診断する。
本証明書発行年月日 年 月 日
所在地
病院または診療所等の名称
医師氏名



- ・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、点線で囲った箇所は記入は不要です。

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	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 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

*請求者と同じ場合は住所、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 <input type="radio"/> (無) <input checked="" type="radio"/> (有)
他社加入	<input type="radio"/> (無) <input checked="" type="radio"/> (有) 生命保険	〇〇生命保険	損害保険等

事故発生日時	2021年 6月 1日 (火 曜日)	(午前・午後)	<input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 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="radio"/> (無) <input checked="" type="radio"/> (有)	2021年 6月 2日	芝田 署 ()	派出所へ届出済
事故発生状況	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="radio"/> (無) <input checked="" type="radio"/> (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="radio"/> (無) <input checked="" type="radio"/> (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="radio"/> (無) <input checked="" type="radio"/> (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		
免許の種類	大型 中型 準中型 普通 大特	大自二	<input checked="" type="radio"/> 普通	小特	原付 牽引 大型二 中型二 普通二 大特二 牽引二



事故状況報告書

FWD生命保険株式会社 御中

記入日

年

月

日

下記のとおり事故状況を報告します。

記入者	氏名		受傷者との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 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 checked="" 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 checked="" 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	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





法人契約・個人事業主契約保険金請求内容了知確認書

FWD生命保険株式会社

御中

証券番号		様
契約者		様
被保険者		様
保険金受取人		様
保険金額		円

上記契約について、被保険者あるいはその遺族に対する福利厚生のため、保険金受取人がFWD富士生命保険株式会社に対して保険金請求を行うことを了知いたします。

被保険者または死亡退職金等の受給者

記入日 年 月 日

住所		
氏名(ご署名)		被保険者と続柄
連絡先電話番号	()	-

受給者とは、被保険者の配偶者とします。

配偶者がいない場合は、労働基準法施行規則第42条2項の優先順位者とし、同順位者が複数人いる場合はそのうち1名の了知確認を取り付けてください。

上記の方は被保険者または死亡退職金等の受給者であることに相違ありません。

保険金受領に関し、その遺族等から異議申し出があった場合は当社(店)で解決し、貴社には一切ご迷惑をおかけしません。

記入日 年 月 日

法人名・法人代表者名 (契約者)		印
---------------------	--	---

※お支払い手続きの審査にあたり、上記に関し事実確認をさせていただくことがあります。

「特定米国人」・「米国人所有外国事業体」とは

①「特定米国人」とは以下を指します。

- ・米国民または米国居住者
米国居住者とは、一般に183日以上、米国に滞在する者。滞在日数の計算には、対象年度の滞在日数に加え、前年の日数の3分の1に相当する日数と前々年の日数の6分の1に相当する日数も考慮されます。また、永住権所有者を含みます。
- ・米国パートナーシップ、米国法人、米国財団、米国信託
但し、米国上場法人、米国政府、米国非課税団体、米国銀行等は特定米国人に該当しません。

②「米国人所有外国事業体」とは以下を指します。

- ・支配者のなかに、直接または間接的に25%を超える議決権または価値を有する特定米国人が1人以上いる外国事業体

【免除対象となる外国事業体の例】

- ・上場法人およびその関連企業
- ・政府機関等（政府、行政機関、国際組織、中央銀行など）
- ・過年度の総所得のうち、投資所得が50%未満の事業体
- ・一定の非営利団体、公益法人など

FWD生命保険株式会社

総合サービスセンター 通話料無料：0120-211-901

お問い合わせ時間：月～金（祝日・年末年始を除く）9：00～18：00

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14〜23.5 cm、幅9〜12 cmの長方形で、厚さが1 cmまでのもの)の中で重量が25 gまでの郵便物。

(ご注意)

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	
大阪北局 承認 4188	2 2 4
(定形郵便物)	
差出有効期間 2025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	