

コミュニティ活動補償制度費用保険保険金請求書 兼 医療照会同意書
入・通院状況申告書

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 行

下記事故について、岡崎市市民活動総合補償制度に従い、岡崎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「岡崎市市民活動総合補償制度災害補償金等請求書」に記載されている口座へお支払いください。保険金が支給対象者に振り込まれる場合は、傷害補償保険金等の支給は口座への振込をもって終了したものとします。

添付書類として、通院日が確認できる領収書の
コピーが必要です。

岡崎市市民活動総合補償制度災害補償金等請求書(票個人情報取扱同意書・医療照会同意書)
(宛先) 岡崎市長

下記事故について、岡崎市市民活動総合補償制度要綱に従い、災害補償金を請求いたします。災害補償金等は、下記支払指図の通りお支払い下さい。災害補償金は口座への振込をもって受領したものと認めます。尚、岡崎市またはあいおいニッセイ同和損害保険株式会社、その委託を受けた者が被害者の傷病内容や治療内容等に関し、病院等に照会または記録等を取付けること、照会に際し、病院・診療所等に、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社の費用保険に加入しているという情報が提供されることに同意します。また本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。岡崎市が事故の調査に際して、下記情報を必要な範囲であいおいニッセイ同和損害保険株式会社に提供することについて同意します。また、別紙あいおいニッセイ同和損害保険株式会社「お客さまの情報に関する取扱い」に記載に関する取扱いについて同意します。

※災害補償金の請求額が10万円を超える場合には、別途診断書・証明書等の書類が必要となります。

事故内容	フリガナ オカザキ タロウ 氏名 ※受傷者が未成年の場合は親権者 岡崎 太郎	連絡先 (電話番号) 0564 -12 -1234 (携帯電話) 090 -1234 -5678	受傷者との関係 本人 親権者・相続人 その他 ()
	フリガナ オカザキシジュウオウチョウ2チョウメ9バンチ 住所 岡崎市十王町2丁目9番地	被害者と請求者が同じ場合も 記入・押印してください。	
受傷者	フリガナ オカザキ タロウ 氏名 岡崎 太郎	生年月日 明治・大正 昭和 平成 ○年 ○月 ○日	
事故日時	令和○年 5月1日 午前 午後 10時00分	事故発生場所	○○運動場、○○小学校運動場、 ○○町字○○地内など
事故状況(事故原因、状況、受傷程度等)	学区子ども会のソフトボールの練習で、ボールをつかもうとした際、転んで右足首を骨折した。(※事故報告書と同様の内容を具体的に記入してください。)		
	市民活動の内容 町内会○○活動、学区○○大会		

病院名	電話番号	住所
市民協働クリニック	0564 - 11 -1111	岡崎市市民協働町1丁目1番地1
傷病名(けがの部位・症状)(例:「右手首の骨折」のようにご記入下さい。)	通院日に○印をつけてください。	
右足首の捻挫	5月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 4 日	
今回のケガに関しての手術はありましたか? はい・ いいえ	6月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 1 日	
(手術があった場合) 手術日 年 月 日	入院治療 日間(うち外泊日数 日)	
手術日 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	
※入院治療した場合だけ記入して下さい。	ギプス固定(医師以外の取り外し 可 不可)	
令和○年 5月1日 ~ 令和○年 5月10日	その他固定器具(名称)	
年 月 日 ~ 年 月 日	固定具は常時装着されていましたか? はい ・いいえ	
医師からの常時装着の指示はありましたか? はい ・いいえ	後遺障害残存見込 有 ・無	
後遺障害残存見込	月 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 日	

フリガナ キョウドウ 協働	店番 000	フリガナ スイシン 推進	預金種類 本店 普通 当座 支店 貯蓄・別段	口座番号 1234567
ゆうちょ銀行	口座種類	総合口座	再発行番号	口座番号
口座名義人 氏名	フリガナ オカザキ タロウ 岡崎 太郎	お支払通知 送付先住所	フリガナ オカザキシジュウオウチョウ2チョウメ9バンチ 岡崎市十王町2丁目9番地	

保険会社支払手続確認チェック欄 自治体担当者名() 確認日(年 月 日) 確認方法()