給付金請求書（簡易請求用）

ご請求に必要な書類をご案内いたしますので、本冊子の各項目をご参照のうえ、ご提出くださいますようお願い申しあげます。
なお、お支払までの日数を記載した「保険金・給付金等のお支払について（P.8）」および当社の個人情報の利用目的等を記載した「個人情報のお取扱について（P.9）」をご一読ください。

お手続の前にご確認ください

本冊子は簡易請求制度をご利用いただく場合の請求書です。
入院や手術などの内容の確認方法として、診断書をご提出いただく方法と、診断書に代えて「簡易請求制度」によりご請求いただく方法があります。簡易請求制度の利用可否は以下をご確認ください。
※ご請求に必要な書類の取得費用はお客さま負担となります。

簡易請求制度を利用できる場合について

確認事項① 三大疾病保障保険または傷病名：睡眠時無呼吸症候群（疑いを含む）でのご請求ですか？

- はい → 簡易請求制度はご利用いただけません。担当ライフプランナーまたはカスタマーサービスセンターまでご照会ください。
- いいえ ↓

確認事項② 責任開始日※（または復活日、復旧日、ご請求の対象となる特約の中途付加日）から2年経過後に開始した入院・手術ですか？

※当社がご契約上の保障を開始する時期（日）をいいます。
※短期入院特約または入院初期給付特約が中途付加日から2年以内であっても、ご請求の対象となる主契約もしくは特約が責任開始日から2年経過している場合には、簡易請求をご利用いただけます。

- はい → **簡易請求制度をご利用いただけます。**
  ●「簡易請求制度を利用する際の必要書類（P.2～5）」をご確認ください。
- いいえ ↓

確認事項③ お支払対象となる手術を受けていますか？*1

- はい → 簡易請求制度はご利用いただけません。担当ライフプランナーまたはカスタマーサービスセンターまでご照会ください。
- いいえ ↓

確認事項④ （新）入院保険（一時金給付型）、入院特約（一時金給付型）、成人病特約、女性疾病特約、がん入院特約、がん保険のお支払対象となる入院ですか？*1

- はい → 簡易請求制度はご利用いただけません。担当ライフプランナーまたはカスタマーサービスセンターまでご照会ください。
- いいえ ↓

確認事項⑤ お支払対象となる入院日数が5日以上ですか？*1

- はい → 簡易請求制度はご利用いただけません。担当ライフプランナーまたはカスタマーサービスセンターまでご照会ください。
- いいえ ↓

簡易請求制度をご利用いただけます。
●「簡易請求制度を利用する際の必要書類（P.2～5）」をご確認ください。

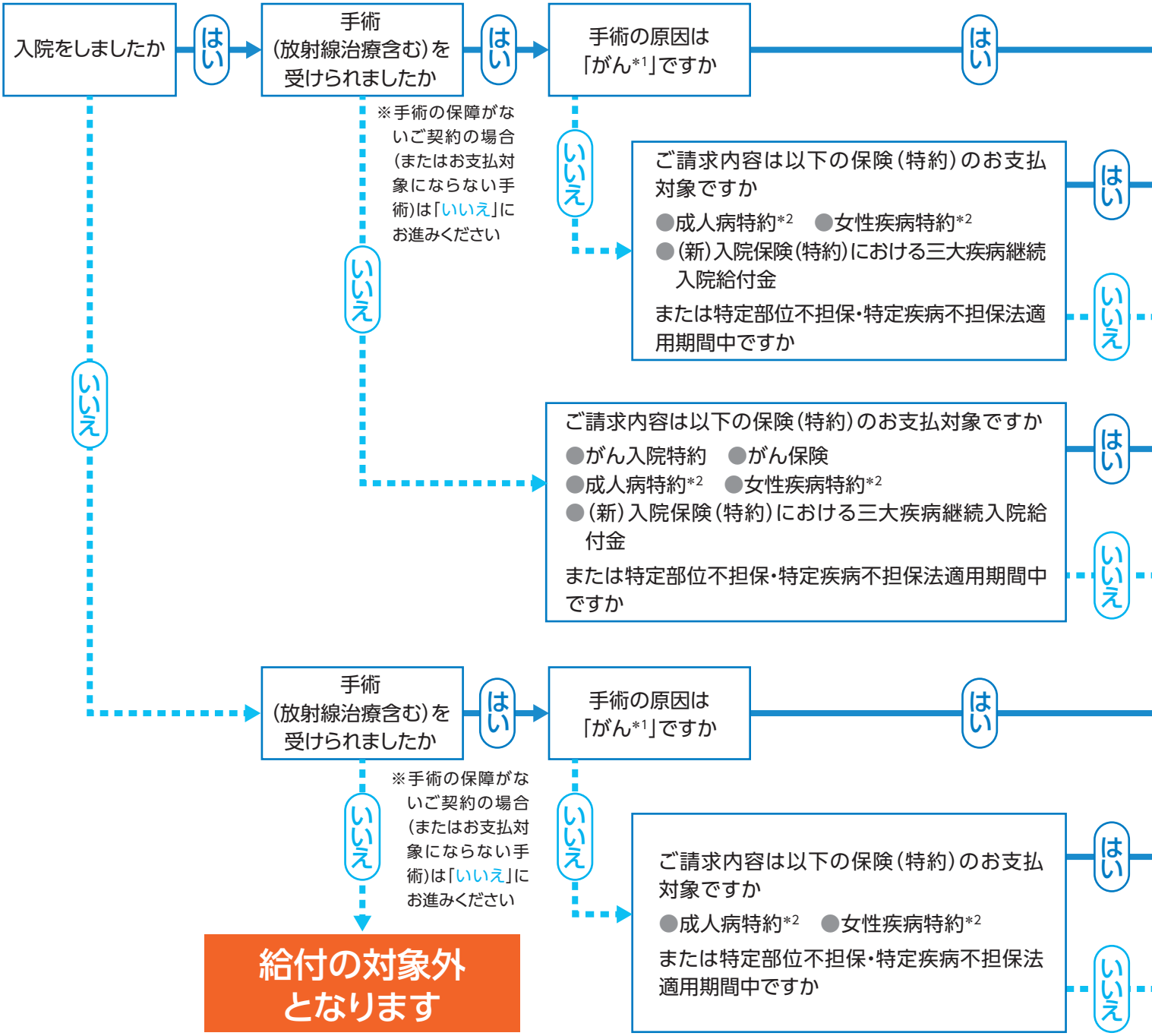
*1 お申込時にお渡しした約款にてご確認ください。
ご不明な点は担当ライフプランナーまたはカスタマーサービスセンターまでご照会いただくか、当社ホームページをご確認ください。

ご契約者さま → 主な手続き → 保険金・給付金等を請求する → 支払基準のわかりやすい解説

お問合せ先	ご指摘やご意見、その他ご要望などお客さまの声をお聞かせください。 ●カスタマーサービスセンター **0120-810740** 通話料無料 ※最新の営業時間は当社ホームページをご覧ください ●プルデンシャル生命ホームページ https://www.prudential.co.jp/

簡易請求制度を利用する際の必要書類

ご請求に必要な書類が発行可能か、事前に医療機関にお問合せください。必要書類をひとつでもご提出いただけない場合または必要項目が記載されていない場合は、簡易請求制度はご利用いただけません。この場合は、「入院・手術証明書（診断書）（別紙 保金-B-208）」の発行を医療機関に依頼のうえ、ご提出ください。
※ご提出いただいた書類は返却いたしません。



＊1 傷病名「がん」により切除術を受けられた場合について

過去にがんの切除術にて給付金をご請求された方で、今回、新たに発生したがんの原発巣※の切除術を受けられた場合は「入院・手術証明書（診断書）」の発行を医療機関に依頼のうえ、ご提出ください。ただし、手術のお支払が（新）手術給付特約のみの場合は、ご提出不要です。

※原発巣：今回の切除が「新たに発生した原発巣」・「過去に手術をした原発巣」・「再発・転移巣」のいずれかに対するものかにより、お支払倍率が異なります。医師にご確認ください。

＊2 お支払対象となる成人病・女性疾病について

お申込時にお渡しした約款にてご確認ください。ご不明な点は担当ライフプランナーまたはカスタマーサービスセンターまでご照会いただくか、当社ホームページをご確認ください。

ご契約者さま → 主な手続き → 保険金・給付金等を請求する → 支払基準のわかりやすい解説 → 病気やけがに対する入院保障 → 成人病／女性疾病入院給付金について

＊3 特定部位不担保・特定疾病不担保法の適用期間中のご契約について

不担保部位に対する疾病または不担保疾病を原因とする入院・手術については、給付金をお支払いすることができません。

1 給付金請求書　2 領収書 コピー　3 診療明細書 コピー　4 退院証明書 コピー

以下のⒶⒷいずれかの場合は、4退院証明書 コピーの提出を省略いただけます。
Ⓐ手術について放射線治療のみで、がん入院特約、がん保険、成人病特約、女性疾病特約のお支払対象にならない場合
Ⓑ(新)手術給付特約のお支払対象で、(新)入院保険(特約)における三大疾病継続入院給付金とがん入院特約のお支払対象にならない場合

1 給付金請求書　2 領収書 コピー　3 診療明細書 コピー　4 退院証明書 コピー

1 給付金請求書　2 領収書 コピー　3 診療明細書 コピー

1 給付金請求書　2 領収書 コピー　4 退院証明書 コピー

1 給付金請求書　2 領収書 コピー

1 給付金請求書　3 診療明細書 コピー　5 手術同意書 コピー

以下のⒸⒹいずれかの場合は、5手術同意書 コピーの提出を省略いただけます。
Ⓒ手術について放射線治療のみで、がん入院特約、がん保険、成人病特約、女性疾病特約のお支払対象にならない場合
Ⓓ新手術給付特約のお支払対象で、がん入院特約のお支払対象にならない場合

1 給付金請求書　3 診療明細書 コピー　5 手術同意書 コピー

1 給付金請求書　3 診療明細書 コピー

その他の書類が必要となる場合　必ずご確認ください

●ご家族が入院・手術をされた ●契約者が法人である ●受取人(請求者)が既にお亡くなりになっている ●指定代理請求人からのご請求	「その他必要書類(追加書類)について(P.6)」、「受取人(請求者)について(P.7)」を必ずご確認のうえ、受取人(請求者)や追加で必要な書類のご確認をお願いいたします。
先進医療特約のご請求がある	先進医療費用(技術料)が記載された領収書コピーのご提出が必須となります。領収書コピーをご提出いただけない場合は、「入院・手術証明書(診断書)」をご提出ください。
入院療養特約のご請求がある	診療報酬点数が記載された領収書コピーのご提出が必須となります。
旧あおば生命契約にご加入されており、 通院給付金のご請求がある	通院日の記載のある領収書コピーをご提出ください。領収書コピーの日付を「通院日」としてお支払いいたします。

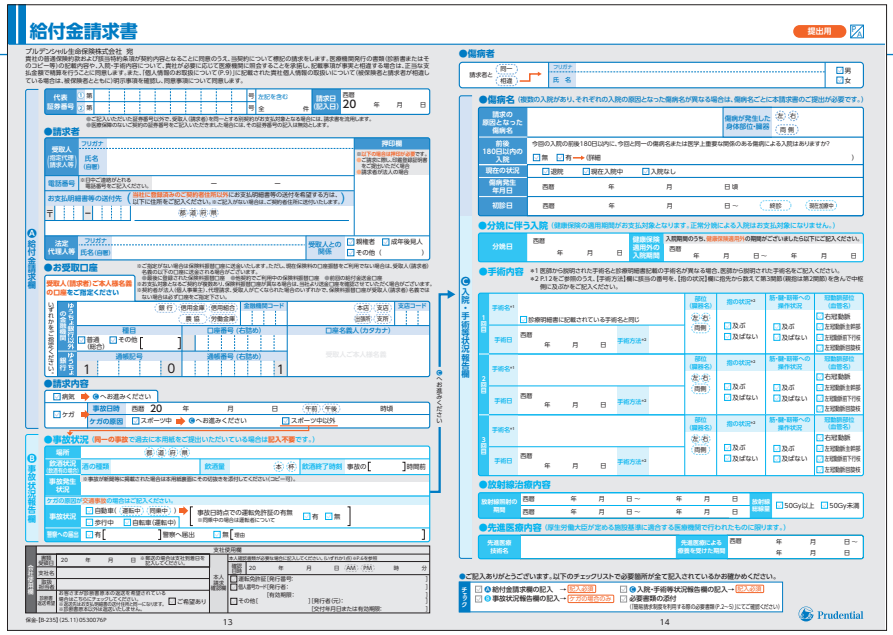
必要書類詳細

書類の記載事項をご確認ください	●掲載されている書類は見本です。医療機関により書式が異なります。 ●2～5について「医療機関名」「氏名」「日付」が必ず記載されていることをご確認ください。なお、「記号・番号、保険者番号」は必ず黒く塗りつぶしたうえでご提出ください。

1 給付金請求書

●本用紙にある給付金請求書に必要事項を記入のうえご提出ください。

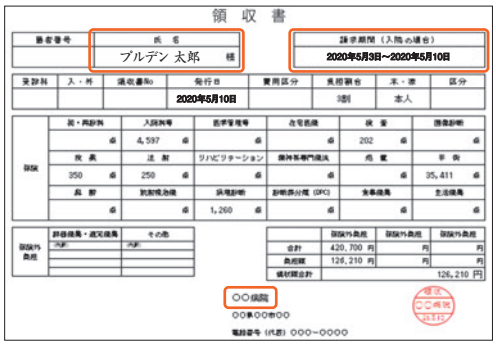
※ご記入前に「記入例(P.10～11)」をご覧ください。



2 「領収書」コピー

「入院期間」が記載されているか必ずご確認ください。

注意事項	●領収書等の入院期間に基づきお支払いをするため、入院された期間の「領収書」コピーを必ずご提出ください。
代用可能書類	●「診療明細書」や「退院証明書」のコピーなどで、入院期間の記載があるものが利用可能です。 ●名称が「請求書」等、入院期間が記載されている医療機関発行のものが利用可能です。

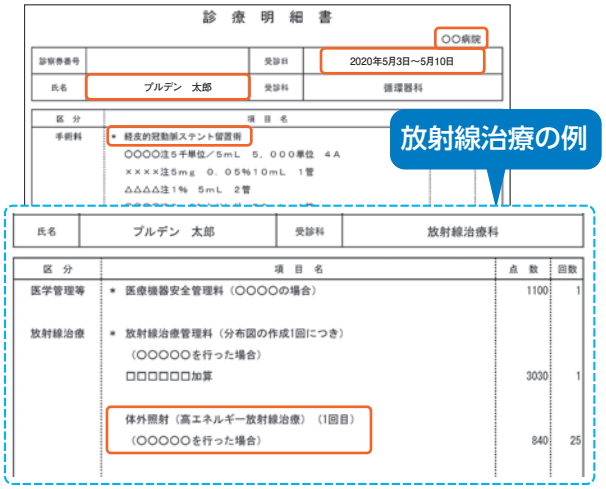


3 「診療明細書」コピー

「治療内容(手術名・処置名・薬剤名等)」が記載されているか必ずご確認ください。

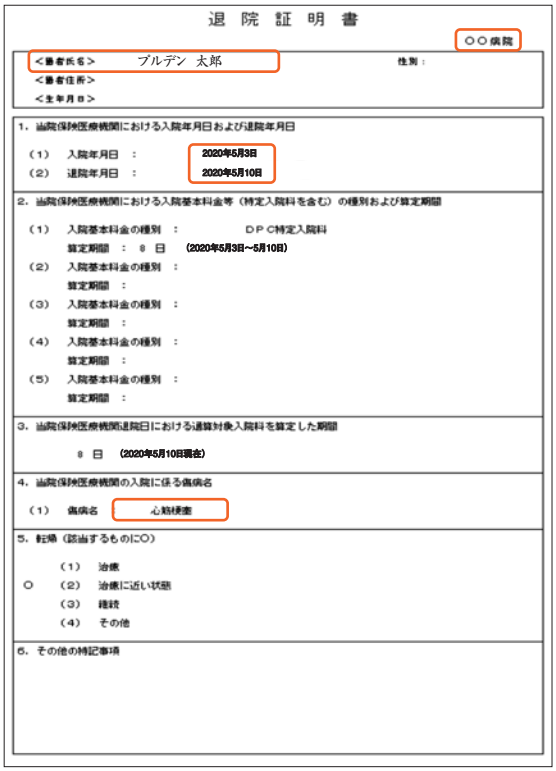
医療機関の会計窓口で受け取ることができます。ご治療中の検査や手術、薬などの詳細が記載されています。

注意事項	●レーシック等の自由診療の手術は、健康保険の対象とならない手術であるため、診療明細書が発行されないことがあります。その場合、簡易請求制度はご利用できません。 ●放射線治療を受けている方は、治療期間全ての診療明細書が必要です。 ●「診療明細書」は、お客さまからの申出により発行されることや、一部有料となることがあります。あらかじめ医療機関にご確認ください。なお、取得費用はお客さまの負担となります。
代用可能書類	●名称が「診療報酬明細書」や「医療費明細書」等、治療内容が記載されている医療機関発行のものが利用可能です。 ●「手術同意書」など手術の予定が記載された書類では代用できません。



4 「退院証明書」コピー ！「今回の入院・手術の原因となった傷病名」が記載されているか必ずご確認ください。

代用可能書類	●入院・手術を実施した医療機関発行の「入院療養計画書」や「手術同意書」のコピーなどで、今回の入院・手術の原因となった「傷病名」が確認できるものが利用可能です。 ●「退院証明書」は、お客さまからの申出により発行されることや、一部有料となることがあります。あらかじめ医療機関にご確認ください。なお、取得費用はお客さまの負担となります。



退 院 証 明 書

○○病院

<患者氏名> ブルデン 太郎　　性別：
<患者住所>
<生年月日>

1. 当院保険医療機関における入院年月日および退院年月日
（1） 入院年月日 ： 2020年5月3日
（2） 退院年月日 ： 2020年5月10日

2. 当院保険医療機関における入院基本料金等（特定入院料を含む）の種別および算定期間
（1） 入院基本料金の種別 ： ＤＰＣ特定入院料
算定期間 ： 8 日 （2020年5月3日～5月10日）
（2） 入院基本料金の種別 ：
算定期間 ：
（3） 入院基本料金の種別 ：
算定期間 ：
（4） 入院基本料金の種別 ：
算定期間 ：
（5） 入院基本料金の種別 ：
算定期間 ：

3. 当院保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間
8 日 （2020年5月10日現在）

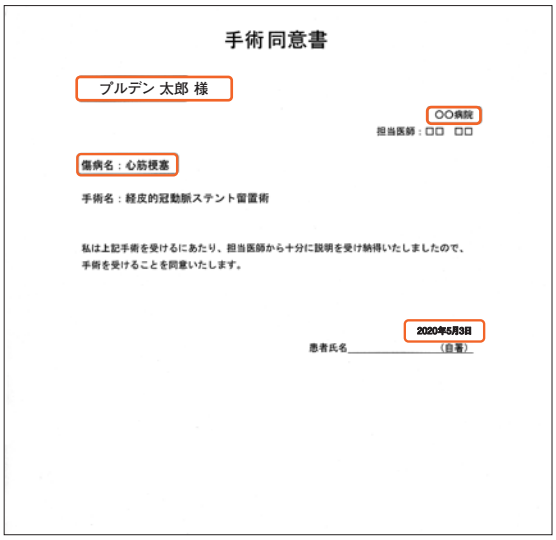
4. 当院保険医療機関の入院に係る傷病名
（1） 傷病名 心筋梗塞

5. 転帰（該当するものに○）
（1） 治癒
○ （2） 治癒に近い状態
（3） 継続
（4） その他

6. その他の特記事項

5 「手術同意書」コピー ！「今回の入院・手術の原因となった傷病名」が記載されているか必ずご確認ください。

代用可能書類	●入院・手術を実施した医療機関発行の「入院療養計画書」や「退院証明書」のコピーなどで、今回の入院・手術の原因となった「傷病名」が確認できるものが利用可能です。



手術同意書

ブルデン 太郎 様

○○病院
担当医師：□□ □□

傷病名：心筋梗塞

手術名：経皮的冠動脈ステント留置術

私は上記手術を受けるにあたり、担当医師から十分に説明を受け納得いたしましたので、手術を受けることを同意いたします。

2020年5月3日
患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

その他必要書類（追加書類）について

必要書類はP.2～3に記載されていますが、状況により追加書類の提出が必要となります。詳細は以下をご確認ください。

その他の書類が必要となるケース

旧あおば生命契約のガン保険		初回ご請求時は、右記の書類を追加でご提出ください。	1	給付金受取人の本人確認書類コピー	
家族型特約（特則）のご請求		主契約の被保険者と傷病者（ご家族）の氏名および続柄が記載されている右記の公的書類のいずれかを追加でご提出ください。	1	戸籍謄本	
			2	住民票	
			3	資格確認書コピー	●主契約の被保険者と傷病者の資格確認書に同一の住所が記載されているものをご提出ください。 ※マイナ保険証コピーは受付できません。
請求者が既にお亡くなりのとき	被保険者（請求者）がお亡くなりのとき	給付金受取人の法定相続人の中から代表請求者を選任のうえ、右記の書類を追加で、すべてご提出ください。 ※契約日（中途付加日、復活日、更新日）が2010年10月4日以降の場合は、約款に代表請求者となる順位が定められています。*1 ※ご請求金額が500万円を超える場合 被保険者の法定相続人の中から成人されている方を、代表者以外の相続人として選任ください。	1	被保険者の死亡診断書コピーまたは死亡の事実が分かる戸籍謄（抄）本または住民票	●いずれかを提出ください。
			2	念書（相続人代表請求者選任届）*2（別紙 保金-B-209）	
			3	代表請求者の本人確認書類コピー*3	
			4	代表請求者の戸籍謄（抄）本*3	●代表請求者が被保険者の法定相続人であることがわかるものをご提出ください。 ●ご請求金額が500万円以内かつ代表請求者が、「死亡保険金受取人である配偶者」または「死亡保険金受取人である相続権のある子」の場合は、提出省略可能です。*1
		※相続人が給付金を受け取った場合、相続放棄ができなくなることがありますので、相続放棄を検討されている場合はご注意ください。			
	旧あおばガン保険給付金受取人がお亡くなりのとき	給付金受取人の法定相続人の中から代表請求者を選任のうえ、右記の書類を追加で、すべてご提出ください。 ※ご請求金額が500万円を超える場合 被保険者の法定相続人の中から成人されている方を、代表者以外の相続人として選任ください。	1	受取人の死亡診断書コピーまたは死亡の事実が分かる戸籍謄（抄）本または住民票	●いずれかを提出ください。
			2	念書（相続人代表請求者選任届）*2（別紙 保金-B-209）	
			3	代表請求者の本人確認書類コピー*3	
			4	代表請求者の戸籍謄（抄）本*3	●代表請求者が被保険者の法定相続人であることがわかるものをご提出ください。
		※相続人が給付金を受け取った場合、相続放棄ができなくなることがありますので、相続放棄を検討されている場合はご注意ください。			
指定代理請求人からのご請求		※被保険者と給付金等の受取人（請求者）が同一であり、かつ指定代理請求特約が付加されているご契約で、受取人（請求者）が給付金等を請求できない特別な事情がある場合には、指定代理請求人からのご請求が可能です。 （また、上記以外に受取人（請求者）が給付金等をご請求できない特別な事情がある場合、代理人からご請求いただけることがあります。詳しくは担当ライフプランナーまたはカスタマーサービスセンターへお問い合わせください。）			
		右記の書類を追加で、すべてご提出ください。 なお、指定代理請求人が本来の受取人の三親等以内の親族ではない場合は、被保険者と同居または生計を一にしていることが分かる書類が追加で必要となります。	1	指定代理請求に関する確認書兼念書（別紙 保金-B-167）	
			2	指定代理請求人の本人確認書類コピー	
			3	指定代理請求人と受取人（請求者）の続柄が分かる戸籍謄（抄）本	

*1 詳細は「念書（相続人代表請求者選任届）」裏面の注意事項をご参照ください。
*2 ご請求金額が500万円を超える場合、代表者以外の相続人も必要箇所をご記入ください。
*3 ご請求金額が500万円を超える場合は、代表者以外の相続人についても必要です。

各書類の詳細

●戸籍謄（抄）本、住民票、登記事項証明書、印鑑登録証明書は、発行後6カ月以内のものをご提出ください。（コピー可）
●本人確認書類とは、運転免許証、資格確認書、個人番号（マイナンバー）カードなどとなります。
●資格確認書コピーを提出される場合は、記号・番号、保険者番号を黒く塗りつぶしたうえでご提出ください。
●個人番号（マイナンバー）カードのコピーを提出される場合は、表面のみとしてください。
●住民票は個人番号（マイナンバー）が記載されていないものをご用意ください。住民票に個人番号が記載されている場合は、個人番号を黒く塗りつぶしたうえでご提出ください。

受取人(請求者)について

給付金等の受取人(請求者)は、多くは病気またはケガをされたご本人ですが、保険種類と契約者の関係によっては異なることがあります。以下の表から、請求書の記入者となる受取人(請求者)をご確認ください。

※保険種類や契約者がご不明な場合は、担当ライフプランナーまたはカスタマーサービスセンターまでご照会ください。

病気またはケガをされた方が[被保険者ご本人]のとき

保険種類		契約者		
		個人	法人	個人事業主
旧あおば生命以外	(新)医療保険・(新)入院保険	被保険者	契約者(法人)*1*2	被保険者
	(新)入院総合保障特約・入院特約 (新)手術給付特約・成人病特約 女性疾病特約・がん入院特約　など		契約者(法人)*2	
	がん保険(旧あおば生命以外) (がん入院給付金・がん手術給付金・がん治療給付金について)	がん給付金受取人 (指定がない場合は被保険者)	契約者(法人)*2*3	がん給付金受取人*7
旧あおば生命	ガン保険以外	被保険者	被保険者*4	被保険者
	ガン保険(旧あおば生命契約)	給付金受取人 *ご指定されている受取人となります。		

病気またはケガをされた方が[被保険者のご家族]のとき

保険種類	契約時期	契約者		
		個人	法人	個人事業主
家族入院総合保障特約 配偶者入院総合保障特約 子供入院総合保障特約 配偶者がん入院特約	2010年3月16日以降に復活・更新された契約	傷病者本人	契約者(法人)*5	傷病者本人
	2010年3月15日以前に申込・復活・更新された契約	主契約の被保険者	契約者(法人)*6	主契約の被保険者
配偶者特則 (がん保険・旧あおば生命以外)	2010年3月16日以降に復活・更新された契約	傷病者本人(配偶者)		
	2010年3月15日以前に申込・復活・更新された契約	主契約の被保険者		
妻型・子型・妻子型・配偶者型 (旧あおば生命契約)	2010年3月16日以降に復活・更新された契約	傷病者本人	傷病者本人*4	傷病者本人
	2010年3月15日以前に申込・復活・更新された契約	主契約の被保険者	主契約の被保険者*4	主契約の被保険者

*1 保険料の払込期間が全期払で「給付金の受取人の指定・変更手続き」にて被保険者を指定している場合、給付金の受取人(請求者)は被保険者ご本人となります。
*2 死亡保険金(死亡給付金)受取人が個人の場合(一部の受取人である場合を除く)、給付金の受取人(請求者)は被保険者ご本人となります。
*3 契約日が2000年8月1日以前の場合、死亡保険金受取人にかかわらず、受取人(請求者)は法人となります。
*4 旧あおば生命契約にご加入されていて「法人契約の場合の受取人の特例」が付加されている場合、給付金の受取人(請求者)は法人となります。
*5 死亡保険金受取人が個人の場合(一部の受取人である場合を除く)、給付金の受取人(請求者)は傷病者ご本人となります。
*6 死亡保険金受取人が個人の場合(一部の受取人である場合を除く)、給付金の受取人(請求者)は被保険者ご本人となります。
*7 死亡保険金受取人が個人事業主の場合、給付金の受取人(請求者)は個人事業主となります。ただし、「給付金の受取人の指定・変更手続き」にてがん給付金受取人を指定している場合、給付金の受取人(請求者)は指定されたがん給付金受取人となります。

保険金・給付金等のお支払について

お支払までの日数

保険金・給付金等のお支払は、請求に必要な全ての書類が会社に到着した日の翌営業日からその日を含めて5営業日以内にご指定の口座へお支払いいたします。期日内に支払いできない場合は、遅延した日数に応じて利息をお支払いいたします。

なお、上記にかかわらず、保険金・給付金等をお支払いするために確認を要する場合はお支払までの日数が変わります。
詳しくは以下の「お支払いするための確認」をご確認ください。

お支払いするための確認

保険金・給付金等をお支払いするにあたり、詳細を確認させていただく場合があります。この場合、お支払は請求に必要な全ての書類が会社に到着した日の翌営業日からその日を含めて25日以内にご指定の口座へお支払いいたします。確認する内容・事項*は下表のとおりです。
なお、保険金・給付金等をお支払いするための確認によって得た情報は、プライバシーに細心の注意を払ってお取扱いさせていただきますので、ご理解賜りますようお願い申しあげます。
*会社の指定した医師による診断を含みます。

	保険金・給付金等をお支払いするために確認が必要な場合	確認する事項
1	保険金・給付金等の支払事由発生の有無の確認が必要な場合	保険金・給付金等の支払事由に該当する事実の有無
2	保険金・給付金等支払の免責事由に該当する可能性がある場合	保険金・給付金等の支払事由が発生した原因
3	告知義務違反に該当する可能性がある場合	会社が告知を求めた事項についての事実関係および会社が告知を求めた事項と事実関係に相違がある場合はその原因
4	この保険契約の普通保険約款に定める重大事由、詐欺または不法取得目的に該当する可能性がある場合	保険契約締結の目的、保険金等の請求の意図に関する保険契約の締結時から保険金等の請求までにおける事実、反社会的勢力等に該当する事実の有無（普通保険約款等に反社会勢力等に該当することが重大事由として規定されている場合）

特別な照会・調査

「保険金・給付金等をお支払いするために確認が必要な場合」に該当し特別な照会・調査が不可欠な場合は、お支払までの日数がさらに変わります。請求に必要な全ての書類が会社に到着した日の翌営業日から次に定める日数*以内にご指定の口座へお支払いいたします。
詳細は下表のとおりです。
*各号のうち複数に該当する場合は、それぞれの日数のうち最も多い日数となります。

	特別な照会・調査	日数
1	医療機関または医師に対する照会のうち、照会先の指定する書面等の方法に限定される照会	45日
2	弁護士法（昭和24年法律第205号）にもとづく照会その他の法令にもとづく照会	60日
3	研究機関等の専門機関による医学または工学等の科学技術的な特別の調査、分析または鑑定	90日
4	保険契約者、被保険者または保険金等の受取人を被疑者として、捜査、起訴その他の刑事手続が開始されたことが報道等から明らかである場合における、送致、起訴、判決等の刑事手続の結果について、警察、検察等の捜査機関または裁判所に対する照会	180日
5	日本国外における調査	90日
6	災害救助法（昭和22年法律第118号）が適用された地域における調査	60日

個人情報のお取扱について

個人情報の利用目的 明示事項

当社は、本取扱に関して取得する個人情報について次の目的のために利用いたします。なお、本籍地・医療・健康情報等の機微（センシティブ）情報（要配慮個人情報を含みます。以下同様です。）については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的にその利用が限定されています。

❶各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払
❷関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
❸当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
❹その他保険に関連・付随する業務

機微（センシティブ）情報の取扱 同意事項

生命保険事業の適切な業務運営を確保する必要性から業務遂行上必要な範囲で、戸籍謄本等の公的書類や医療・健康情報等に含まれる機微（センシティブ）情報を取得、利用することがあります。

医療機関・その他行政機関等への個人情報の照会・提供 同意事項

当社は、各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払のために、業務上必要な範囲で、既に取得しているものも含め、お申込内容などの個人情報について、医療機関・その他行政機関等へ照会・提供する場合があります。

第三者への個人情報の提供 同意事項

当社は、再保険の対象となる保険契約について、再保険会社（外国にある会社を含みます。※**国名等の詳細は、当社ホームページ「個人情報保護方針」をご確認ください。**以下同様です。）が各種保険契約のお引受け、ご継続、維持管理、保険金等のお支払等に利用するために、保険契約者の個人情報のほか、被保険者の契約内容に関する情報および健康状態に関する情報、保険金受取人・指定代理請求人に関する情報など業務を遂行するために必要な個人情報を、再保険会社に提供することがあります。また、勤務先等の団体扱・集団扱などでお客さまが保険にご加入される場合、業務上必要な範囲で、お申込内容などの個人情報を、お客さまの所属する団体へ提供するなどの場合があります。

支払査定時照会制度

当社は、（一社）生命保険協会、（一社）生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会（以下、「各生命保険会社など」といいます）とともに、保険金、年金または給付金のご請求があった場合や、これらにかかる保険事故が発生したと判断される場合に、お支払の判断の参考とすることを目的として、当社を含む各生命保険会社などの保有する保険契約などに関する次の情報を共同して利用しております。

❶被保険者の氏名、生年月日、性別、住所（市・区・郡まで）
❷保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故（照会を受けた日から5年以内）
❸保険種類、契約日、復活日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法など

※満期保険金、生存給付金請求は除きます。
（一社）生命保険協会加盟の各生命保険会社につきまして詳しくは、（一社）生命保険協会ウェブサイト［https://www.seiho.or.jp/］ご覧ください。

当社の個人情報の取扱についての詳細は、当社ホームページ「個人情報保護方針」をご確認いただくか、
担当者またはカスタマーサービスセンターまでお問合せください。

お問合せ先	ご指摘やご意見、その他ご要望などお客さまの声をお聞かせください。 ●カスタマーサービスセンター **0120-810740** 通話料無料 ※最新の営業時間は当社ホームページをご覧ください ●プルデンシャル生命ホームページ **https://www.prudential.co.jp/**

Prudential

記入例

ボールペンなど消えない筆記用具を用いてご記入ください。
誤ってご記入された箇所は、二重線で訂正し、
訂正箇所にフルネームでご署名ください。

訂正方法	記入日（請求日）	西暦 2025年 4 月 ~~3~~ 1 日 プルデン 太郎

1. ご請求いただく保険証券の証券番号をご記入ください。
2. 請求書の記入日をご記入ください。
3. 「受取人（請求者）について（P.7）」をご確認のうえ、受取人（請求者）が自署してください。
   【法人のご請求の場合】
   法人名をご記入、またはスタンプ印を押印ください。
4. 以下に該当する方のみ、押印ください。
   - 法人のご請求の場合
     届出印を押印ください。
   - 本人確認書類として印鑑登録証明書をご提出の場合
     印鑑登録証明書と同一の印を押印ください。
5. お支払明細書の送付先としてご契約者の登録住所以外を希望される場合にのみ、ご記入ください。
6. 受取人が未成年者の場合は親権者（未成年後見人）の氏名をご記入ください。
7. 受取人（請求者）ご本人様名義の口座をご指定ください。
8. ケガの場合、事故日をご記入ください。
9. 飲酒有の場合、酒の種類・飲酒量・飲酒終了時刻についてご記入ください。
10. 事故の発生状況や関係者（相手方）、交通事故の場合は交通の目的・行先も含めて、できるだけ詳しくご記入ください。
11. 交通事故の場合は必ずご記入ください。

給付金請求書

プルデンシャル生命保険株式会社　宛

貴社の普通保険約款および該当特約条項が契約内容となることに同意のうえ、当契約について標記の請求をします。医療機関発行の書類（診断書またはそのコピー等）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に照会することを承諾し、記載事項が事実と相違する場合は、正当な支払金額で精算を行うことに同意します。また、「個人情報のお取扱について（P.9）」に記載された貴社個人情報の取扱いについて（被保険者と請求者が[illegible]ている場合は、被保険者とともに）明示事項を確認し、同意事項について同意します。

代表証券番号	① 第 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 号	左記を含む	請求日（記入日）	西暦 2025年 4 月 1 日
	② 第	号 全 件		

●ご記入いただいた証券番号以外で、受取人（請求者）を同一とする別契約がお支払対象となる場合には、請求書を流用します。
●医療保障のないご契約の証券番号をご記入いただきました場合には、その証券番号の記入は無効とします。

●請求者

受取人（指定代理請求人等）	フリガナ	プルデン　タロウ	押印欄
	氏名（自署）	プルデン　太郎	※以下の場合は押印が必要です。●ご請求に際し、印鑑登録証明書をご提出いただく場合 ●請求者が法人の場合
電話番号	※日中ご連絡がとれる電話番号をご記入ください。	××× － ×××× － ××××	
お支払明細書等の送付先	（当社に登録済みのご契約者住所以外にお支払明細書等の送付を希望する方は、以下に住所をご記入ください。※ご記入がない場合は、ご契約者住所に送付いたします。）	〒　－　都 道 府 県	
法定代理人等	フリガナ		受取人との関係 ☑親権者 ☑成年後見人 ☑その他（　）
	氏名（自署）		

●お受取口座

※ご指定がない場合は保険料振替口座に送金いたします。ただし、現在保険料の口座振替をご利用でない場合は、受取人（請求者）名義の以下の口座に送金される場合がございます。
●最後に登録された保険料振替口座　●他契約でご利用中の保険料振替口座　●前回の給付金送金口座
※お支払対象となるご契約が複数あり、保険料振替口座が異なる場合は、当社より送金口座を確認させていただく場合がございます。
※契約者が法人（個人事業主）、代理請求、受取人が亡くなられた場合のいずれかで、保険料振替口座が受取人（請求者）名義ではない場合は必ず口座をご指定下さい。

受取人（請求者）ご本人様名義の口座をご指定ください

いずれかをご指定ください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関	プルデンシャル	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫	金融機関コード 9999	本店 支店 出張所 支所	支店コード 999
	種目 ☑普通（総合） ☑その他［　］		口座番号（右詰め） 1234567	口座名義人（カタカナ） プルデン　タロウ	
ゆうちょ銀行	通帳記号 1　0		通帳番号（右詰め） 1		

●請求内容

☑病気 ➡ Ⓒへお進みください

☑ケガ ➡	事故日時	西暦 2024年 5 月 1 日 午前 午後 時頃
	ケガの原因	☑スポーツ中 ➡ Ⓒへお進みください　☑スポーツ中以外

●事故状況（同一の事故で過去に本用紙をご提出いただいている場合は記入不要です。）

場所	東京 都 道 府 県 世田谷区等々力不動前交差点		
飲酒状況（飲酒有の場合）	酒の種類	飲酒量 本 杯	飲酒終了時刻 事故の［　］時間前
事故発生状況	※事故が新聞等に掲載された場合は本用紙裏面にその切抜きを添付してください（コピー可）。 帰宅途中、交差点で信号待ちをしていたところ、トラックに追突されました。		
ケガの原因が交通事故の場合はご記入ください。			
事故状況	☑自動車（運転中 同乗中）➡［事故日時点での運転免許証の有無 ※同乗中の場合は運転者について ☑有 ☑無］ ☑歩行中 ☑自転車（運転中）		
警察への届出	☑有［世田谷］警察へ届出 ☑無［理由］		

Ⓒへお進みください

会社使用欄			
書類受領日	20　年　月　日 ※郵送の場合は支社到着日を記入してください。	本人確認書類が必要な場合に記入してください。（いずれか1点）※P.6を参照	
支社名		確認日時	20　年　月　日 AM PM　時　分
取扱担当者		本人請求確認欄	☐運転免許証［発行番号：　］ ☐個人番号カード［発行者：　］［有効期限：　］ ☐その他［　］［発行者（元）：　］［交付年月日または有効期限：　］
診断書返送希望	お客さまが診断書原本の返送を希望されている場合はこちらにチェックしてください。※返送先はお支払明細書の送付住所と同一になります。※診断書原本以外は返送いたしません。 ☐ご希望あり		

保金-【B-235】（25.11）0530076P　13

提出用

●傷病者

請求者と 同一 / 相違	フリガナ 氏 名	☑男 ☑女

●傷病名（複数の入院があり、それぞれの入院の原因となった傷病名が異なる場合は、傷病名ごとに本請求書のご提出が必要です。）

12 請求の原因となった傷病名	腸閉塞（イレウス）	傷病が発生した身体部位・臓器	左 右 両側　腸
前後180日以内の入院	今回の入院の前後180日以内に、今回と同一の傷病名または医学上重要な関係のある傷病による入院はありますか？ ☑無 ☑有→（詳細 1カ月前の手術が原因 ）		
現在の状況	☑退院 ☑現在入院中 ☑入院なし		
13 傷病発生年月日	西暦 2024 年 5 月 1 日頃		
14 初診日	西暦 2024 年 5 月 2 日～ 終診 (現在加療中)		

●分娩に伴う入院（健康保険の適用期間がお支払対象となります。正常分娩による入院はお支払対象になりません。）

分娩日	西暦 年 月 日	健康保険適用外の入院期間	入院期間のうち、健康保険適用外の期間がございましたら以下にご記入ください。 西暦 年 月 日～ 年 月 日

●手術内容 ＊1 医師から説明された手術名と診療明細書記載の手術名が異なる場合、医師から説明された手術名をご記入ください。
＊2 P.12をご参照のうえ、【手術方法】欄に該当の番号を、【指の状況】に指先から第3関節、第2関節…中枢側に及ぶかをご記入ください。

15			17 部位（臓器名）	18 指の状況＊2	19 筋・腱・靭帯への操作状況	20 冠動脈部位（血管名）
1回目	手術名＊1	☑診療明細書に記載されている手術名と同じ	左 右 両側 腸	☑及ぶ ☑及ばない	☑及ぶ ☑及ばない	☑右冠動脈 ☑左冠動脈主幹部 ☑左冠動脈前下行枝 ☑左冠動脈回旋枝
	手術日	西暦 2024 年 5 月 3 日　16 手術方法＊2 5				
2回目	手術名＊1		左 右 両側	☑及ぶ ☑及ばない	☑及ぶ ☑及ばない	☑右冠動脈 ☑左冠動脈主幹部 ☑左冠動脈前下行枝 ☑左冠動脈回旋枝
	手術日	西暦 年 月 日　手術方法＊2				
3回目	手術名＊1		左 右 両側	☑及ぶ ☑及ばない	☑及ぶ ☑及ばない	☑右冠動脈 ☑左冠動脈主幹部 ☑左冠動脈前下行枝 ☑左冠動脈回旋枝
	手術日	西暦 年 月 日　手術方法＊2				

●放射線治療内容

21 放射線照射の期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日 西暦 年 月 日～ 年 月 日	放射線総線量	☑50Gy以上 ☑50Gy未満

●先進医療内容（厚生労働大臣が定める施設基準に適合する医療機関で行われたものに限ります。）

22 先進医療技術名		先進医療による療養を受けた期間	西暦 年 月 日～ 年 月 日

●ご記入ありがとうございます。以下のチェックリストで必要箇所が全て記入されているかお確かめください。

チェック
- ☑ Ⓐ給付金請求欄の記入 →記入必須
- ☑ Ⓑ事故状況報告欄の記入→ケガの場合のみ
- ☑ Ⓒ入院・手術等状況報告欄の記入→記入必須
- ☑ 必要書類の添付（「簡易請求制度を利用する際の必要書類（P.2～5）」にてご確認ください）

Prudential

14

12 ご記入漏れが多い箇所です。必ずご記入ください。

医師に診断された傷病名をご記入ください。また、今回のご請求の入院における入退院日前後180日以内に、他の入院をされていた場合、それぞれのご入院の原因が同一もしくは医学上重要な関係があるか、医師にご確認のうえ、ご記入ください。

13 症状の発生日が明確でない場合は、おおよその時期をご記入ください。（例：2016年5月頃、3年前など）
※過去に今回と同一の病気（ケガ）でご請求された場合は記入不要です。

14 初めて病院を受診した日をご記入ください。「終診」もしくは「現在加療中」かご不明な場合は医師にご確認ください。
※過去に今回と同一の病気（ケガ）でご請求された場合は記入不要です。

15 手術名をご記入ください。なお、手術が1回の場合で、かつ医師から説明された手術名と診療明細書記載の手術名が異なる場合のみ、医師から説明された手術名をご記入ください。同一の場合は、記入不要です。手術が2回以上の場合、2回目・3回目の欄にそれぞれ手術日・手術名・部位などをご記入ください。2回目以降の手術名は医師にご確認のうえご記入ください。

16 「手術方法」にはP.12の 手術方法の詳細 1～11のうち該当する番号をご記入ください。
12その他の場合は詳細をご記入ください。

17 ご不明の場合は医師にご確認ください。

18 手指・足指に対する手術を行った場合のみ、P.12 手指・足指の関節名称 を参考に医師に部位をご確認のうえチェックをしてください。

19 手術の方法が 12 その他の場合のみ、医師にご確認のうえいずれかにチェックをしてください。

20 冠動脈に対して経皮的な手術を行った場合のみ、医師にご確認のうえいずれかにチェックをしてください。

21 医師に総線量をご確認のうえ、いずれかにチェックをしてください。

22 受けられた先進医療技術名をご記入ください。

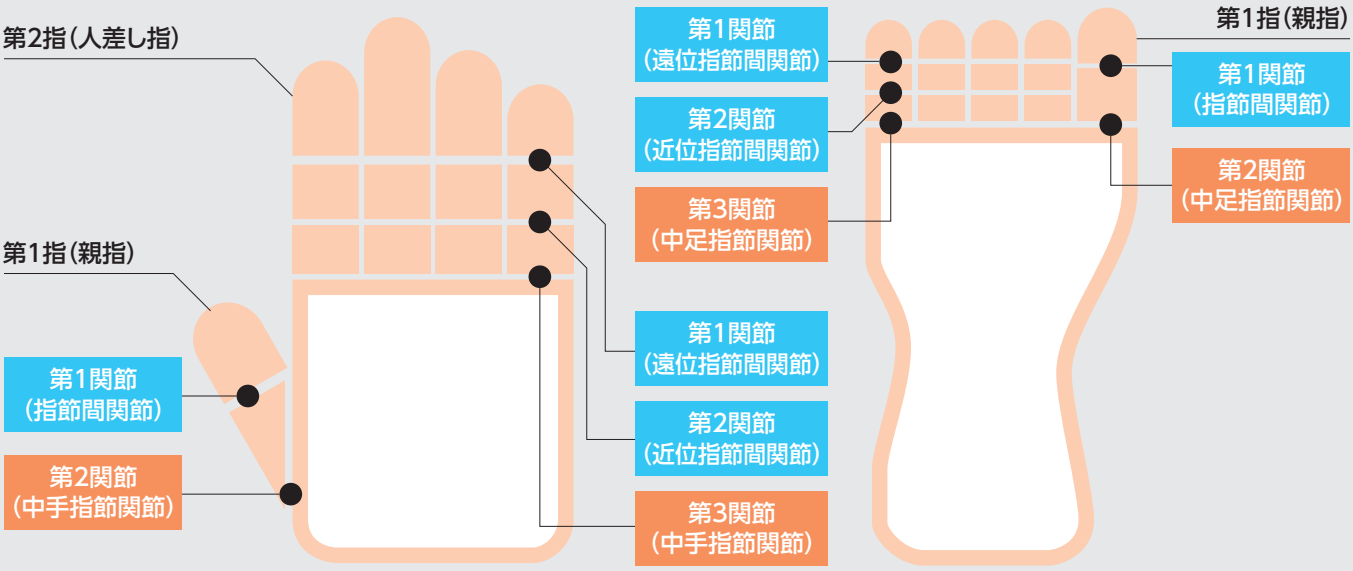
手術方法の詳細

以下を参考に「C入院・手術等状況報告欄」の【手術方法】欄に該当の番号をご記入ください。

1	開頭術	頭蓋骨を開いて行う手術
2	穿頭術	頭蓋骨に小さな穴をあけて行う手術
3	開胸術	胸部を切開し、内部の臓器（胸膜、肺、心臓、横隔膜、縦隔洞、食道等）に対して行う手術
4	胸腔鏡	胸部に小さな穴を数箇所開け、そこからカメラと手術道具を挿入して行う手術
5	開腹術	腹部を切開し、内部の臓器（胃、十二指腸、小腸、大腸、虫垂、肝臓、胆のう、膵臓、脾臓、卵巣、子宮等）に対して行う手術
6	腹腔鏡	腹部に小さな穴を数箇所開け、そこからカメラと手術道具を挿入して行う手術
7	内視鏡	身体を切開するかまたは身体の開口部から内視鏡またはカテーテルを挿入して行う手術
8	経皮的	1～6の術式を用いず、皮膚から細い管（カテーテルなど）を通して行う手術
9	経尿道的	尿道からカテーテルまたは内視鏡を入れて行う手術
10	経膣的	腹部を切開せず、膣から器具を挿入して行う手術
11	レーザー	病変部に対してレーザーを照射する手術
12	その他	上記1～11以外の場合、手術方法の欄に詳細をご記入ください。

手指・足指の関節名称

手指・足指に対する手術をされた場合、以下の図を参考に医師に部位をご確認のうえ、
「C入院・手術等状況報告欄」の【指の状況】欄の「指先から数えて第3関節（親指は第2関節）を含んで中枢側（手首側・足首側）に「及ぶ／及ばない」のいずれかにチェックください。



切り離してご提出ください。

給付金請求書

提出用 P/A

プルデンシャル生命保険株式会社　宛

貴社の普通保険約款および該当特約条項が契約内容となることに同意のうえ、当契約について標記の請求をします。医療機関発行の書類（診断書またはそのコピー等）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に照会することを承諾し、記載事項が事実と相違する場合は、正当な支払金額で精算を行うことに同意します。また、「個人情報のお取扱について（P.9）」に記載された貴社個人情報の取扱いについて（被保険者と請求者が相違している場合は、被保険者とともに）明示事項を確認し、同意事項について同意します。

Ⓐ給付金請求欄

代表証券番号	① 第　　号　左記を含む　　全　　件	請求日（記入日）	西暦 20　年　月　日
	② 第　　号		

●ご記入いただいた証券番号以外で、受取人（請求者）を同一とする別契約がお支払対象となる場合には、請求書を流用します。
●医療保障のないご契約の証券番号をご記入いただきました場合には、その証券番号の記入は無効とします。

●請求者

受取人（指定代理請求人等）	フリガナ 氏名（自署）	押印欄 ※以下の場合は押印が必要です。 ●ご請求に際し、印鑑登録証明書をご提出いただく場合 ●請求者が法人の場合
電話番号	※日中ご連絡がとれる電話番号をご記入ください。　－　－	
お支払明細書等の送付先	（当社に登録済みのご契約者住所以外にお支払明細書等の送付を希望する方は、以下に住所をご記入ください。※ご記入がない場合は、ご契約者住所に送付いたします。） 〒　－　都 道 府 県	
法定代理人等	フリガナ 氏名（自署）	受取人との関係　☑親権者　☑成年後見人　☑その他（　）

●お受取口座

受取人（請求者）ご本人様名義の口座をご指定ください

※ご指定がない場合は保険料振替口座に送金いたします。ただし、現在保険料の口座振替をご利用でない場合は、受取人（請求者）名義の以下の口座に送金される場合がございます。
●最後に登録された保険料振替口座　●他契約でご利用中の保険料振替口座　●前回の給付金送金口座
※お支払対象となるご契約が複数あり、保険料振替口座が異なる場合は、当社より送金口座を確認させていただく場合がございます。
※契約者が法人（個人事業主）、代理請求、受取人が亡くなられた場合のいずれかで、保険料振替口座が受取人（請求者）名義ではない場合は必ず口座をご指定下さい。

いずれかをご指定ください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫	金融機関コード	本店 支店 出張所 支所　支店コード
	種目：☑普通（総合） ☑その他［　］	口座番号（右詰め）	口座名義人（カナ）
ゆうちょ銀行	通帳記号：1　0	通帳番号（右詰め）	受取人ご本人様名義

●請求内容

☑病気 ➡ Ⓒへお進みください

☑ケガ ➡ 事故日時：西暦 20　年　日　午前　時頃
ケガの原因：☑スポーツ中 ➡ Ⓒへお進みください　☑スポーツ中以外

Ⓑ事故状況報告欄

●事故状況（同一の事故で過去に本用紙をご提出いただいている場合は記入不要です。）

場所	都 道 府 県
飲酒状況（飲酒有の場合）	酒の種類　飲酒量　本 杯　飲酒終了時刻　事故の［　］時間前
事故発生状況	※事故が新聞等に掲載された場合は本用紙裏面にその切抜きを添付してください（コピー可）。

ケガの原因が交通事故の場合はご記入ください。

事故状況	☑自動車（運転中 同乗中）　☑歩行中　☑自転車（運転中） 事故日時点での運転免許証の有無　☑有　☑無 ※同乗中の場合は運転者について
警察への届出	☑有［　］警察へ届出　☑無［理由　］

会社使用欄

支社使用欄			
書類受領日	20　年　月　日　※郵送の場合は支社到着日を記入してください。	本人請求確認欄	本人確認書類が必要な場合に記入してください。（いずれか1点）※P.6を参照 確認日時　20　年　月　日　AM PM　時　分 ☐運転免許証［発行番号：　］ ☐個人番号カード［発行者：　］［有効期限：　］ ☐その他［　］［発行者（元）：　］［交付年月日または有効期限：　］
支社名			
取扱担当者			
診断書返送希望	お客さまが診断書原本の返送を希望されている場合はこちらにチェックしてください。※返送先はお支払明細書の送付住所と同一になります。※診断書原本以外は返送いたしません。　☐ご希望あり		

●傷病者

請求者と 同一 / 相違 ➡　フリガナ　氏名　☑男 ☑女

Ⓒ入院・手術等状況報告欄

●傷病名（複数の入院があり、それぞれの入院の原因となった傷病名が異なる場合は、傷病名ごとに本請求書のご提出が必要です。）

請求の原因となった傷病名		傷病が発生した身体部位・臓器	左 右 両側
前後180日以内の入院	今回の入院の前後180日以内に、今回と同一の傷病名または医学上重要な関係のある傷病による入院はありますか？ ☑無　☑有➡（詳細　）		
現在の状況	☑退院　☑現在入院中　☑入院なし		
傷病発生年月日	西暦　年　月　日頃		
初診日	西暦　年　月　日～　終診　現在加療中		

●分娩に伴う入院（健康保険の適用期間がお支払対象となります。正常分娩による入院はお支払対象になりません。）

分娩日	西暦　年　月　日	健康保険適用外の入院期間	入院期間のうち、健康保険適用外の期間がございましたら以下にご記入ください。 西暦　月　日～　年　月　日

●手術内容

＊1 医師から説明された手術名と診療明細書記載の手術名が異なる場合、医師から説明された手術名をご記入ください。
＊2 P.12をご参照ください。【手術方法】欄に該当の番号を、【指の状況】欄に指先から数えて第3関節（親指は第2関節）を含んで中枢側に及ぶかをご記入ください。

1回目	手術名＊1　☐診療明細書に記載された手術名と同じ	部位（臓器名）　左 右 両側	指の状況＊2　☑及ぶ ☑及ばない	筋・腱・靭帯への操作状況　☑及ぶ ☑及ばない	冠動脈部位（血管名）　☑右冠動脈 ☑左冠動脈主幹部 ☑左冠動脈前下行枝 ☑左冠動脈回旋枝	
	手術日　西暦　年　月　日	手術方法＊2				
2回目	手術名＊1	部位（臓器名）　左 右 両側	指の状況＊2　☑及ぶ ☑及ばない	筋・腱・靭帯への操作状況　☑及ぶ ☑及ばない	冠動脈部位（血管名）　☑右冠動脈 ☑左冠動脈主幹部 ☑左冠動脈前下行枝 ☑左冠動脈回旋枝	
	手術日　西暦　年　月　日	手術方法＊2				
3回目	手術名＊1	部位（臓器名）　左 右 両側	指の状況＊2　☑及ぶ ☑及ばない	筋・腱・靭帯への操作状況　☑及ぶ ☑及ばない	冠動脈部位（血管名）　☑右冠動脈 ☑左冠動脈主幹部 ☑左冠動脈前下行枝 ☑左冠動脈回旋枝	
	手術日　西暦　年　月　日	手術方法＊2				

●放射線治療内容

放射線照射の期間	西暦　年　月　日～　年　月　日	放射線総線量	☑50Gy以上　☑50Gy未満
	西暦　年　月　日～　年　月　日		

●先進医療内容（厚生労働大臣が定める施設基準に適合する医療機関で行われたものに限ります。）

先進医療技術名		先進医療による療養を受けた期間	西暦　年　月　日～ 年　月　日

●ご記入ありがとうございます。以下のチェックリストで必要箇所が全て記入されているかお確かめください。

チェック
- ☑Ⓐ給付金請求欄の記入 ➡ 記入必須
- ☑Ⓑ事故状況報告欄の記入 ➡ ケガの場合のみ
- ☑Ⓒ入院・手術等状況報告欄の記入 ➡ 記入必須
- ☑必要書類の添付（「簡易請求制度を利用する際の必要書類（P.2～5）」にてご確認ください）

SAMPLE

Prudential

記入例を参考に中面の

給付金請求書

にご記入ください。