

## 【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害の記入例】

【会員本人の死亡・重度障害・後遺障害】 該当項目の□に✓を入れて、必要事項をご記入ください。

死亡日・症状固定日	不慮の事故・交通事故の事故日	保険始期時点の満年齢*	※保険始期時点の満年齢とは、保険期間の初日(新規契約の初日または更新契約の初日)時点の満年齢であり、死亡日時点の満年齢ではありません。 (例)保険期間2025年4月1日～2026年3月31日、死亡日 2025年10月10日 誕生日1959年(S34年)7月1日の場合、「保険始期時点の満年齢」は満65歳です。	
20 25 年 7 月 10 日	20 年 月 日	満 60 歳		
請求事由	<input checked="" type="checkbox"/> 100・110 会員死亡 (65歳未満の方)	100,000 円	<input type="checkbox"/> 120 不慮の事故による死亡	円
	<input type="checkbox"/> 101・111 会員死亡 (65歳以上の方)	円	<input type="checkbox"/> 130 交通事故による死亡	円
	<input type="checkbox"/> 140・150 増加死亡 (65歳以上71歳未満の方)	円	<input type="checkbox"/> 不慮の事故による重度・後遺障害 ( 級 %)	円
	<input type="checkbox"/> 200・210 重度障害 (65歳未満の方)	円	<input type="checkbox"/> 交通事故による重度・後遺障害 ( 級 %)	円
	<input type="checkbox"/> 201・211 重度障害 (65歳以上の方)	円		
	<input type="checkbox"/> 260・270 増加重度障害 (65歳以上71歳未満の方)	円		
保険金合計			100,000 円	

## 【傷病休業の記入例】

(例1) 一部請求 (受取) 済の休業期間ない場合

日付以外の文字や請求日より  
未来の日付は請求できません。

【傷病休業】

傷病名	休業期間		左記休業期間におけるご請求 (受取) 済み期間	
●●病	20 25 年 5 月 1 日 ~ 20 25 年 10 月 30 日		<input checked="" type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. 一部請求 (受取) 済
	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日		請求済み期間 20 年 月 日分まで	再休業初日 20 年 月 日
請求事由	<input checked="" type="checkbox"/> 280 14日以上30日未満	10,000 円	<input checked="" type="checkbox"/> 281 30日以上60日未満	5,000 円
	<input checked="" type="checkbox"/> 283 90日以上120日未満	5,000 円	<input checked="" type="checkbox"/> 284 120日以上	10,000 円
保険金合計			35,000 円	

(例2) 一部請求 (受取) 済の休業期間がある場合

- ・休業 2025年7月10日～2025年9月5日 (58日間) → 保険金請求済
- ・出勤 2025年9月6日～2025年9月21日 (16日間)
- ・休業 2025年9月22日～2025年12月2日 (72日間)

【傷病休業】

傷病名	休業期間		左記休業期間におけるご請求 (受取) 済み期間	
●●病	20 25 年 7 月 10 日 ~ 20 25 年 9 月 5 日		<input type="checkbox"/> 1. なし	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 一部請求 (受取) 済
	20 25 年 9 月 22 日 ~ 20 25 年 12 月 2 日		請求済み期間 20 25 年 9 月 5 日分まで	再休業初日 20 25 年 9 月 22 日
請求事由	<input type="checkbox"/> 280 14日以上30日未満	円	<input type="checkbox"/> 281 30日以上60日未満	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 283 90日以上120日未満	5,000 円	<input checked="" type="checkbox"/> 284 120日以上	10,000 円
保険金合計			20,000 円	

## 【住宅災害の記入例】

建物の延べ床面積 (坪または㎡)  
を必ずご記入ください。

【住宅災害】

罹災日	20 25 年 7 月 10 日	延床面積	※店舗併用は、居住部の面積のみを申告 坪または 198 ㎡	構造区分	<input checked="" type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄筋
物件住所	〒 - フリガナ				
※現住所と異なる場合記入					
<input type="checkbox"/> 1. 火災等による住宅災害			<input checked="" type="checkbox"/> 2. 自然災害による住宅災害		
<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 落雷 <input type="checkbox"/> 破裂・爆発 <input type="checkbox"/> 建物外部からの物体の落下			<input type="checkbox"/> 地震等 <input checked="" type="checkbox"/> 台風 ( 10 ) 号 <input type="checkbox"/> 風災 <input type="checkbox"/> 水災 (豪雨・洪水等)		
<input type="checkbox"/> 水漏れ <input type="checkbox"/> 第三者の加害行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 雪災等 <input type="checkbox"/> その他 ( )		