

給付金請求手続の流れ

1

ページ

一生涯のパートナー

第一生命

Dai-ichi Life Group

STEP
1

お客さま



提出書類の確認・準備

⇒ 2 3 ページへ

お届けした「給付金請求手続のご案内」を必ずご確認ください

STEP
2

お客さま



「給付金請求書」の記入

⇒ 4 ページへ

STEP
3

お客さま



書類の提出

「給付金請求手続のご案内」に記載の書類をすべて提出してくださいSTEP
4

第一生命



お支払手続き

お支払の目安は本社へ書類到着後約1週間です（下記①参照）STEP
5

第一生命



明細書の発送

お支払完了から約2営業日後に、お支払金額等の明細を発送いたします

■ お手続き・お支払に関するご案内

① お支払完了までの目安について

- 原則、請求に必要なすべての書類が当社に到着した日の翌営業日から数えて5営業日以内（ご加入の商品によっては5日以内）にお支払する旨、約款に定めています。
- 書類の不足や医療機関への確認等がある場合、お支払までに日数を要する場合があります。

<お支払までのスケジュール(例)>

	1 営業日目	2 営業日目	非営業日	非営業日	3 営業日目	4 営業日目	5 営業日目
	7/4 (水)	7/5 (木)	7/6 (金)	7/7 (土)	7/8 (日)	7/9 (月)	7/10 (火)
							7/11 (水)

当社へ必要書類到着

7/4（水）に当社に到着した場合、7/11（水）までにお支払いいたします。期限内にお支払できなかった場合には、所定の割合で計算した遅延利息を付してお支払いいたします。

② 保険料について

- 給付金のお支払が毎月の保険料振替日より前である場合など、お手続きのタイミングによっては、お支払する給付金から保険料を差し引くことがあります。なお、保険料を差し引いた後、保険料の払い込みが確認できた場合には、別途返金いたします。（送金扱いの場合にはこの限りではありません。）

- ## 《見本》 給付金請求手続のご案内

ア 入院・手術等証明書(診断書) で手続きを行なう場合

当社からお届けしている書類

給付金請求書

提出

入院・手術等証明書（診断書）

- 入院・手術等証明書(診断書)**

[illegible]

イ 治療内容報告書 で手続きを行なう場合

当社からお届けしている書類

給付金請求書

治療内容報告書

お届けした「治療内容報告書によるご請求にあたって」をご確認のうえ、**お客さまご自身**で記入してください。

医療機関から発行される書類
(お客さまにてご準備いただく書類)

提出

治療内容報告書

【必要な書類】この報告書に添えて、以下の書類をお送りください。

入院 → 「退院証明書」の写し
手術 → 「領収書」の写し
※入院時、入院時の記載のある領収書すべてを提出してください。
※手術後の記載のある領収書すべてを提出してください。

治療内容報告書記入欄について、入院・手術等をおこなった方、または請求者が入院した方、または手術を受けた方、または手術を受けた方の家族が記入してください。
(※)手術を受けた方または手術を受けた方の家族が記入する場合は、手術を受けた本人の同意を得たうえで記入してください。
※手術を受けた方または手術を受けた方の家族が記入する場合は、手術を受けた本人の同意を得たうえで記入してください。

1 氏名 性別 生年月日
2 病歴(病気の名称) 手術を受けた方または手術を受けた方の家族が記入してください。
3 入院期間 手術を受けた方または手術を受けた方の家族が記入してください。
4 手術 手術を受けた方または手術を受けた方の家族が記入してください。
5 手術を受けた方または手術を受けた方の家族が記入してください。
6 治療を受けた病院(診療所) 手術を受けた方または手術を受けた方の家族が記入してください。
7 ICU 放射線治療 手術を受けた方または手術を受けた方の家族が記入してください。
8 報告日 報告者

◆ 入院 請求の場合

退院証明書または入院費用領収書

退院証明書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

患者氏名 第一 太郎 性別 (男) 女
患者住所 東京都●●区●●町1丁目2番
電話番号 03-●●●●●●●●
生年月日 (明・大・西) 平 50年 4月 1日 (46歳)

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日
・ 入院年月日 20** 年 4月 1日
・ 退院年月日 20** 年 4月 10日

2. 当該保険医療機関における入院基本料等(特定入院料を含む。)の種別及び算定期間
(複数ある場合はそれぞれ記載のこと。)
・ 入院基本料等の種別: 診療部分項に
・ 算定期間: 10日 (20** 年 4月 10日まで)

3. 当該保険医療機関退院日における通算対象
・ 0日 (20** 年 4月 10日まで)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名
・ 傷病名: 糖尿病性網膜症、糖尿病、肺がん

5. 転帰(該当するものに○をつける。)
・ 治療
○ 治療に近い状態(寛解状態を含む)
・ その他

または

領収書

患者番号 氏名
000010 第一 太郎 様

請求期間(入院の場合)
20** 年 3月 1日 ~ 20** 年 3月 10日

入院期間

入院料

初・再診料 10530 点
入院料 1192 点
診療管理費 在宅医療 701 点
検査 267 点
放射線治療 107 点
注射 119 点
手術 1399 点
麻酔 1293 点
食事療養 生活療養 8620 点
通定医療等 その他 648 点
保険外負担 (内装) (内装) 438 点
合計 280940 点
負担額 84280 点
保険(食費) 338 点
保険外負担 438 点
総合計 88098 点

東京都 千代田区 有楽町
第一〇〇 病院

院 〇
乃 〇
一 印 病

入院日・退院日の記載がある退院証明書の写し、または
すべての入院期間・入院料の記載がある領収書の写し

◆ 手術・放射線治療 請求の場合

診療明細書

※「入院」請求と「手術・放射線治療」請求を合わせてご請求する場合にはそれぞれの書類が必要です。
※退院証明書や領収書等のレイアウトは医療機関によって異なります。

診療明細書

発行日 20** 年 3月 10日

患者番号 氏名
000010 第一 太郎 様

請求期間 20** 年 3月 1日 ~ 20** 年 3月 10日

区分 項目名 点数 回数 自費金額

初・再診 *

入院等 *

処置 *

① 手術 * 〇〇〇〇〇 術 25,520 1
* 〇〇〇〇〇 術

② 放射線治療 * 〇〇〇〇〇 放射線治療 1,320 1

手術名
放射線治療名

すべての手術名・放射線治療名の記載がある
診療明細書のページの写し

「支払査定時照会制度」のご案内

当社は、一般社団法人生命保険協会、一般社団法人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「各生命保険会社等」といいます)とともに、お支払の判断または保険契約もしくは共済契約等(以下「保険契約等」といいます)の解除もしくは取消の判断の参考とすることを目的として、「支払査定時照会制度」に基づき、当社を含む各生命保険会社等の保有する保険契約等に関する相互照会事項記載の情報を共同して利用しております。

(詳しくは当社ホームページ(https://www.dai-ichi-life.co.jp/personal_date/satei.html)をご確認ください。)

■ 給付金請求書の記入見本

記入時の注意点

- ・ 請求者本人が、ボールペンで記入ください。
- ・ 受取口座等の表示内容に相違点がないか必ず確認ください。

訂正の方法

(訂正見本)

4 第一 太郎

請求日(記入日) 20**年 3月 15日

記入いただいた内容や表示された内容を訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、余白部分にご署名(フルネーム)のうえ、正しい内容を記入ください。

当社は、お客様の個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。

○各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い ○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
○当社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実 ○その他保険に関連する業務
※各種商品・サービスの詳細は、当社ホームページ(https://www.dai-ichi-life.co.jp/)でご覧いただけます。

第一生命保険株式会社 あて

給付金請求書

ご提出書類

証券番号 9999 組第 999999-9 号の給付金を請求します。
約款上の請求者は ダイイチ タロウ 様です。

Ba-31

請求日(記) ① 20**年 4月 15日 了解事項を含め全内容をご確認の上、枠内にボールペンで記入ください。

② ダイイチ タロウ 様が署名してください。

③ フリガナ ダイイチ タロウ

④ 押印

お名前 第一 太郎

登録住所

※上記は請求書作成時のご登録住所です。別途住所変更手続をされた場合は変更後の住所とします。

両方記載がある場合は銀行口座へ送金させていただきます。

受取口座

⑥ 銀行 (ゆうちょ銀行を除く) 金融機関名 *** 銀行 口座 金融 店名 ***支店 支店コード

⑦ 口座名義人 (カナ) ダイイチ タロウ 様

⑧ 受取口座

※受取口座は、「ダイイチ タロウ 様」の口座を指定してください。

※「ダイイチ タロウ 様」以外の口座を指定する場合は「ダイイチ タロウ 様の印鑑証明書」の提出が必要です。

【請求対象被保険者】

・被保険者 ダイイチ タロウ 様

※レイアウトは異なる場合があります。

① 請求日(記入日)

②③ 請求者自署

②に表示された「請求者」が③に自署してください。

④ 押印

法人が請求者となる場合のみ、実印を押印ください。

⑤ お支払金額の明細書等送付先

空欄の場合は、請求者の住所を記入ください。

⑥ 受取口座

空欄の場合は、「銀行」または「ゆうちょ銀行」のいずれかを記入ください。

⑦⑧ 口座名義人

表示されている口座名義人以外の口座を指定する場合・請求者(指定口座名義人ではありません。)の印鑑証明書を提出ください。
・訂正箇所には抹消線を引き、印鑑証明書と同一印を押印ください。

よくあるご質問について (FAQ)

当社ホームページ(https://www.dai-ichi-life.co.jp/)に、給付金等のご請求に関するよくあるご質問およびその回答をご用意しています。

第一生命 よくある質問

検索

※カテゴリーから探す「病気・けが・死亡などの保険金・給付金」

スマートフォンの方はこちら



お問い合わせ先 (保険金部 保険金サービス課)



0120-211-157

月～金/9時～18時 土・日/9時～17時 (祝日・年末年始を除く)

●証券番号を確認のうえ、お電話ください。

スマートフォンの方はこちら

