1. 当社では、お客さま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(「個人情報保護方針」の全文は当社Webサイトでご確認いただけます)。 〇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 〇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 〇当社のグループ会社・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 〇子の他保険に関連・付随する業 当社では、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用に関する法律で定める個人番号を含む特定個人情報は、以下の事務実施に必要な範囲にのみ利用し、 ご本人の同意があっても、それ以外の目的に関する法定調書作成事務 〇保験に関する取引がある場合:保険取引に関する支払調書作成事務 〇報酬・料金・契約金・賞金支払に関する取引がある場合:報酬、料金、契約金及び賞金の支払調書作成事務

給付金請求書(兼同意書)<海外用>

(提出先) ネオファースト生命

貴社約款および特約条項に基づき、以下の項目および裏面【お手続きにあたって確認・同意いただく内容について】の内容を確認・同意のうえ保険金・給付金等を請求します。

- ・提出した診断書等に不明な点等があれば、ネオファースト生命が必要に応じて本書を医療機関に提示したうえで、当該機関へ照会を 行うこと
- ・ネオファースト生命が業務上必要な範囲で医療機関へ保健医療等の機微(センシティブ)情報等を開示・提供すること
- ・ネオファースト生命が業務上必要な範囲で医療機関から保健医療等の機微(センシティブ)情報等を取得すること
- ・ネオファースト生命が必要と認めたときは、事実の確認を行うこと
- ・本請求に関してネオファースト生命へ登録済みの携帯電話番号、または、⑥に記入した携帯電話番号へ問い合わせやご案内がSMS (携帯電話番号を利用したメッセージ)で配信されること
- ・本書の写しも本書と同等の効力があること

枠内	に黒のボールへ	ペンで記入してください。
0	証券番号	
	フリガナ	
2	被保険者	
請求	書を記入される	6日を記入してください。
3	記入日	年 月 日
請求	者様が署名して	
	フリガナ	
4	請求者	自署
振込	先を記入してく	ださい。
※請	求者本人以外の口	口座を指定される場合は、請求者の本人確認書類をご提出ください。
※請	求者が法人の場合	合は、法人名義の口座を指定してください。
	ロ座名義人 を記入して ください。	口座名義人(カタカナ) 請求者名義の口座をご指定ください。
	.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	銀行信組 支店本店

支払明細等の送付先住所を記入してください。

どちらかに

金融機関 (ゆうちょ銀行以外)

ゆうちょ銀行

6	送 付 先 住 所	₹			
	携帯電話番号ま	たはその他ご連絡が可能な電話番号	-	_	

店番号

1

普通 当座

記号

信金 農協

(右づめ記入)

0

口座番号

(右づめ記入)

出張所

1

【お手続きにあたって確認・同意いただく内容について】

- ・「保険証券」、「ご契約のしおり・約款」をご参照のうえ、ご加入の契約・特約についてご請求の対象となる保険金・給付金・保険料払込免除を今一度ご確認ください。(「ご契約のしおり・約款」は当社Webサイトでご覧いただけます。)
 - なお、ご加療の内容によってはお支払いできない場合がありますので、「保険証券」またはご加入時の 「承諾書」をお確かめください。
- ・給付金等のご請求の際、約款の定めにより保険料等の精算が生じる場合があります。 例えば、給付金等の支払事由が生じた場合に未払込保険料があるときは、未払込保険料を差し引いた金額をお支払いします。
- ・健康保険等の資格確認書の写しを提出される場合は、記号・番号・保険者番号・QRコードを判読できないようマスキング(黒く塗りつぶし)してください。また、年金手帳の写しを提出される場合は、基礎年金番号を判読できないようマスキングしてください。その他ご提出書類に「本籍」「国籍」「マイナンバー(個人番号)」が記載ある場合は判読できないようマスキングしてください。
- ・営業日以外にお手続きに必要な書類が当社に到着した場合には、翌営業日に到着したものとして取り扱います。
- ・提出する書類について、記載事項が事実と相違する場合には、正当な支払金額にて精算を行うことに同意します。また、提出した書類の返却を求めないことに同意します。
- ・保険料払込免除事由に該当した場合は、保険料払込免除についても請求したものとして取り扱うことに 同意します。
- ・提出する診断書等の内容に基づき、お支払いできる可能性があるすべての給付金(例えば、入院給付金と手術給付金)について、一括してお支払内容を判断することに同意します。また、一部の給付金(例えば、入院給付金)のお支払いが可能であっても、その他の給付金(例えば、手術給付金)のお支払いに関する情報が不足しているためネオファースト生命から追加での書類提出または回答を求められた場合は、再度書類を提出した日もしくは回答した日が「請求受付日(※)」となることに同意します。
- ※「請求受付日」は、請求に必要な不備のない書類が当社に到着した日となります。当社では「請求受付日」から約款所定の期間内に給付金をお支払いしており、これらの期間を超えることとなった場合には、超えた日数に応じて所定の利息をあわせてお支払いしております。
- ・この請求に際して提出する書類に記載された保健医療等の機微(センシティブ)情報について
 - (1) ネオファースト生命が保険業法施行規則第53条の10等に基づき利用目的を限定しており、
 - (2) その目的については、保険金・給付金の支払等のほか、各種保険契約の引き受け・継続・維持管理、商品の充実のために、ネオファースト生命の業務上必要な範囲内で使用されることを、当該個人情報の本人に対して確認をし、同意を得たうえで提出します。
- ・当社は、各生命保険会社等とともに、お支払等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入院日・退院日(照会を受けた日から5年以内)等の所定の情報を共同して利用しております。
- 詳しくは、生命保険協会または当社のWebサイトもしくは生命保険協会のパンフレットをご覧いただくか [当社コンタクトセンター0120-226-201] にお問い合わせください。

10 MESTINGT EILE	(4.65)) (1.2	_ 117 07 ()				/=+	C //R	7(H) 70 177 E	310.0.108		H-I
		,	ATTENDING	PHYSICIAN'S							
1.Name of patient(氏	名)			Sex(性別)		e of Birth(生年月	1日)				
				Male(男	性) 		/				
				Female (女	(性) /	month		day		year	
2.Name of sickness of	or injury of hospi	talizatio	n(入院の原	因となった傷病	名) Ince	ption date of s	icknes	s or injury	(傷病発生	年月日)	
		{ P	resumption of	doctor(医師推定	Ē) }		/		/		
		(===	Reported by p	atient(患者申告)	month		day		year	
3.Treatment term	Initial medical c	onsulta	tion(初診)				,			>;;;=;;	-,
(治療期間)	/			~	/	/	Į F	inal medica	l consultati	on(終診)	. j
	month	day	year	month	day	year	Pres	ently under	treatment	(現在加療中)	1
4.Treatment Receive				/ /		To /	`		Innatio	nt(入院中)	 ;
as Outpatient	(第1回入院)	011 110	month	day ye		month	day	voor	(rged(退院)	
•		: F		uay ye	ear	To /	uay	year	',		!
(入院期間)	2nd hospitalizat	ion Fro		/ /		•	- 1		,	nt(入院中)	
	(第2回入院)		month		ear .	month	day	year	Discha	rged(退院)	<u> </u>
				of ambulatory						Total	
5.Treatment Receive	/	1234	5678910	11 12 13 14 15	5 16 17 18	19 20 21 22 23	3 24 25	5 26 27 28	29 30 31	Day	(s)
as Outpatient	/	1234	5678910	11 12 13 14 15	5 16 17 18	19 20 21 22 23	3 24 25	26 27 28	29 30 31	Day	(s)
(通院治療日)	/	1234	5678910	11 12 13 14 15	5 16 17 18	19 20 21 22 23	3 24 25	26 27 28	29 30 31	Day	(s)
	/	1234	5678910	11 12 13 14 15	5 16 17 18	19 20 21 22 23	3 24 25	26 27 28	29 30 31	Day	(s)
6.Condition of sickne	ess from its start	to the f	irst diagnos	is(発病(受傷)	から初診ま	での経過)					
(Please indicate whe	en and how symp	otom firs	st appeared)	(いつごろから)	どのような犯	定状があったか詞	記入して	ください。)		
(, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			, c a p p c a . c a ,	(* - 2 3 3					,		
	/±====================================										
Diagnosis and progre	ess(初診時の所見	およひ経	過)								
7.Previous Physician	or Referring Ph	ysician	(Yes	Physician's Na	ame, Perio	d of Treatment	: Name	e/Address	of Medica	al Institution:	
(前医または紹介医)			No								
8.Past History and C	hronic Disease		Yes	Name of Disea	se, Period	of Treatment:	Name	e/Address	of Medica	I Institution:	
(既往症または持病)			No								
	Name of		(,								
	Operation										
	(手術の名称)										
	(子前の石が)	(1)0	/88:	==	NT: .	/BB 15-45-\		0)1 .	/88 ně	- XE-/	
			niotomy(開語			omy (開胸術)		3)Laparoto	_		
	Type of	•	nalocentesis		•	scopic(胸腔鏡)		6)Laparos	•		
9.Surgical operation	Operation	(7)Perc	utaneous	(経皮的) (8	3)Transure	thral (経尿道的	句) (9	9)Transva	ginal (経胞	窒的)	
effected	(手術の種類)	(10)Fib	erscopic or	Catheter(ファ	イバースコ-	-プ又はカテー:	テルによ	はる手術)			
(今回の傷病に関して		(11)Oth	ners()	
実施した手術)		·Surge	ery of Bone,	Joint,Muscle,Te	ndon and	Ligament			·	> (:::::	
	5	(骨、関	目節、筋肉、 原	健、靱帯の手術の)場合)				Open	Closed	_;
	Details of	· In cas	se of Extrem	ity,operative si	te is MP Jo	int and/or pro	ximal.		((_
	Operation			手術部位はMF					Yes	No	j
	(手術の詳細)			toplasty(Skin F					,		
				の場合、移植片		equal to	25 c n	ที่ or larger	∦ smalle	r than 25 c mً)
10.Radiotherapy	Place (部位)	(及)有力	7P&PI3 (1X71)	ジーの口、「シ 1巨/	Period			/		/ /	_
		/ 6 公 6 白 巨	• \	O (#1 4)	_		/			/ /	
(放射線照射)	Quantity in tota			Gray (グレイ)		month	day	year	month	day ye	ar
11.In Case of Acute	60 days after the				-	_		-	-	Yes	
Myocardial Infarction	('limiting the wor			-	-	_	_			'\'	
(急性心筋梗塞の場	are necessary re	garding ı	more demand	ling activities) (初診日から(60日時点で労働制	削限を必	要とする状態	態(軽労働	No	
合)	や座業はできるが、	それ以上	ニの活動では制	限を必要とする状	態)が継続し	ていましたか?)				(;	
10 1- 0 04	Do such objectiv	e, neuro	logical seque	lae as dysphasi	a, ataxia aı	nd paralysis	es If	yes, pleas	se detail tl	ne sequelae.	
12.In Case of Stroke	still exist 60 days	after th	e initial cons	ultation?(初診日	から60日以.			(はいの場合	、後遺症を	詳述ください)	
(脳卒中の場合)	運動失調・麻痺等の	の他覚的な	:神経学的後遺	症が継続していま	したか?)	Ĺ_	No				
	Name of Diagno					Date of Diagnos	is	/		/	_
13.In Case of	(診断確定名)					(診断確定日)	1	nth	day	year	
Malignant		oach (=	冷断 士 注 /		om, (宇珊·四·四·四·四·四·四·四·四·四·四·四·四·四·四·四·四·四·四·四		1		,		
Neoplasm	Diagnostic Appr			,	ogy(病理組		,		ners(<i>)</i>	
(悪性新生物の場合)	Type of Neoplas			intraepithelia		(上皮内新生物)		Oth	ers(それり	/+	<u>;</u>
	Classification o			·		recurrent		<u></u>	metastatio	(転移)	
I hereby certify that t		and co	mplete to th	e best of my kn	owledge a			り証明しま	(す。)		
Name of hospita	I(病院名)					Country (国名)				
Address of hospi	ital(所在地)					Date(証明	日)		/	/	
Signature of doc	tor(医師名)							month	day	year	

時期が		

	,	ATTEN	NDING PH	YSICIAN	'S STA	TEME	VT(診断書	i)							
1.Name of patient(氏	(名)			Sex(性別)		Date of	f Birth(生年月	日)							
				Male	(男性)	;		/		/					
				Female	e(女性)	mo	nth		day		year				
2.Name of sickness	or injury of hospi	italizati	on(入院の原	因となった値	傷病名)	Incepti	on date of si	ckness	or injury	(傷病発生	年月日)				
		`	resumption of		'			/		/					
			Reported by pa	tient(患者F	申告)	mo	nth		day		year				
	Initial medical c	onsulta	ition(初診)				,	fi Fi	nal medical	consultati	on(終診)				
(治療期間)				~				Pre	sentlyund	er treatmen	´(nt(現在加療				
4.Treatment Receive		day	year	month		day To	year	<u>'LLLIII</u>	/	,	nt(入院中)				
as Outpatient	(第1回入院)	on Fre	month	day	year	10	month	day	year	>========	rged(退院)				
(入院期間)	2nd hospitalizat	ion Fro			year	То	/	uay /	/		nt(入院中)				
(7 (1787/1747)	(第2回入院)		month	day	year		month	day	year	`:	rged(退院)				
5.Condition of sickne	ess from its start	to the	first diagnos	is(発病(st	<u>-</u> 受傷)から	初診まで	での経過)			·	,=/				
(Please indicate whe	en and how symp	tom fir	st appeared)	(いつごろフ	からどのよ	ような症料	犬があったか言	記入して	ください。)					
Diagnosis and progre	ess(初診時の所見	および絲	圣過)												
								1							
6.Previous Physician	or Referring Phy	/sician	Yes	Physician's	s Name, I	Period o	t Treatment:	Name	e/Address	of Medic	al Institution:				
(前医または紹介医)			No ;					<u> </u>	/8.1.						
7.Past History and C	hronic Disease		Yes	Name of D	isease, F	Period of	Treatment:	Name	e/Address	of Medic	al Institution:				
(既往症または持病)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		No ;												
	Name of														
	Operation (手術の名称)														
	(3 Macs. Ed. 193)	(1)Crai	niotomy (関回	直結)	(2)Tho	racotor	w (関胸術)	(:	R)Lanarot	omy (問	海 (統)				
	Type of	(1)Craniotomy(開頭術) (2)Thoracotomy (開胸術) (3)Laparotomy (開腹術) (4)Cephalocentesis(穿頭術) (5)Thoracoscopic(胸腔鏡) (6)Laparoscopic(腹腔鏡)													
8.Surgical operation		(4)Cephalocentesis(穿頭術) (5)Thoracoscopic(胸腔鏡) (6)Laparoscopic(腹腔鏡) (7)Percutaneous (経皮的) (8)Transurethral (経尿道的) (9)Transvaginal (経膣的)													
effected		` ,	erscopic or (S					
(今回の傷病に関して		(11)Otl	hers()					
実施した手術)		• Surg	ery of Bone,J	oint,Muscle	e,Tendon	and Lig	ament			((
	Details of	(骨、厚	関節、筋肉、腸	建、靱帯の手	術の場合	•)				Open	Closed				
	Operation	· In ca	se of Extrem	ity,operativ	e site is	MP Join	t and/or prox	cimal.		Yes	No				
	(手術の詳細)		の手術の場合、)		·	' \'				
			se of Dermat	-		grafts e	qual to	25 c m²	or larger	∷ ∺ smalle	erthan 25 c m ੈ				
	(+=(1)	(皮膚)	形成術(皮弁)	の場合、移			`·			^\					
9.Radiotherapy	Place(部位)					riod	/	/	~		/ /				
(放射線照射)	Quantity in total	(総線	量)	Gray(グレ	/イ) (其	阴間)	month	day	year	month	day year				
10.In Case of Acute	30 days after the i	nitial co	nsultation, wa	s it still nece	essary to d	continue	limiting the wo	ork done	e by the pa	tient?	Yes				
Myocardial Infarction	('limiting the wor	k' here ı	refers to a sta	te whereby	the patie	nt can do	sedentary or	light v	vork but re	strictions	(/				
(急性心筋梗塞の場合)	are necessary reg	arding r	nore demandi	ng activities))(初診日:	から30日	時点で労働制限	を必要	とする状態	(軽労働	No				
	や座業はできるが、	それ以上	の活動では制限	を必要とする	状態)が継	続している	ましたか?)				`/				
11.In Case of	Do such objective	e, neuro	ological seque	lae as dyspl	hasia, ata	ixia and	paralysis (Y	es If	yes, plea	se detail t	the sequelae.				
Stroke	still exist 30 days	after th	e initial consu	Itation?(初	診日から3	0日以上、			はいの場合	後遺症を記	詳述ください)				
(脳卒中の場合)	運動失調・麻痺等の	他覚的な	:神経学的後遺症	が継続している	ましたか?)	,	lo							
	Name of Diagno	osis				Dat	e of Diagnosis	;	/		/				
12.In Case of	(診断確定名)					(1	诊断確定日)	mo	nth	day	year				
Malignant	Diagnostic Appr	oach(診断方法)	Histopa	thology (病理組	Cytology	 (細胞診) Oth	ers () !				
Neoplasm	Type of Neoplas			·			上皮内新生物)	<u> </u>		ers(それり	·				
(悪性新生物の場合)	Classification of				nary(原発		recurrent	(重発)		metastatio					
Lhoroby contifue the t				·							(TA12)				
I hereby certify that		: апа со	implete to th	e Dest Of M	iy knowle	euge and			り証明しる	∓9 。)					
Name of hospita	I(病院名)						Country(国	1名)							
Address of hospi	ital(所在地)						Date(証明)	日)		/	/				
Signature of doc	tor(医師名)								month	day	year				

<海外用>

1.THIS FORM IS NOT TO BE USED FOR CLAIMING THE BENEFIT PAYMENT FOR THE HOSPITALIZATION 2.PLEASE COMPLETE BY WRITING OR TYPING IN ENCLISH AND SIGN WHEREVER AMENDMENTS WERE MADE.

To NEOFIRST LIFE (ネオファースト生命あて)

THE ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR OUTPATIENT

1 Name	e of patient(患	子全)			(進		上明書 art N				<u>ま、ノ</u> :(性別		台打宝					Ħでき h(生年		±ん。∫ ⊐))			
1.IVallie	e or patient(&	MT 17			(Cita)	361	,				Dat	C 01	וועו	I(± +	+71	- 1)			,	
											,		男性	′ `								/		
											Fe	male	(女性	=) ;		mor	nth				da	У		year
2. Nam	e of Disease,	∕ Injury	(傷物	病名))										Initi	al C	onsı	ıltati	on ((初診	日)			
																				/		/	/	
																mor	nth				da	v		year
3.Perio	d of	The 1st					/			/				~					/			,		your
	alization	froi			moi	nth		day			yea	r		till			mon	ıth (day		year		
(入院期		The 2nd					/	uuy		/	you			~					,	auy	/	you		
() ())	·31~3/	froi			moi	nth		day			yea	r		till			mon	nth (day		year		
4.The c	late(s) of hos			for t			men		he a	abov	•		ease		ijury	(ind					ouse			
(_	L記2 の傷病の	治療を目	的と	した	通院	治療	日 (往診	日も	通院	治療	日に	含め	てく	ださ	(い)							
	Treatment in		Day	y(s)	of tr	eatn	nent	as o	utp	atie	nt (F	leas	se ci	rcle	the	аррі	ropri	ate d	lay(s)) (ì	通院日)		Total
	month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15							
Ħ	year		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						day(s)
atie	month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15							
utp	year		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						day(s)
Ō	month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15							
g q	year		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						day(s)
ive	month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15							
ece	year		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						day(s)
ıt	month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15							
шe	year		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						day(s)
The Days of Treatment received as Outpatient	month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15							
f T	year		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						day(s)
/s 0	month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15							
Бау	year		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						day(s)
he	month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15							
-	year		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						day(s)
																	Nun	nber	of to	otal d	ays a	s outpatien	t	
																							\perp	day(s)
l h	arabu aartifu t	bat tha	ahau	. a i a	+	000		mnlo	.	. +6-	, har			len a i	امماس	ام م م	d . k	aliaf	: (I	-≡⊐ ∧	L +> 1	1年明1 土土	-)	
1116	ereby certify t	illat tile i	abov	e 15	uue	anu	COI	lipie	ie ii	LITE	, nes	St 01	iiiy	KIIU	wieu	ge a	iiiu k	Jellel	. (1	_===	C 40 7	一証明しより	,	
																Dat	e: m			,	∕d		/y	
																	-							
	Hospital or (Clinic Na	me:																					
	(病院名)																							
	Hospital or (Clinic Ad	dres	s:																				
	(所在地)																							
	Attending P	hysician	's Na	ame	:																			
	(医師名)	•		•																				
					(Si	gnat	ture)																

ご注意(必ずお読みください)

- ●この申告書は請求者がご記入ください。
- ●本申告書と(病院または診療所で費用をお支払いの際発行される)『領収書の写し』(通院日の記載があるもの) を同時に提出することで、医師記載の『通院証明書』のご提出は不要になります。

ネオファースト生命保険株式会社 行

通院状況申告書

╱海从田丶

								<u> </u>	<u> 母外用></u>
1.傷病者氏名					男•女	生年月日	年	月	В
2.入院の原因と なった傷病名	診断名をご記入く	(ださい。			1				
O. V. C. HUBB	初診	年	月	□ ~ ¥	終診	年	月	В	
3.治療期間					(年	月	日現在加療	中)
4.入院期間	入院	年	月	□ ~	退院	年	月	В	
	所在地								
	医療機関								
5.通院先の医療機関	電話番号								
	主治医				科				先生
6.通院日 *当該	月をご記入いただ	ごき、上記傷病	についての道	通院日(往診日	を含む)に〇を	をつけて	下さい。		
月 1 2 3 4	5 6 7 8 9 10	0 11 12 13	14 15 16	17 18 19 20) 21 22 23	24 25	26 27 28	29 30 31	В
月 1 2 3 4	5 6 7 8 9 10	0 11 12 13	14 15 16	17 18 19 20) 21 22 23	24 25	26 27 28	29 30 31	В
月 1 2 3 4	5 6 7 8 9 10	0 11 12 13	14 15 16	17 18 19 20) 21 22 23	24 25	26 27 28	29 30 31	В
月 1 2 3 4	5 6 7 8 9 10	0 11 12 13	14 15 16	17 18 19 20) 21 22 23	24 25	26 27 28	29 30 31	
月 1 2 3 4	5 6 7 8 9 10	0 11 12 13	14 15 16	17 18 19 20) 21 22 23	24 25	26 27 28	29 30 31	В
月 1 2 3 4	5 6 7 8 9 10	0 11 12 13	14 15 16	17 18 19 20) 21 22 23	24 25	26 27 28	29 30 31	В
上記のとおり相違な	5りません。後	日、事実と村	違している	ることが判明	した場合は、	そのた	めに不支払	となっても意	
てをいたしません。	なお、申告内	容について、	ネオファ	ースト生命保	険株式会社を	または委	託の者が必	要に応じて病	院(ま
たは診療所)に照金	含することに同	意します。							
年	月	\Box		請求者	住所				
				1	氏名(自署)				

ネオファースト生命保険株式会社 あて

当社では、お客さま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。

- 〇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 〇関連会社・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
- 〇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 〇その他保険に関連・付随する業務
- ※各種商品·サービスの詳細は、当社ホームページ(http://neofirst.co.jp/)でご覧いただけます

<海外用>

事故状況報告書

		年 		月	日		‡	報告者氏	€名:								受傷	者との 係		
受傷者	名										性別	男・	女	生年月	月日		年		月	E
住所															事故	勤務先	-			
事故発生 日時及 場所	びー	10-7		年	月		日	(曜日) 午	前 後	時	ŧ	分頃	当	業務内		\/		\
.事故		場所 ^{&}													時	1	έ業中 <u></u>	.Jl	その他	
			容 <i>f</i>	いらケ	ガの直接	の原因	日上た	こっナー=	ŧ.のを	1 つi	異択のう	え 数5	字に(つ印をし	.てくナ	ださい。				
					らない場							/L\ 3A	, , , , ,	J - 3 - C	<i>-</i> - (<i>i</i>		<u> </u>			
/					くじいた・で					1	階段・科	きょ はし	」ご・ 楠	奇子·遊具	!べっ	バから !	転落した			
(3)	交通	事故(4	4項	をご記り	入ください))				(4	< →衝突した	こぶつ	かった	(交通事	故を	除く)				
>=<(・ジャンプ・					(6	〈 〉切れた	·挟まっ	t:							
(7)	弱れ.	た				(8)窒	息した	t		(9	〈 火傷した	=			事	故状!	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	- は現	場見取	図
(10)-						\/		-		`\.`	,	-					3		2220-12	
. 事故			- *-	+ 44.11		++-		- h. I.	- « . I » »=		細にご記		L							

荷女 宝	.	~ □□	lı.																	
					り→「有り ₋ し→「無し ₋ 証明書:		ま、勤	務先そ					以下の	事故証明	用書ま	たは任	意の書言	せで作 り	或された	
3. 警察 (☑Lて<	(ださ	lv)		届出無	し→「無し ₋	」のときに を提出し	ま、勤	務先そださい。	の他信	頼でき	る第三者		以下の	事故証明	用書ま	たは任	意の書式	大で作 り	或された	
. 交通	まま	lv)	日月日日	出無. 以下	し→「無し <u>.</u> 証明書	」のときに を提出し こご記 <i>入</i>	は、勤 いてくが へく た	務先そださい。	÷の他信 ☑して	頼でき	る第三者		見下の	事故証明		たは任	意の書言	弋で作 原	或された)
. 交通	事は	い) 枚の 場 運転の	日月日日	以下等。	し→「無し <u>.</u> 証明書:	」のときに を提出し こご記 <i>】</i>	は、勤 いてくが へく た	務先 <i>そ</i> ださい。 ごさい(÷の他信 ☑して	頼でき	る第三者	から、以	月				意の書式時頃)		或された)
でく ・	事は	い) 枚の 場 運転の 酒	合、有無	国出無 . 以下 等 □ □	し→「無し 証明書 の項目に] 運転中	」のときに を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・	は、勤 いてくが へく た	務先 <i>そ</i> ださい。 ごさい(÷の他信 ☑して	頼でき	でる第三者 い)] 歩行中	から、以		□ ₹0	D他(午前					
文 自 運転中の場合	だっます。	い) 女の 場 重転の 酒 規	日日 合無	出無 下 反 種	し→「無し」 証明書 の項目に 」運転中 」飲酒有「 」違反有「 」 達 通自「	Jのときは を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・ り	は、勤 いてくが 入くた : 一 一	前務先そださい。 ごさい(同乗 [「] 自動」	- の他信 ☑して 中	対できなださ	い)] 歩行中 飲酒日] 原付自	時転車	月	□ その 日	D他(午前 午後				飲酒なし違反なし	
図	だっます。	い) 女の 場 重転の 酒 規	日日 合無	出無 下 反 種	し→「無し」 証明書: の項目に] 運転中] 飲酒有] 違反有	Jのときは を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・ り	は、勤 いてくが 入くた : 一 一	前務先そださい。 ごさい(同乗 [「] 自動」	- の他信 ☑して 中	対できなださ	い)] 歩行中 飲酒日] 原付自	時転車	月	□ その 日	D他(午前 午後				飲酒なし	
図	だっます。	い) 女の 場 重転の 酒 規	日日 合無	出無 下 反 種	し→「無し」 証明書 の項目に 」運転中 」飲酒有「 」違反有「 」 達 通自「	Jのときは を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・ り	は、勤 いてくが 入くた : 一 一	前務先そださい。 ごさい(同乗 [「] 自動」	・の他信 ☑して 中 二輪 は、有交	i頼でき くださ 「 「 し か免許i	い)] 歩行中 飲酒日] 原付自	時転車	月	□ その 日	D他(午前 午後				飲酒なし違反なし	
文 自 運転中の場合	がまり ままり ままり はっぱい はんしょう はんしょく はんしょう はんしょく はんしょ はんしょく はんしょ はんしょ はんしん はんしん はんしん はんしん はんしょく はんしょく はんしょく はんしょく はんしょ はんしん はんし	かり タク 場 画 酒 規 で有効が	日日の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日	国出無 下 況 反 種 正 許証	し→「無し」 証明書 の項目に 」運転中 」飲酒有「 」違反有「 」 達 通自「	」のときに を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・ り 動車 有り→「ス	は、勤 くが へく た ロー	前務先そださい。 ごさい(同乗 [「] 自動」	・の他信 ☑して 中 二輪 は、有交	i頼でき くださ 「 「 し か免許i	る第三者 い)] 歩行中 飲酒日] 原付自証の写しる	時転車	月	□ その 日	D他(午前 午後				飲酒なし違反なし	
文 自 運転中の場合	がまり ままり ままり はっぱい はんしょう はんしょく はんしょう はんしょく はんしょ はんしょく はんしょ はんしょ はんしん はんしん はんしん はんしん はんしょく はんしょく はんしょく はんしょく はんしょ はんしん はんし	かり タク 場 画 酒 規 で有効が	日日の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日	国出無 下 況 反 種 正 許証	し→「無し」 証明書: の項目(ご運転中 ご飲酒有 ご違通直: ご発通言:	」のときに を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・ り 動車 有り→「ス	は、勤 くが へく た ロー	前務先そださい。 ごさい(同乗 [「] 自動」	・の他信 ☑して 中 二輪 は、有交	i頼でき くださ 「 「 し か免許i	る第三者 い)] 歩行中 飲酒日] 原付自証の写しる	時転車	月	□ その 日	D他(午前 午後				飲酒なし違反なし	
文 自 運転中の場合	がまり ままり ままり はっぱい はんしょう はんしょく はんしょう はんしょく はんしょ はんしょく はんしょ はんしょ はんしん はんしん はんしん はんしん はんしょく はんしょく はんしょく はんしょく はんしょ はんしん はんし	かり タク 場 画 酒 規 で有効が	一日の一十十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十二十	出出無下ののでは、「ないないないないないないないないないないないないないないないないないないない	し→「無し」 証明書: の項目に 」 飲 違 普 免 」 登 発 」 ことを 正明書:	」のときに を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・ り 動車 有り→「ス	t、勤 いてくた し 量 「有り」	前務先そださい。 ごさい(同乗 [「] 自動」	・の他信 ☑して 中 二輪 は、有交	i頼でき くださ 「 「 し か免許i	る第三者 い)] 歩行中 飲酒日] 原付自証の写しる	時転車	月	□ その 日	D他(午前 午後				飲酒なし違反なし	
文 自 運転中の場合	まず 飲 法 車 現 この	かり タク 場 画 酒 規 で有効が	□□□ 合無 は 鬼	出出版をおいて、日本のではのでは、日本のでは、日本のでは、日本のでは、日本のでは、日本のでは、日本のでは、日本のでは、日本のでは、日本のでは、日	し→「無し」 証明書: の項目に 」 飲 違 普 免 」 登 発 」 ことを 正明書:	」のときに を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・ り 動車 有り→「ス	t、勤 いてくた し 量 「有り」	前務先そださい。 ごさい(同乗 [「] 自動」	・の他信 ☑して 中 二輪 は、有交	i頼でき くださ 「 「 し か免許i	る第三者 い)] 歩行中 飲酒日] 原付自証の写しる	時転車	月	□ その 日	D他(午前 午後				飲酒なし違反なし	
文 自 運転中の場合 上記	(ださ 事 車) 飲 法 車 現 ! の ?	文重 酒 規 つ おり 番	□□□ 合無 は 鬼 増	出出、等況反種証が年氏氏	し→「無し」 証明書: の項目に 」 飲 違 普 免 」 登 発 」 ことを 正明書:	」のときに を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・ り 動車 有り→「ス	t、勤 いてくた し 量 「有り」	前務先そださい。 ごさい(同乗 [「] 自動」	・の他信 ☑して 中 二輪 は、有交	i頼でき くださ 「 「 し か免許i	る第三者 い)] 歩行中 飲酒日] 原付自証の写しる	時転車	月	□ その 日	D他(午前 午後				飲酒なし違反なし	
文自運転中の場合上証明	事 車 道 飲 法 車 現地 番の	い) 女重 酒 規 で い 証 職 罪 職 業 (□□□ 合有状違 兔 相 ・ 具体	出出以等況反種証して年氏的に	し→「無し」 証明書: の項目に 」 飲 違 普 免 」 登 発 」 ことを 正明書:	」のときに を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・ り 動車 有り→「ス	t、勤 いてくた し 量 「有り」	前務先そださい。 ごさい(同乗 [「] 自動」	・の他信 ☑して 中 二輪 は、有交	i頼でき くださ 「 「 し か免許i	る第三者 い)] 歩行中 飲酒日] 原付自証の写しる	時転車	月	□ その 日	D他(午前 午後				飲酒なし違反なし	
文自運転中の場合上証証証明明	まます 飲 法 車 現地 おおと あと	文重 酒 規 つ おり 番	□□□ 合、無 は 免 相	出以等況反種証しな年住氏的関無下してしてしている。	し→「無し」 証明書: の項目に 」 飲 違 普 免 」 登 発 」 ことを 正明書:	」のときに を提出し こご記 <i>入</i> り(酒類・ り 動車 有り→「ス	t、勤 いてくた し 量 「有り」	前務先そださい。 ごさい(同乗 [「] 自動」	・の他信 ☑して 中 二輪 は、有交	i頼でき くださ 「 「 し か免許i	る第三者 い)] 歩行中 飲酒日] 原付自証の写しる	時転車	月	□ その 日	D他(午前 午後				飲酒なし違反なし	