

産科医療補償責任保険金請求書

〇〇損害保険株式会社 御中

下記の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求いたしますので指定する金融機関口座へお支払いください。

〈個人情報の利用目的〉
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間やミレアグループ内での確認を含みます）、保険金のお支払および各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

- 添付書類
- 1. 審査結果通知
 - 2. 補償約款が規定する補償金請求に必要な書類
 - 3. その他

請求日 年 月 日

保険金 請求者	〒	-
	住所	
	氏名	印
	TEL	- -
被保険者 (分娩機関)	〒	-
	住所	
	氏名	
	TEL	- -
補償請求者	〒	-
	住所	
	氏名	
	TEL	- -
児	児との関係	
	氏名	

保険契約	証券番号	
	保険期間	年 月 日 から1年間
	事故日(出生日)	年 月 日

下記金融機関の口座へ振り込んでください。口座への振込みをもって、支払がなされたものと認めます。

保 険 金 支 払 先	ご請求金額 円														
	産科医療補償責任保険普通保険約款第18条第4項の規定に基づく支払先														
	支店 支所														
	銀行 信用組合 信用金庫 農協														
	普通・総合 当座 貯蓄 店番 口座番号														
ゆうちょ銀行 通帳記号 1 0 通帳番号 1 通帳記号も必ずご記入下さい															
口座名義 カタカナでご記入下さい															