

T I サポート共済 共済金請求書

T I サポート共済会事務局 宛

請求日 (西暦) 年 月 日

下記内容が事実と相違ないことを確認し、共済金を請求しますので下記支払指図の通りお支払いください。

口座への振込をもって共済金を受領したものと認めます。

いざれかにチェックしてください。既にご請求されたことのある病気またはケガでの請求有無をご記入ください。													
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	前回支払時のご照会番号						—	—	—	—	—	
共済 契約	被共済者番号	0	1	—					—				
	共済期間	年 月 日	から	年 月 日	雇用開始日	年 月 日							

共済金 請求者	住所	〒	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	企業名								ご捺印欄	TEL :			
	代表者名									FAX :			
	担当者名									MAIL :			

被共済者	氏名					国籍			
	性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	生年月日	年 月 日				

委任状兼 同意書	共済金請求者と被共済者が異なる場合、下部の委任状兼同意書欄にサインが必要です。											
	私は裏面の内容に同意します。 被共済者サイン _____											
	I hereby give my consent to the details on the reverse side. (パスポートと同じサインを記載してください。)											

共済 契約	請求する共済金の種類 (○で囲む)											
	1.傷害死亡 2.後遺障害 3.傷害治療 4.疾病治療 5.疾病死亡 6.賠償責任 7.救援者											

共済金振込先	金融機関	銀行 信託 信金 信組 農協 労金				ゆうちょ銀行	支店				
		本店 支店					預金種別	普通 (総合)	店番		
	口座種類	普通	店番	口座番号	通帳記号 (5 ケタ)				通帳番号 (8 ケタ)		
		当座									
	口座名義 (カタカナ)										
被共済者との関係	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 監理団体や組合	<input type="checkbox"/> 受入企業	<input type="checkbox"/> その他 ()							

事故又は疾病の内容	初診日(疾病の場合) 事故日(傷害の場合)	年 月 日		事故場所 (お怪我の場合)			
	傷病名		部位		既往症		
	状況 (具体的にご記入ください)						
	診療機関名		TEL ()				

請求額	内訳	金額
	治療費用	
	薬代	
	交通費	
	合計	

私は表面の事案に関して、表面の共済金請求者を代理人と定め、本件事故に係るTIサポート共済の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

また、貴社が本共済請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

- (1) 共済契約の履行（損害調査、共済金支払の可否、支払共済金の算定等）・共済引受判断・各種サービスの提供等のために、共済事故の関係者（修理業者、医療機関、共済・損害保険会社、共済事故の当時者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- (2) 再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、再保険引受会社に提供を行うことがあること。
- (3) 保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）については、保険業法施行規則に基づき、保険業の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行うこと。

I, the undersigned, authorize the claimant indicated on the front of this form to administer all authorities concerning the claim for and receipt of the comprehensive mutual aid for TI support pertaining to the accident described on the front of this form.

I hereby give my consent to your company to acquire, use and offer my personal information concerning this mutual aid claim, within the scope necessary to achieve the following purpose of use.

- (1) Provide information to parties related to the insured event (repair tradespersons, medical institutions, mutual aid associations or nonlife insurance companies, persons concerned with the insured event, etc.), parties handling administrative activities by consignment (including insurance agents and agencies) and other necessary concerned parties, in order to implement the mutual aid policy (investigate the injury, determine suitability of payment of the mutual aid claim, calculate the mutual aid benefit payment, etc.), perform the mutual aid underwriting judgement and provide various services, or to receive provision of information and/or services from such parties for such purposes.
- (2) Provide information to a reinsurance underwriting company for purposes such as concluding a reinsurance policy, providing notifications and/or reports based on the reinsurance policy, and billing for a reinsurance payment.
- (3) Acquire, use and provide health care-related and/or other special undisclosed information (sensitive information), limited to within the scope required for appropriate management of your insurance business or otherwise recognized to be necessary, based on the Insurance Business Law Enforcement Regulations.

(記入例)

T I サポート共済 共済金請求書

T I サポート共済会事務局 宛

請求日 (西暦) 2019年11月1日

下記内容が事実と相違ないことを確認し、共済金を請求しますので下記支払指図の通りお支払いください。

口座への振込をもって共済金を受領したものと認めます。

いざれかにチェックしてください。既にご請求されたことのある病気またはケガでの請求有無をご記入ください。											
<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	前回支払時のご照会番号						—			
共済 契約	被共済者番号	0	1	—	○	○	○	—	○	○	○
	共済期間	2019年10月1日 から 2022年9月30日					雇用開始日	2019年10月1日			

共済金 請求者	住所	〒 1 0 1 - 0 0 4 7						
	企業名	(株)バリュー・エージェント					ご捺印欄	TEL : 03-3233-2700
	代表者名	千秋 昌康						FAX : 03-3233-2704
	担当者名	寺澤 慧一						MAIL : ○.○○○○○@vagt.jp

被共済者	氏名	NGUYEN TI SA			国籍	ベトナム
	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	生年月日	1994年 11月 14日	

委任状兼 同意書	共済金請求者と被共済者が異なる場合、下部の委任状兼同意書欄にサインが必要です。				
	私は裏面の内容に同意します。 被共済者サイン <u>NGUYEN TI SA</u>				
	I hereby give my consent to the details on the reverse side. (パスポートと同じサインを記載してください。)				

共済 契約	請求する共済金の種類 (○で囲む)						
	1.傷害死亡	2.後遺障害	3.傷害治療	4.疾病治療	5.疾病死亡	6.賠償責任	7.救援者

共済金振込先	金融機関	銀行 信託 信金 ○○ 信組 農協 労金			ゆうちょ銀行	支店		
		本店 ○○ 支店				預金種別	普通 (総合) 当座	店番
	口座種類	普通 当座 貯蓄	店番 ○○○	口座番号 ○○○○○○○○	通帳記号 (5ヶタ)			通帳番号 (8ヶタ)
	口座名義 (カタカナ)	○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○						
被共済者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 監理団体や組合	<input type="checkbox"/> 受入企業	<input type="checkbox"/> その他 ()				

事故又は疾病の内容	初診日(疾病の場合)	2019年10月15日			事故場所 (お怪我の場合)		
	事故日(傷害の場合)						
	傷病名	胃腸炎	部位			既往症	なし
	状況 (具体的にご記入ください)		夜中に、急激な吐気と下痢を訴えたため、診察を受けた。				
			急性胃腸炎と診断され、通院5日で完治した。				
	診療機関名		○○病院				
TEL ○○(○○○○)○○○○							

請求額	内訳	金額
	治療費用	3,500
	薬代	2,500
	交通費	3,000
	合計	9,000

私は表面の事案に関して、表面の共済金請求者を代理人と定め、本件事故に係るT I S A共済の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。また、貴社が本共済請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

- (1) 共済契約の履行（損害調査、共済金支払の可否、支払共済金の算定等）・共済引受判断・各種サービスの提供等のために、共済事故の関係者（修理業者、医療機関、共済・損害保険会社、共済事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- (2) 再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、再保険引受会社に提供を行うことがあること。
- (3) 保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）については、保険業法施行規則に基づき、保険業の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行うこと。

I, the undersigned, authorize the claimant indicated on the front of this form to administer all authorities concerning the claim for and receipt of the comprehensive mutual aid for TI support pertaining to the accident described on the front of this form.

I hereby give my consent to your company to acquire, use and offer my personal information concerning this mutual aid claim, within the scope necessary to achieve the following purpose of use.

- (1) Provide information to parties related to the insured event (repair tradespersons, medical institutions, mutual aid associations or nonlife insurance companies, persons concerned with the insured event, etc.), parties handling administrative activities by consignment (including insurance agents and agencies) and other necessary concerned parties, in order to implement the mutual aid policy (investigate the injury, determine suitability of payment of the mutual aid claim, calculate the mutual aid benefit payment, etc.), perform the mutual aid underwriting judgement and provide various services, or to receive provision of information and/or services from such parties for such purposes.
- (2) Provide information to a reinsurance underwriting company for purposes such as concluding a reinsurance policy, providing notifications and/or reports based on the reinsurance policy, and billing for a reinsurance payment.
- (3) Acquire, use and provide health care-related and/or other special undisclosed information (sensitive information), limited to within the scope required for appropriate management of your insurance business or otherwise recognized to be necessary, based on the Insurance Business Law Enforcement Regulations.