

セキスイハウス協力会入院補償制度
保険金請求連絡書

連絡日		令和 年 月 日						
被 保 険 者 情 報	氏名カナ							
	氏名漢字							
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	(歳)	性別	男・女
	郵便番号	—	住所カナ					
	住所							
	連絡先	自宅	—	—	携帯	—	—	
死亡日		令和 年 月 日						
入院開始日		令和 年 月 日						
原因		病気 ・ 交通事故でのケガ ・ 交通事故以外でのケガ						
傷病名				状況	通退勤中・業務中・業務外			
入院	期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
	日 数	日間						
手術	有・無	あり・なし						
	手術内容							
医療機関	名称							
	連絡先							

保険金請求書類送付先 (保険会社から送付)	被保険者住所 ・ 問い合わせ先住所 ← どちらか必ずお選びください。
--------------------------	---

問 い 合 わ せ 先	問い合わせ先名カナ			
	問い合わせ先名			
	窓口担当者			
	続柄			
	電話番号			
	郵便番号	—	住所カナ	
	住所			

代理店使用欄

証券番号	912513J643	加入者番号	
連絡事項			

保険金のご請求手続きについて

■ 手続方法

右記の「保険金請求連絡書」をコピーしていただき、下記記載例の内容を参考に必要事項をご記入のうえ、株式会社第一ビルディングまでFAX送信願います。

連絡日		令和 8 年 5 月 1 日		
被 保 険 者 情 報	氏名カナ	セキスイ タロウ		
	氏名漢字	積水 太郎		
	生年月日	昭和・平成 42 年 7 月 2 日 (57 歳)	性別	男・女
	郵便番号	531 - 0076	住所カナ	オオサカシタクオオヨド'ナカ1-1-88
	住所	大阪市北区大淀中1-1-88		
	連絡先	自宅 06 - 6440 - ×××× 携帯 090 - 1111 - ×××××		
死亡日		令和 年 月 日		
入院開始日		令和 8 年 3 月 12 日		
原因		病気 ・ 交通事故でのケガ ・ 交通事故以外でのケガ		
傷病名		交通事故による大腿骨骨折	状況	通退勤中 ・ 業務中 ・ 業務外
入院	期 間	令和 8 年 3 月 12 日 ~ 令和 8 年 4 月 9 日		
	日 数	29 日間		
手術	有 ・ 無	あり ・ なし		
	手術内容			
医療機関	名称	セキスイ病院		
	連絡先	06 - 6440 - ××××		

太枠の中をご記入ください。

保険金請求書類送付先 (保険会社から送付)	被保険者住所 ・ 問い合わせ先住所 ← どちらか必ずお選びください。
--------------------------	------------------------------------

問 い 合 わ せ 先	問い合わせ先名カナ	オオヨドケンセツ		
	問い合わせ先名	大淀建設		
	窓口担当者	積和 花子		
	続柄	被保険者所属会社		
	電話番号	06 - 6440 - ××××		
	郵便番号	531 - 0076	住所カナ	オオサカシタクオオヨド'ナカ1-1-77
	住所	大阪市北区大淀中1-1-77		

代理店使用欄

証券番号	912513J643	加入者番号	
連絡事項			

※保険金請求連絡書でご報告をいただいた内容は、株式会社第一ビルディングより損保ジャパンへ連絡します。保険金請求書類の送付や病気やケガの詳細い内容の確認は、損保ジャパンよりさせていただきます。