

長生健康達人・医療保険金請求書
(キャッシュレスサービスをご利用する場合)



1.被保険者様情報 (申請者作成)					
保険証券番号		保険期間	年 月 日～ 年 月 日	疾病待ち期間	日
氏名(漢字)		ローマ字		生年月日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所				身分証番号	
電話番号		携帯番号		E-mail	
企業名					
所在地				電話番号	
2.申請者情報 被保険者との関係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 法定受取人(申請者本人の場合、記入不要)					
氏名(漢字)		ローマ字		生年月日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
申請者住所			身分証明書種類		身分証番号
電話番号		携帯番号		E-mail	
3.傷害もしくは疾病の状況					
受傷日		受傷場所		受診種別	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院及び入院
症状出現日		初診日		受診種別	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院及び入院
受傷の場合:詳細及び経過 疾病の場合:主な症状、治療経過					
4.保険金支払い (申請者記入)					
私は、長生人寿保険会社又は委託先の北京華泰保険公估有限公司が保険責任となる治療費を医療機関へ直接支払うことに同意し、本人受領と見なします。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
保険会社及び代理会社が治療費の立替払いを進められるよう、私はデポジット金RMB _____元を医療機関へ支払うことに同意します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
確実に治療費の立替払いを進められるよう、私はデポジット金RMB _____元を医療機関に支払うことに同意します。支払処理完了後、デポジット金額が免責金額を超えた場合、超えた部分は北京華泰保険公估有限公司より下記の銀行口座に振込みます。					
銀行名		支店名		支行/分理处	
口座名義			口座番号		
反保険詐欺について					
信用誠実は保険契約の基本原則であり、保険詐欺行為は下記責任を負うこととなります。 【刑事責任】保険詐欺犯罪活動を行うと、身柄拘束または有期懲役を受け、罰金または財産没収の刑事処罰を受けることとなります。保険事故の鑑定人、証明人が故意に虚偽の証明書類を提供し、他人に詐欺協力した場合、保険詐欺罪の共犯者として処罰されます。 【行政責任】犯罪行為にはならない保険詐欺活動を行った場合、15日以下の拘束、5000元以下の罰金の行政処罰を受けることとなります。保険事故の鑑定人、証明人が故意に虚偽の証明書を提供し、他人に詐欺協力した場合、相応の行政処罰を受けることがあります。 【民事責任】故意または重大な過失により、事実在即し告知義務を履行していない場合、保険会社は保険金の賠償または給付の責任を負わないことがあります。保険詐欺行為を実行または関与すると、その支払関連情報は保険業界に共有されることとなります。					
宣言と承認					
①私は本申請書内容全般を理解しており、記入内容は真実です。記入情報の誤りがあった場合は、本人が法律責任を負うこととなります。また、私は長生人寿保険有限公司に授權し、「長生人寿隱私政策(個人情報保護政策)」に基づいた個人情報の処理を認めます。同時に、上記記載内容が保険金支払いの基本的な根拠であることを理解し、「《反保険欺詐提示》(反保険詐欺について)」を確認済です。					
②私は長生人寿保険有限公司が保険契約の約定に従い保険金の支払申請を査定することを理解しており、私にこの申請書を提出してくることは、いかなる保険金賠償の承諾、或は免責条件の免除を意味しないことを認識しています。					
③私は、すべての医師、病院、診療所、保険会社或いはその単位組織及び被保険者の健康状況を熟知しているすべての人に対し、被保険者の現在及び以前の疾病の状況、カルテなどの関連資料を長生人寿保険有限公司及びその授權先である北京華泰保険公估有限公司に提供することを許可します。また長生人寿保険有限公司及びその提携先機構が個人情報の収集、保管、登録及び合理的な利用、情報提携することに同意します。					
④私は、医療機関が今回の治療の診療記録、検査報告、請求書類等を長生人寿保険有限公司あるいは北京華泰保険公估有限公司及びその支店に提供することに同意します。					
⑤今回の傷害或いは疾病治療費用が保険責任とならない場合、私は北京華泰保険公估有限公司が立て替えた医療費用を北京華泰保険公估有限公司に返還することを保証します。					
⑥私は、上述事項は全て事実であることを保証します。					
⑦本申請書の複写物も有効です。行政機構、監督管理機構、保険協業等組織の要求に応じ、長生人寿が収集した個人情報を外部提出することについて、私は認めます。					
申請者署名				年 月 日	
*代理署名は、親権者がご本人の名前でご署名ください					
4. 診断書 (医師が記入)					
患者氏名				患者生年月日	
症状出現日	年 月 日		初診日	年 月 日	
治療期間	<input type="checkbox"/> 通院	年 月 日～ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 入院	年 月 日～ 年 月 日			
診断名及び治療内容					
医師署名	日時		医院名称		