

支払い指図書 兼 同意書

1 ~ 4 の太枠 の中をお客さまにてご記入ください。

1

記入日(支払い指図書・同意書記入日)

年 月 日

2

支払い指図書

先日連絡いたしました、貴社照会番号 〇〇〇〇〇〇の
保険金支払い先につきまして、下記口座に振込みを依頼します。

①金融機関名	☐ 口座種類 (いづれが○で囲んでください) ○がない空白、普通口座として手続きいたします		店番号		口座番号	
	ゆうちょ銀行		通帳記号		通帳番号	
	1		0		-	
	②口座名義 (カタカナ)					

3

同意書

医療機関 担当者さま
関係機関（例：社会保険事務所等） 担当者さま

貴院ご担当医師またはご担当者・貴機関ご担当者が、アメリカンホーム医療・損害保険株式会社の担当者（アメリカンホーム医療・損害保険株式会社が委託した者を含む）に対し、次の1）～3）を行うことに同意します。本状の複写も本状と同じ効力があることを認めます。

- 1) 患者（補償対象者）の病状、および診療に関する記録・情報（カルテ、看護記録、撮影画像、診断書、レセプト等診療、治療に関わる各種記録・情報）の開示
- 2) 患者（補償対象者）の病状、および診療に関する診断書・証明書等の発行
- 3) 患者（補償対象者）の病状、および診療に関する各種検査資料等の貸し出し

補償対象者	住 所										
	氏 名										
	生年月日	(西暦)	・	(大正)	・	(昭和)	・	(平成)		年	月

4

上記②、③について同意いたします。

***補償対象者(治療を受けられた方)にてご記入ください。**

補償対象者が未成年の場合は親権者にてご記入ください。

補償対象者がお亡くなりになられた場合は法定相続人の方にてご記入ください。

住所	〒□□□-□□□□		電話番号	-	-
			日中の連絡先	-	-
氏名	(フリガナ)				
					
補償対象者との続柄 1. 本人 2. 親権者 3. 法定相続人 () 4. その他 ()					

書類番号

裏面に記入例がございます。

ANZCOM 080



改定日

2023.4.28 (土)