

## ご注意ください。

以下の内容に1つでも当てはまる場合、ダウンロード書類はご利用いただけません。

【保険金・給付金お問合せ窓口】から請求書類をお取り寄せください。

- 病気やケガをした本人が未成年の場合
- 契約者が法人の場合
- 病気やケガをした方と給付金受取人が異なる契約
- 病気やケガをした本人以外が手続きをする場合  
(代筆者・指定代理請求人・代理請求人等からの請求)
- 病気やケガをした本人がお亡くなりになっている場合

## 保険金・給付金お問合せ窓口

お問合せは、お手元に保険証券または証券番号をご準備のうえ、受取人ご本人さまよりお願いいたします。

ゼロ・ゴー・サン  
 0120-506-053

受付時間

月曜～土曜 9:00-18:00  
(日曜・祝日・年末年始休み)



# A<sub>1</sub> 給付金等請求書 必ず提出してください

オリックス生命保険株式会社 御中

以下の項目に同意のうえ、給付金を請求いたします。

- a. 貴社のウェブサイト等に記載の「個人情報の取扱いについて」を確認し、その内容に同意します。
- b. 医師および医療機関等が貴社または本書持参の者に被保険者の傷病内容(病名・症状・治療内容・既往症病歴など)を説明すること、また、その証明書を発行することに同意します。(本書の複写も本書と同じ効力があることを了承します。)
- c. 本請求について、手続完了後のお知らせの交付をもって、約款に規定している変更内容の保険証券への裏書に代えることを同意します。

## 受取人がご記入ください

① 記入日  年  月  日

② 証券番号

フリガナ

③ 受取人

## 振込先をご記入ください

④

口座名義人をご記入ください

フリガナ

口座名義人 (受取人名義に限ります)

金融機関 (ゆうちょ銀行以外)

銀行 信組 信金 農協 普通 当座 貯蓄 別段

本店 支店 出張所 口座番号 (右づめ記入)

ゆうちょ銀行 記号   \* 番号 (右づめ記入)

## 今回請求の「お手続き完了のお知らせ」の送付先住所をご記入ください

⑤

〒

送付先住所

電話番号

### 会社使用欄

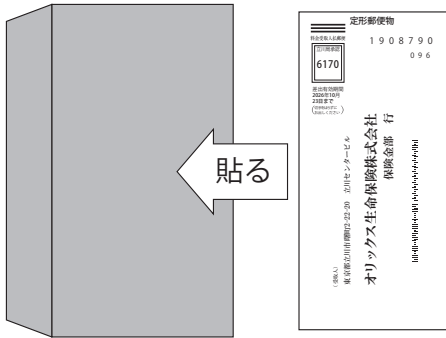
代理店受領日	支社受領日	口座		名義人表示	P控除	住所	本社受領日
( / / )	( / / )	銀行コード	支店コード	1: 契約者 2: 被保険者 3: 入力	0: なし 1: 控除する 2: 控除しない	0: 入力 1: 契約者 2: 被保険者	( / / )



# 封筒貼付用あて先用紙

## 〈ご使用方法〉

- ①この「あて先用紙」は定型郵便物にご使用いただけます。  
「長辺14～23.5cm×短辺9～12cm×厚さ1cm以内」の封筒をご用意ください。
- ②点線にそって右の「あて先用紙」を切り取ってください。
- ③切り取った「あて先用紙」を、ご用意いただいた封筒のおもて面にはがれないように貼り付けてください。



封をする前に必要書類がそろっているか、もう一度ご確認ください。

定型郵便物

料金受取人払郵便 1908790  
096

立川局承認  
6170

差出有効期間  
2026年10月  
23日まで  
(切手はらずにお出しく下さい)

東京都立川市曙町2-22-20 立川センタービル

オリックス生命保険株式会社  
保険金部 行

（受取人）

