

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)

<お知らせ> 新型コロナウイルス感染症によるご請求について

この用紙は、対象でないお客さまも含めお渡ししております。ご了承ください。

新型コロナウイルス感染症によるご請求については、簡便なお取扱いを行っておりますので以下をご参照ください。

なお、診断された日によって、お取扱いが異なりますのでご注意ください。また、ご不明な点がございましたら、当社ウェブサイト (<https://www.orixlife.co.jp/>) または保険金・給付金お問合せ窓口へお問い合わせください。

※2023年5月8日以降に陽性と診断された場合は、医療機関に入院された方のみお支払いの対象となり、自宅療養または宿泊療養された方はお支払いの対象外となります。

▶ご請求の可否

【2022年9月25日以前に陽性と診断された場合】

| ケース | 請求可否 |
|-----------------|------|
| ・医療機関に入院した方 | ○ |
| ・自宅療養または宿泊療養した方 | ○ |

【2022年9月26日から2023年5月7日に陽性と診断された場合】

| ケース | 請求可否 |
|--|------|
| ・医療機関に入院した方 | ○ |
| ・自宅療養または宿泊療養した方 かつ 以下1~4のいずれかに当てはまる方 1. 診断日時点で65歳以上の方 2. 本来入院が必要であったが、医療機関の事情で入院できなかった方 3. 新型コロナ治療薬の投与または酸素投与が必要だった方 4. 診断日時点で妊娠中であった方 | ○ |
| ・自宅療養または宿泊療養した方 かつ 上記1~4以外の方 | × |

【2023年5月8日以降に陽性と診断された場合】

| ケース | 請求可否 |
|-----------------|------|
| ・医療機関に入院した方 | ○ |
| ・自宅療養または宿泊療養した方 | × |

▶必要書類

- ① 給付金等請求書
- ② 以下 (A) (B) いずれか

ウェブ請求ご希望の場合はコチラ▶▶▶



| 書類名 (例) | 必要項目 |
|--|-------------------------------------|
| (A) My HER-SYS の療養証明書画面 (「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム(My HER-SYS)」の画面または印刷した書類) | 氏名・生年月日・傷病名・ 診断年月日・担当保健所 |
| (B) 医療機関等が実施した検査・診断により陽性であることが確認できる書類 ・医療機関等で実施されたPCR検査や抗原検査の結果がわかるもの ・PCR検査や抗原検査を実施する検査センター(医療機関以外でも可)の検査結果(市販の検査キットは除く) ・自治体が設置している健康フォローアップセンター(注)の受付結果 (注)自治体ごとに名称が異なりますので、お住まいの自治体の名称をご確認ください。 | 氏名・検査結果・ 判明日または診断日・発行者名等が記載されたもの |

※【2022年9月26日から2023年5月7日に陽性と診断された場合】の2~4に該当する方で、(A)の「My HER-SYS の療養証明書」をご提出いただけない場合は、必要書類①②に加えて2~4に該当することを証明する書類のご提出が必要となります。

証明書類の詳細はコチラ▶▶▶



■ 保険金・給付金お問合せ窓口 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)

10桁の証券番号をご用意のうえ、給付金受取人ご本人からご連絡ください。

2023年5月8日時点での取扱いです。今後法令の改正等により変更する場合があります。

A₁ 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)

どちらかにご記入ください

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 (右つめ記入)

ゆうちょ銀行 記号 1 0 番号 (右つめ記入)

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

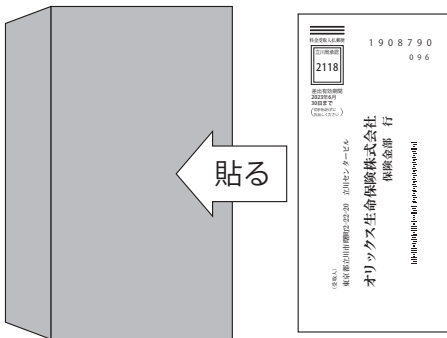
| 代理店受領日 | 支社受領日 | 口座 | | 名義人表示 | P控除 | 住所 | 本社受領日 |
|---------|---------|-------|-------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|---------|
| (/ /) | (/ /) | 銀行コード | 支店コード | 1:契約者 2:被保険者 3:入力 | 0:なし 1:控除する 2:控除しない | 0:入力 1:契約者 2:被保険者 | (/ /) |



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。

料金受取人払郵便



差出有効期間
2024年11月
30日まで
(切手はらずに
お出しく下さい)

1 9 0 8 7 9 0
0 9 6

(受取人)

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

