

保険金・給付金を請求するときの確認シート

契約している生命保険

	生命保険会社名	商品名	保険証券の番号など
1			
2			
3			
4			
5			

死亡の場合	入院・手術・通院などの場合
保険証券の番号	保険証券の番号
死亡した人の名前	入院・手術・通院などをした人の名前
死亡した日	入院・手術・通院などの内容と原因（病気、事故、傷病名など）
死亡した原因（病気、事故など）	受傷日（事故の場合は必須）
保険金受取人の名前	入院期間（入院日と退院日）
保険金受取人の連絡先（住所・電話番号）	手術日・手術名
死亡前の入院・手術の有無	通院の有無・通院日数

生命保険会社に連絡するときは、他に対象になる契約や特約がないかを確認しましょう。
住所などに変更がある場合は、生命保険会社からの大切なお知らせなどが届かない可能性があるがあるので、必ず連絡しましょう。