

## 保険金請求WEBログイン+入力手順書

2023年5月版

## 目次

## &lt;ログイン&gt;

手順1 (スマホやPCでのアクセス方法)	1
手順2 (PCでの検索結果)	1
手順3 (PCで「保険金請求WEB」をクリック)	2
手順4 (保険金請求WEB画面)	2
(社員番号を入れて「手続きを始める」)	3
手順5 (個人情報の取扱いに同意し、手続きを選択)	4

## &lt;新型コロナウイルス感染症の場合&gt;

手順6 (診断日が2022年9月25日以前の場合)	5
手順7 («診断書なし」「30万円以下または不明」)	6
手順8 (確認事項に同意して、療養された方の情報を入力)	7
手順9 (コロナの治療状況について入力)	8
手順10(保険金請求者・連絡先・保険金受取口座を入力)	9
手順11(請求書類のアップロード、入力内容の確認、送信)	10
手順12(診断日が2022年9月26日～2023年5月7日の場合)	11

## &lt;病気の場合&gt;

手順13(「手続きの選択」から「保険金請求に進む」まで)	12
手順14(確認事項に同意して、治療された方の情報を入力)	13
手順15(病気の治療状況について入力)	13～14
手順16(保険金請求者・連絡先・保険金受取口座を入力)	15
手順17(請求書類のアップロード、入力内容の確認、送信)	16

## &lt;ケガの場合&gt;

手順18(「手続きの選択」から「保険金請求に進む」まで)	17
手順19(確認事項に同意して、ケガをされた方の情報を入力)	18
手順20(ケガの治療状況について入力)	19
手順21(保険金請求者・連絡先・保険金受取口座を入力)	20
手順22(請求書類のアップロード、入力内容の確認、送信)	21

# <ログイン>

## 手順① スマホやPCでのアクセス方法



スマートフォンをお使いの方は  
右記QRコード※からアクセス

QR31007



QRコード※から  
アクセス後は  
手順④へ

※QRコードは(株)デンソー  
ウェブの登録商標です。



パソコンをお使いの方は  
従業員ホームページにアクセス!

「**ハイライフプラン**請求」  
で検索後、手順②へ

ハイライフプラン請求

検索

URL: [https://www.7fin.jp/for\\_emp/customer/payment\\_highlife.php](https://www.7fin.jp/for_emp/customer/payment_highlife.php)

【注】 パソコンで検索する際は、 Internet Explorer ではなく



EDGE または



Google Chrome を使用して下さい。

## 手順② PCでの検索結果

Google

ハイライフプラン請求



すべて

画像

ニュース

ショッピング

動画

もっと見る

ツール

約 2,150,000 件 (0.44 秒)

[https://www.7fin.jp/customer/payment\\_highlife](https://www.7fin.jp/customer/payment_highlife)

保険金請求のご案内<ハイライフプラン

お電話によるご連絡・生命保険(団体定期保険)につきましては、お手数ですが、ハイライフ  
プラン保険金請求担当までお電話ください。ご加入商品や保険会社をご不明の場合...

[https://www.7fin.jp/customer/payment\\_other](https://www.7fin.jp/customer/payment_other)

保険金請求のご案内<ハイライフプラン以外

保険会社分からない場合は、セブン・フィナンシャルサービス(0120-409-401)にご連絡ください。事故受付センターでは、以下

[https://www.7fin.jp/for\\_emp/customer](https://www.7fin.jp/for_emp/customer)

ご契約者様トップページ - セブン・フィナンシャルサービス

保険金請求のご案内、ハイライフプラン・ハイライフプラン以外・ハイライフ年金のお手続き  
(中途払出(減口)/脱退/積立金額変更/払込中断)、各種お手続き。

検索結果の

「保険金請求のご案内<ハイライフプラン」  
をクリック

## 手順③ PCで「保険金請求WEB」をクリック

セブン&アイグループ  
従業員様向け保険サービス

グループ会社一覧 セブン&アイHLDGS  
よくあるご質問 お問合せ

ハイライフ  
プラン

自動車保険・  
バイク保険

がん保険・  
医療保険

火災保険・  
地震保険

ペット・自転車・  
旅行保険 他

ご契約者の方

### 保険金請求のご案内 ＜ハイライフプラン＞

- ご契約の方トップページ
- 保険金請求のご案内
  - ▶ ハイライフプラン
  - ▶ ハイライフプラン以外
- ハイライフ年金のお手続き
- 各種お手続き
  - ▶ 住所変更
  - ▶ 口座変更
  - ▶ 改姓
  - ▶ 休職・退職
  - ▶ その他

#### 事故連絡・保険金のご請求はこちら

ハイライフプラン 病気とケガ・交通傷害・携行品損害の場合

保険金請求WEB

ハイライフプラン 総合賠償（携行品損害を除く）・長期所得補償・終身介護の場合

インターネットでのご連絡

お電話によるご連絡

**0120-198-409** (内線 2140)

ハイライフプラン保険金請求担当  
受付時間：9:00～17:30（平日）

※ 生命保険（団体定期保険）につきましては、お手数ですが、ハイライフプラン保険金請求担当までお電話ください。

※ ご加入商品や保険会社をご不明の場合は、お手数ですが、「当社電話番号 0120-198-409」へお電話いただくか、「インターネットでのご連絡」よりお問合せください。

「保険金WEB請求」  
をクリック

## 手順④ 保険金請求WEB画面

セブン&アイHLDGS.福利厚生制度 ハイライフプラン

ご加入のお客さま専用WEB

WEBによる事故連絡・保険金請求のお手続き

MS&AD 三井住友海上

# 保険金請求WEB

～24時間365日ご利用できます（定期メンテナンス時を除く）～

ペーパーレスでスピーディにWEBで保険金請求ができます



ご利用については、こちらから選択のうえ、確認してください。



ケガの保険金請求について知りたい



病気の保険金請求について知りたい



## ご利用に際して

- ・本サービスではお客さまとの通信内容はインターネット標準の暗号化技術により保護されています。
- ・本サービスでは、Javascriptとブラウザの「Cookie」情報を利用しています。
- ・ご利用の際はお使いのブラウザでJavascriptおよび「Cookie」設定を有効にしてください。
- ・ブラウザの戻るボタンは使用しないでください。
- ・サイト利用規約についてはこちらで確認してください。 [こちら](#)
- ・毎週月曜日午前2時～午前4時は定期メンテナンスのため本サービスを休止します。



手続きはこちらからご案内します。項目を入力して手続きをお願いします。

## 三井住友海上から案内した受付番号の有無について選択してください。

今回お手続きをする事故について三井住友海上から案内した受付番号をお持ちでしょうか？

はい

いいえ

※受付番号：三井住友海上で事故の受付をしたお客さまには、受付番号をご案内しています。  
【SMS】【受付八ガキ】【請求書類のご案内】に記載の受付番号または【WEB受付のお知らせ】に記載のWEB受付番号

手続きを始める

入力の途中で手続きを終了する場合はブラウザを閉じてください。

「いいえ」をクリック

以前事故報告を入力済等  
受付番号をお持ちの方は  
「はい」をクリックし、画面の  
指示に従って入力してくだ  
さい。



手続きはこちらからご案内します。項目を入力して手続きをお願いします。

## 三井住友海上から案内した受付番号の有無について選択してください。

今回お手続きをする事故について三井住友海上から案内した受付番号をお持ちでしょうか？

はい

いいえ

※受付番号：三井住友海上で事故の受付をしたお客さまには、受付番号をご案内しています。  
【SMS】【受付八ガキ】【請求書類のご案内】に記載の受付番号または【WEB受付のお知らせ】に記載のWEB受付番号

## お客さまの社員番号を入力してください。

社員番号 **必須**

半角英数字カナ

OB会にご加入の方は会員番号、継続制度にご加入の方は加入者番号を入力してください。

手続きを始める

入力の途中で手続きを終了する場合はブラウザを閉じてください。

「社員番号」  
を入力

「手続きを始める」  
をクリック

## 手順⑤ 個人情報の取扱いに同意し、手続きを選択

セブン&アイHLDGS.福利厚生制度 ハイライフプラン ご加入のお客さま専用WEB

①手続きの選択      ②入力画面  
(保険金請求・事故の連絡)      ③入力内容の確認      ④WEB手続き完了

このたびは心よりお見舞いを申し上げます。

**補償内容について**

ご加入の補償内容は、パンフレット等をご参照ください。

**個人情報のお取り扱いについて**

このサービスをご利用いただくにあたり、以下の【個人情報の取扱い】に同意いただく必要があります。  
お読みいただき、同意いただける場合は、「同意する」にチェックマークを付け、入力画面に進んでください。

【個人情報の取扱い】  
お客さまの個人情報は、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険会社間やMS&ADインシュアランスグループ内での確認を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、再保険引受会社に提供を行うことがあります。保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）については、保険業法施行規則に基づき、保険業の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行います。

同意します。

「同意します」の  
チェックボックスにチェック

お手続きを選択してください。

ケガ      病気      携行品・生活用動産の損害      新型コロナウイルス感染症

手続きの選択  
**必須**

ケガ      病気      携行品・生活用動産の損害      新型コロナウイルス感染症

入力途中でお手続きをお止めになる場合はブラウザを閉じてください。

手続きを行いたい  
種目を選択

以降は画面の指示に従いご入力ください。

手順⑥からは、ケースに応じた入力の仕方を説明します。

## <新型コロナウイルス感染症 による自宅療養・施設療養の場合>

ご請求にあたっては「保健所の証明書」（診断日と療養期間がわかるもの）またはその代替書類※が必要となります。ご用意いただけましたら、「**新型コロナウイルス感染症**」を選択し、手順⑦にお進み下さい。  
<※代替書類>

- \* My HER-SYS の「療養証明書」
- \* 医療機関で実施されたPCR検査や抗原検査の結果がわかるもの
- \* 診療明細書（医学管理料に「二類感染症患者入院診療加算」（外来診療・診療報酬上臨時的取扱を含む）が記載されたもの）

【注】ご用意いただいた証明書またはその代替書類でご対応できるかは保険会社判断となります。

★診断日が**2022年9月25日以前**の場合 ⇒ 手順⑥ へ進む

★診断日が**2022年9月26日以降** 手順⑫ へ  
**2023年5月7日迄**の場合 ⇒ 保険金請求ができるのは  
「**重症化リスクの高い方**」に該当する場合のみ

【注】診断日が2023年5月8日以降で入院されていない場合は、ご請求の対象外となります。

## 手順⑥ 診断日が2022年9月25日以前の場合

コロナ

<診断日が2022年**9月25日以前**の場合>

**WEB保険金請求をご利用いただける条件（新型コロナウイルス感染症）**

「2022年9月25日以前」を選択

新型コロナウイルス感染症の診断（陽性判明）日を選択してください。

2022年9月26日以降

✓ 2022年9月25日以前

✓ 保険金のご請求をする

「保険金のご請求をする」をクリック

治療の診療明細書などご請求に必要な書類がお手元にある方はこちらからお手続きをしてください。  
※新型コロナウイルス感染症のご請求は治療または療養期間が終了後にお手続きしてください。

**WEB保険金請求をご利用いただける条件（病気）**

本人による手続きですか？

「はい」を選択

病気になられたご本人（17歳以下の未成年者は親権者）によるお手続きですか？

✓ はい

いいえ

※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は罹患したご本人

保険金を受け取る口座はお手続きしている方の本人名義ですか？

✓ はい

いいえ

保険金を受け取る口座は本人名義ですか？  
「はい」を選択

【注】「いいえ」の場合は保険金請求書の記載が必要となり保険金請求書をダウンロードのうえ手続きを進めることになります。

【書類のご提出について】

1度の病気で保険金のご請求額が30万円※以下の場合、WEB手続きで治療状況の入力をいただくことにより診断書のご提出を省略することができます。お手元にご治療の診療明細書（または治療費領収書）をご準備してください。

次の場合はWEB手続きに加え、書類のご提出が必要となります。

- ・保険金のご請求額が30万円※を超える場合は診断書の提出が必要です。診断書の取付費用はお客さまのご負担となります。
  - ・ご請求額が不明な場合はWEB手続きをいただいた後、診断書などが必要な場合は担当者からご案内します。
- ※がん・急性心筋梗塞・脳卒中のご請求でこれらの病気に特定してお支払いする保険金の特約がセットされている契約の場合は10万円となります。  
 ※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合、「My HER-SYS 画像の療養証明書」、または、「医療機関のPCR検査結果など感染症に罹患したことがわかるもの」のご提出が必要です。

「診断書なし」を選択

※My HER-SYS画像 など

診断書の取付について教えてください。

※「My HER-SYS 画像の療養証明書」などは「診断書なし」を選択してください。

診断書あり

✓ 診断書なし  
※My HER-SYS画像 など

※弊社所定の診断書以外の場合は、記載内容により弊社所定の診断書をお願いすることがあります。

「30万円以下または不明」を選択

保険金のご請求額（見込み）について選択してください。

✓ 30万円以下または不明

30万円超

【お願い】 入力前にご用意ください。

保険金請求の入力時に必要となります。お手元にご治療内容の詳細（入院日・通院日・手術名等）がわかるもの、診療明細書（または治療費領収書）をご用意ください。  
 ※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合、「My HER-SYS 画像の療養証明書」、または、「医療機関のPCR検査結果など新型コロナウイルス感染症に罹患したことがわかるもの」をご用意ください。

入力前にご用意ください

⇒「新型コロナウイルス感染症」ご請求の場合は「My HER-SYS 画像の療養証明書」等「コロナに罹患したことがわかるもの」をご用意ください。

WEB保険金請求をご利用いただけます

保険金請求に進む

「保険金請求に進む」をクリック

入力の途中でお手続きをお止めになる場合はブラウザを開いてください。



保険金請求に関する確認事項

三井住友海上火災保険株式会社 宛

次の通り、保険金を請求します。指定の口座への振込をもって保険金を受領したものとみなします。本保険契約および約で定められた保険金等の額を超えて支払いを受けた場合には、超えた額について貴社または他の保険契約等の損害保

険金をお支払いに関するご案内

険します。また、他の保険契約等がある場合、貴社の負担部分を超える額をその保険契約等の損害保険会社・共済等に求償することに同意します。

※名称を問わず、同一の損害または費用に対して保険金等をお支払いする契約をいいます。

「同意して・・・手続きに進む」の  
チェックボックスにチェック

同意してWEB保険金請求のお手続きに進む

※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、「病気」を「新型コロナウイルス感染症」とお読み替えいただき、お手続きしてください。

他の保険契約の有無について入力してください。

今回の病気に対して、この団体保険以外に保険金を支払う弊社または弊社以外の他の保険契約等がありましたら、必ず入力してください。

他の保険契約の有無 **必須**

なし  あり

「新型コロナウイルス感染症」で  
ご療養（自宅療養・施設療養  
・入院）された方の情報を入力

補償対象者（ご病気になられた方）について入力してください。

氏名(漢字) <b>必須</b>	七分 愛 <input checked="" type="checkbox"/> (例) 三住 太郎 ※姓名の間にスペースを入れてください
氏名(半角カナ) <b>必須</b>	セブンアイ <input checked="" type="checkbox"/> (例) ミスミ ㇿㇿ ※姓名の間にスペースを入れてください
生年月日 <b>必須</b>	1997 <input checked="" type="checkbox"/> 年 7 <input checked="" type="checkbox"/> 月 7 <input checked="" type="checkbox"/> 日
性別 <b>必須</b>	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
保険加入者からみた関係 <b>必須</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の子ども <input type="checkbox"/> 別居かつ未婚の子ども <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 全角



病気の治療状況について入力してください。

病名 <b>必須</b>	<input type="text" value="新型コロナ"/> ✓ (例) ○○病 ※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、「新型コロナ」と入力してください。
受診までの経緯 <b>必須</b>	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px;">                     2022年8月1日 PCR検査陽性。発熱あり。 保健所の指示により、2022年8月1日～10日まで自宅療養。 ✓                 </div> (例) ○年○月○日の健康診断で△△△を指摘され、○年○月○日××病院を受診した。など ※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、次の状況を入力してください。【必須】 1. 新型コロナウイルス感染症の診断（陽性判明）日 2. 検査種類（PCR検査など） 3. 症状 4. 治療または療養場所（医療機関・宿泊施設・ご自宅）
今回ご請求する病気の初診日 <b>必須</b>	※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、「陽性と診断された検査日（PCR検査など）」または「入院または療養開始日」のいずれか早い日にちを入力してください。 2022 ✓ 年 8 ✓ 月 1 ✓ 日

(例)や赤字の注意事項を参照の上、診断日・検査内容・症状・療養場所(医療機関・療養施設・自宅)を記載

医療機関は最大3つまで入力できます。  
 2つ目、3つ目の医療機関を入力する場合は、1つ目の医療機関を入力した後に「医療機関を追加する」を押してください。

受診した医療機関が4つ以上の場合はチェックを入れてください。

1つ目の医療機関	
医療機関名 <b>必須</b>	<input type="text" value="セブクリニック"/> ✓ (例) ○○病院
治療 <b>必須</b>	治療の状態を選択してください。 <input type="text" value="治癒"/> ✓
入院 <b>必須</b> <a href="#">集中治療室利用リンク</a>	※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は「あり」を選択してください。 <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし ※新型コロナウイルス感染症の入院保険金のご請求の場合は「なし」を選択する。通称「あり」を選択してください。
	入院期間を入力してください。 入院が複数ある場合は続けて入力してください。 入院中の場合は退院日の入力は不要です。 2022 ✓ 年 8 ✓ 月 1 ✓ 日 ~ 2022 ✓ 年 8 ✓ 月 10 ✓ 日 (任意)
	※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、医療機関や保健所・自治体から指示を受けた療養期間を入力してください。 ※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、診断（陽性判明）日によって取扱いが異なります。 2022年9月26日以降に診断（陽性判明）された方は、必ずこちらをご確認のうえ、医療機関や保健所・自治体から指示を受けた療養期間を入力してください。
	集中治療室での治療はありますか？ <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし <a href="#">入力を追加する。(複数の入院がある場合)</a>
手術 <b>必須</b>	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
放射線照射 <b>必須</b>	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
先進医療の受療 <b>必須</b>	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし
入院前後の通院 <b>必須</b>	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし

「新型コロナウイルス感染症」をご請求の場合は入院「あり」を選択する

「新型コロナウイルス感染症」をご請求の場合は医療機関や保健所・自治体から指示を受けた「療養期間」を入力する

[医療機関を追加する](#)

【保険金請求者】お手続きをしている方について入力してください。

※「補償対象者」が17歳以下の場合を除き、「補償対象者」本人以外の方はお手続きが

氏名(漢字) <b>必須</b>	七分 愛 <small>(例) 三住 太郎 ※姓名の間にスペースを入れてください</small>
氏名(半角カナ) <b>必須</b>	セブン アイ <small>(例) ミリス 知子 ※姓名の間にスペースを入れてください</small>
続柄 <b>必須</b>	本人
住所 <b>必須</b>	郵便番号 <input type="text" value="102"/> <input checked="" type="checkbox"/> - <input type="text" value="0084"/> <input checked="" type="checkbox"/> (半角数字) <input type="button" value="郵便番号検索"/> <small>(例) 101-0062</small>
	都道府県 <input type="text" value="東京都"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	市区町村 <input type="text" value="千代田区二番町"/> <input checked="" type="checkbox"/> <small>(例) 〇〇区〇〇町</small>
	丁目、番地、建物名、部屋番号 <input type="text" value="4-5"/> <input checked="" type="checkbox"/> <small>(例) 〇丁目〇番〇号 〇〇ビル 〇〇号室</small>

「本人による手続き」のため  
本人「氏名」は入力されて  
いる

連絡先について入力してください。

ご連絡の案内方法を選択してください。 **必須**

日中の連絡先 **必須**  
(3つまで入力できます)

SMS受信可能なスマートフォンの電話番号を入力してください。  
    -   -   (半角数字)  
[入力を追加する \(複数の連絡先がある場合\)](#)

保険金を受け取る口座を入力してください。

金融機関種類 <b>必須</b>	いずれかを選択してください。 <input checked="" type="button" value="都市銀行・地方銀行"/> <input type="button" value="ゆうちょ銀行"/> <input type="button" value="その他"/>
金融機関 <b>必須</b>	金融機関名 <input type="text" value="セブン銀行"/> <input type="button" value="修正する"/>
	支店名 <input type="text" value="フリージア"/> <input type="button" value="修正する"/>
	預金種類 <input checked="" type="button" value="普通"/> <input type="button" value="当座"/> <input type="button" value="貯蓄"/>
	口座番号 <input type="text" value="7777777"/> <input checked="" type="checkbox"/>
	口座名義(半角カナ) <input type="text" value="半角カナ"/>

あらかじめ「本人名義口座」  
を指定している場合は  
口座名義の入力は不要

請求書類のアップロード

保険金の請求に必要な書類は次のとおりです。  
画像をアップロードしてください。  
なお下記以外の書類をお届けすることがありますので、ご了承ください。

アップロードした書類にチェックを入れてください。

- 診療明細書 ※
- 「My HER-SYS 画像の療養証明書」など(新型コロナウイルス感染症) ※2
- 2022年9月26日以降に新型コロナウイルス感染症と診断(陽性判明)された場合の確認書類

(注) 通院保険金を補償する契約にご加入がない場合は、通院に関する書類のアップロードは不要です。

※入力した全ての治療について診療明細書をアップロードしてください。

診療明細書がお手元ない場合は治療費領収書をお願いします。

※2「新型コロナウイルス感染症」ご請求の場合は、以下の表の書類をアップロードしてください。

対象	必要書類
共通	My HER-SYS画面の画像など、罹患の事実を確認できる書類等
(※)65歳以上の方	生年月日が確認できる書類(My HER-SYS画面で確認できる場合は不要)
(※)姓簿の方	母子手帳の写し、姓簿中であることがわかる書類
(※)入院を要する方	診療明細書、領収書、退院証明書
(※)重症化する恐れのある方 ①新型コロナ治療薬の投与 ②酸素投与	①治療薬が確認できる診療明細書、処方箋、薬剤の説明書 ②診療明細書(「酸素吸入」、「酸素テント」、または「在宅酸素療法指導管理料」の算定があるもの)
(※)2022年9月26日以降に新型コロナウイルス感染症と診断(陽性判明)された場合に必要です	

- ・1枚8MB未満、20枚までアップロードできます。
- ・jpg, jpeg, gif, png, pdfの形式でアップロードしてください。
- ・画像のスレや欠け、不鮮明な部分がないようにアップロードしてください。



ドラッグ&ドロップ  
または  
クリックして画像を選択

スマートフォンのカメラから撮影した画像がアップロードできない場合は、事前に撮影した画像をアップロードしてください。

□「My HER-SYS画像の療養証明書」など・・・にチェック

2022年9月26日以降診断された方は  
□2022年9月26日以降に・・・診断・・・された場合の確認書類にもチェック

※2の表を確認  
「療養証明書等罹患の事実を確認できる書類等」をアップロード

2022年9月26日以降診断された方は  
(※)の対象毎の必要書類もアップロード

<スマホの場合は> 以下のいずれか  
・写真ライブラリ(←あらかじめ撮っておいた写真を選ぶ)  
・写真を撮る  
・ファイルを選択  
<パソコンの場合は>  
ファイルを選択

戻る

入力の途中でお手続きをお止めになる場合はブラウザを閉じてください。

入力内容の確認

アップロードまでできたら  
入力内容を確認

アップロード画像をご確認ください。

アップロードした書類にチェックを入れてください。

- 診療明細書 ※
- 「My HER-SYS 画像の療養証明書」など(新型コロナウイルス感染症) ※2
- 2022年9月26日以降に新型コロナウイルス感染症と診断(陽性判明)された場合の確認書類



送信後は入力内容の表示ができなくなりますので、必要な場合は画面を印刷して保存してください。

入力内容を修正する

送信する

入力内容の確認が  
できたら、送信する

入力の途中でお手続きを終了する場合はブラウザを閉じてください。

【注】診断日が2023年5月8日以降で入院されていない場合は、ご請求の対象外となります。

＜診断日が2022年9月26日～2023年5月7日の場合＞

WEB保険金請求をご利用いただける条件（新型コロナウイルス感染症）

新型コロナウイルス感染症の診断（陽性判明）日を選択してください。



2022年9月26日以降

2022年9月25日以前

「2022年9月26日以降」を選択

2022年9月26日以降に新型コロナウイルス感染症と診断（陽性判明）された方  
新型コロナウイルスに罹患し、次のいずれかに該当する方は、入院されたときに加えて、  
自宅や宿泊による療養をされたときも入院保険金のお支払対象となります。  
次から選択してください。



① 65才以上の方

② 入院を要する方

③ 新型コロナ治療薬の投与または新型コロナ罹患により加療投与が必要な方

④ 妊婦の方

傷害保険（特定感染症危険補償特約）にご加入されている場合は、新型コロナウイルス感染症の罹患による病院への

※病院に通院がある方

※疾病通院保険金をお支払いできるご契約にご加入されている場合は、入院に伴う通院をされたときに通院保険

上記いずれにも該当しない

①～④の内、該当するものを選択

①～④の「重症化リスクの高い方」に該当する場合に入院保険金の請求対象となります。  
「上記いずれにも該当しない」場合は、保険金をご請求いただくことはできません。



保険金のご請求をする

「保険金のご請求をする」をクリック

治療の診療明細書などご請求に必要な準備がお手元にある方はこちらからお手続きをしてください。  
※新型コロナウイルス感染症のご請求は治療または療養期間が終了後にお手続きしてください。

WEB保険金請求をご利用いただける条件（病気）

病気になられたご本人（17歳以下の未成年者は親権者）によるお手続きですか？



はい

いいえ

本人による手続きですか？

「はい」を選択

※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は罹患したご本人

保険金を受け取る口座はお手続きしている方の本人名義ですか？



はい

いいえ

保険金を受け取る口座は本人名義ですか？  
「はい」を選択  
【注】「いいえ」の場合は保険金請求書の記載が必要となり、保険金請求書をダウンロードのうえ手続きをすすめることになります。

# <病気（保険金請求金額30万円※以下）の場合>

※ガン・急性心筋梗塞・脳卒中の場合に保険金を上乗せする特約がセットされている場合は10万円

入院・手術・放射線治療・退院後通院の「診療明細書」等のアップロードが必要となります。  
(手術・放射線治療が無い入院・退院後通院のみのご請求の場合は「領収書」でも可)

手順⑪にお進みください。

## 手順⑬ 「手続きの選択」から「保険金請求に進む」まで

病気

お手続きを選択してください。

手続きの選択 必須

ケガ

病気

旅行品・生活用動産の損害

新型コロナウイルス感染症

病気を選択

保険金のご請求をする

病気のご請求をする (後日、保険金のご請求をする)

治療の診療明細書などご請求に必要な書類がお手元にある方はこちらからお手続きをしてください。  
※新型コロナウイルス感染症のご請求は治療または療養期間が終了後にお手続きください。

ご連絡を受け、弊社から保険金請求手続き用のURLを送付します。  
準備が整いましたらお手続きをください。

「保険金のご請求をする」

本人による手続きですか？

WEB保険金請求をご利用いただける条件 (病気)

病気になられたご本人 (17歳以下の未成年者は親権者) によるお手続きですか？

はい

いいえ

※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は罹患したご本人

「はい」を選択

保険金を受け取る口座はお手続きしている方の本人名義ですか？

はい

いいえ

保険金を受け取る口座は本人名義ですか？

「はい」を選択

【注】「いいえ」の場合は保険金請求書の記載が必要となり保険金請求書をダウンロードのうえ手続きをすすめることになります。

【書類のご提出について】

1度の病気で保険金のご請求額が30万円※以下の場合は、WEB手続きで治療状況の入力をいただくことにより診断書のご提出が不要です。お手元に治療の診療明細書 (または治療費領収書) をご準備してください。

次の場合はWEB手続きに加え、書類のご提出が必要となります。

- ・保険金のご請求額が30万円※を超える場合は診断書の提出が必要です。診断書の取付費用はお客さまのご負担となります。
- ・ご請求額が不明な場合はWEB手続きをいただいた後、診断書などが必要な場合は担当窓口へご案内します。

※ガン・急性心筋梗塞・脳卒中のご請求は診断書が必須です。診断書の取付費用は10万円となります。

※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合、「My HER-SYS (画像の療養証明書)」または、「医療機関のPCR検査結果など新型コロナウイルス感染症に罹患したことがわかるもの」のご提出が必要です。

診断書の取付について教えてください。

※「My HER-SYS (画像の療養証明書)」などをご用意ください。

診断書あり

診断書なし ※My HER-SYS画像 など

※弊社所定の診断書以外の場合は、記載内容により弊社所定の診断書をお願いすることがあります。

「診断書なし」を選択

「30万円以下または不明」を選択

保険金のご請求額 (見込み) について選択してください。

30万円以下または不明

30万円超

入力の前にご用意ください。  
治療内容の詳細 (入院日・通院日・手術名等) がわかるもの、診療明細書 (または治療費領収書) をご用意ください。

【お願い】 入力の前にご用意ください。

保険金請求の入力時に必要となります。  
お手元にご治療内容の詳細 (入院日・通院日・手術名等) がわかるもの、診療明細書 (または治療費領収書) をご用意ください。  
※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合、「My HER-SYS (画像の療養証明書)」または、「医療機関のPCR検査結果など新型コロナウイルス感染症に罹患したことがわかるもの」をご用意ください。

WEB保険金請求をご利用いただけます

30万円超

30万円以下または不明

保険金請求に進む

「保険金請求に進む」をクリック

入力の途中でお手続きをお止めになる場合はブラウザを閉じてください。

保険金請求に関する確認事項

三井住友海上火災保険株式会社 宛  
 次の通り、保険金を請求します。指定の口座への振込をもって保険金を受領したものとみなします。本保険契約および他の保険契約等※から保険約で定められた保険金等の額を超えて支払いを受けた場合には、超えた額について貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに通知します。また、他の保険契約等がある場合、貴社の負担部分を超える額をその保険契約等の損害保険会社・共済等に求償することに同意します。  
 ※名称を問わず、同一の損害または費用に対して保険金等をお支払いする契約をいいます。 ※請求の支払に関する案内

同意してWEB保険金請求のお手続きに進む

※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、「病気」を「新型コロナウイルス感染症」とお読み替えいただき、お手続きしてください。

「同意して・・・手続きに進む」の  
 チェックボックスにチェック

他の保険契約の有無について入力してください。

今回の病気に対して、この団体保険以外に保険金を支払う弊社または弊社以外の他の保険契約等がありましたら、必ず入力してください。

他の保険契約の有無 **必須**

なし  あり

補償対象者(ご病気になられた方)について入力してください。

氏名(漢字) **必須**    
(例) 三住 太郎 ※姓名の間にスペースを入れてください

氏名(半角カナ) **必須**    
(例) ミナミ アイ ※姓名の間にスペースを入れてください

生年月日 **必須**  年  月  日

性別 **必須**  男性  女性

保険加入者からみた関係 **必須**

本人  配偶者

同居の子ども  別居かつ未婚の子ども  同居の親族

その他  全角

病気でご治療(入院・手術  
 等)された方の情報を入力

手順⑮ 病気(保険金請求金額30万円以下)の場合

病気の治療状況について入力してください。

病名 **必須**    
(例) 〇〇病  
 ※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、「新型コロナ」と入力してください。

受診までの経緯 **必須**

(例) 〇年〇月〇日の健康診断で△△△を指摘され、〇年〇月〇日××病院を受診した。など

※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、次の状況を入力してください。【必須】  
 1. 新型コロナウイルス感染症の診断(陽性判明)日  
 2. 検査種類(PCR検査など)  
 3. 症状  
 4. 治療または療養場所(医療機関・宿泊施設・ご自宅)

今回ご請求する病気の初診日 **必須**

※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、「陽性と診断された検査日(PCR検査など)」または「入院または療養開始日」のいずれか早い日にちを入力してください。  
 年  月  日

(例)を参考に受診までの  
 経緯等を入力

医療機関は最大3つまで入力できます。  
2つ目、3つ目の医療機関を入力する場合は、1つ目の医療機関を入力した後に「医療機関を追加する」を押してください。

受診した医療機関が4つ以上の場合はチェックを入れてください。

1つ目の医療機関

医療機関名 **必須**   (例) ○○病院

治療 **必須** 治療の状態を選択してください。

**入院 必須**

※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は「あり」を選択してください。  
 あり  なし

※新型コロナウイルス感染症の通院保険金のご請求の場合は「なし」を選択のうえ、通院「あり」を選択してください。

入院期間を入力してください。  
入院が複数ある場合は続けて入力してください。  
入院中の場合は退院日の入力は不要です。

年  月  日 ~  
 年  月  日 (任意)

※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合は、診断（陽性判明）日によって取扱いが異なります。  
2022年9月26日以降に診断（陽性判明）された方は、必ずこちらをご確認のうえ、医療機関や保健所・自治体から指示を受けた療養期間を入力してください。

集中治療室での治療はありますか？  
 あり  なし

[入力を追加する（複数の入院がある場合）](#)

**手術 必須**

あり  なし

手術日  
 年  月  日

手術名

[1件を追加する（複数の手術をした場合）](#)

放射線照射 **必須**  あり  なし

先進医療の受療 **必須**  あり  なし

**入院前後の通院 必須**

あり  なし

通院期間を入力してください。  
 年  月  日 ~  
 年  月  日 (任意)

[入力を追加する（複数の通院をした場合）](#)

**通院 必須**

※入院治療がない病気の通院は保険金の支払対象になりません。  
疾病通院保険金は疾病入院保険金が支払われる場合に対象となります。  
※新型コロナウイルス感染症のご請求の場合で、特定感染症を補償するご契約にご加入の場合は、入院治療がない場合でも通院保険金の支払対象となります。

入院前の通院については  
入院前 60 日間の通院について入力してください。

通院した日付をカレンダー上でクリックして印をつけてください。

2022年 8月					2022年 9月								
日	月	火	水	木	日	月	火	水	木	金	土		
	1	2	3	4	5	6		1	2	3			
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	

オンライン診療を受診した方は以下に受診日を入力してください。（月1回に限ります）  
2022年 8月  日 2022年 9月  日

医療機関ごとの通院合計日数  日  
※入院期間中の通院はカウントしません

通院日数総合計  日  
※同一日に複数の医療機関に通院した場合は1日とカウントします  
※入院期間中の通院はカウントしません

## 入院・手術・退院後の通院の入力例

「入院前後の通院」とあるが「退院後の通院」のみが請求対象。「退院後の通院※」について入力する。  
※退院日の翌日から180日以内の通院。30回限度。



【保険金請求者】お手続きをしている方について入力してください。

※「補償対象者」が17歳以下の場合を除き、「補償対象者」本人以外の方はお手続きができません。

氏名(漢字) <b>必須</b>	七分 愛 (例) 三住 太郎 ※姓名の間にスペースを入れてください
氏名(半角カナ) <b>必須</b>	セブン アイ (例) ミスミ ミコ ※姓名の間にスペースを入れてください
続柄 <b>必須</b>	本人
住所 <b>必須</b>	郵便番号 <input type="text" value="102"/> - <input type="text" value="0084"/> (半角数字) <input type="button" value="郵便番号検索"/> (例) 101-0062 都道府県 <input type="text" value="東京都"/> <input checked="" type="checkbox"/> 市区町村 <input type="text" value="千代田区二番町"/> <input checked="" type="checkbox"/> (例) 〇〇区〇〇町 丁目、番地、建物名、部屋番号 <input type="text" value="4-5"/> <input checked="" type="checkbox"/> (例) 〇丁目〇番〇号 〇〇ビル 〇〇号室

「本人による手続き」のため本人「氏名」は入力されている。

連絡先について入力してください。

ご連絡の案内方法を選択してください。 **必須**

日中の連絡先 **必須**  
(3つまで入力できます)

SMS受信可能なスマートフォンの電話番号を入力してください。

-   -   (半角数字)  
[入力を追加する \(複数の連絡先がある場合\)](#)

保険金を受け取る口座を入力してください。

金融機関種類 <b>必須</b>	いずれかを選択してください。 <input checked="" type="button" value="都市銀行・地方銀行"/> <input type="button" value="ゆうちょ銀行"/> <input type="button" value="その他"/>
金融機関 <b>必須</b>	金融機関名 <input type="text" value="セブン銀行"/> <input type="button" value="修正する"/> 支店名 <input type="text" value="フリージア"/> <input type="button" value="修正する"/> 預金種類 <input checked="" type="button" value="普通"/> <input type="button" value="当座"/> <input type="button" value="貯蓄"/> 口座番号 <input type="text" value="7777777"/> <input checked="" type="checkbox"/> 口座名義(半角カナ) <input type="text" value="半角カナ"/>

あらかじめ「本人名義口座」を指定している場合は口座名義の入力は不要

請求書類のアップロード

保険金の請求に必要な書類は次のとおりです。  
画像をアップロードしてください。  
なお下記以外の書類をお願いすることがありますので、ご了承ください。

アップロードした書類にチェックを入れてください。

- 診療明細書 ※
- 「My HER-SYS 画像の療養証明書」など(新型コロナウイルス感染症) ※2
- 2022年9月26日以降に新型コロナウイルス感染症と診断(陽性判明)された場合の確認書類

(注) 通院保険金を補償する契約にご加入がない場合は、通院に関する書類のアップロードは不要です。

※入力した全ての治療について診療明細書をアップロードしてください。

診療明細書がお手元でない場合は治療費領収書をお願いします。

※2 「新型コロナウイルス感染症」ご請求の場合は、以下の表の書類をアップロードしてください。

対象	必要書類
共通	My HER-SYS画面の画像など、罹患の事実を確認できる書類等
(※)65歳以上の方	生年月日が確認できる書類 (My HER-SYS画面で確認できる場合は不要)
(※)妊婦の方	母子手帳の写し、妊娠中であることがわかる書類
(※)入院を要する方	診療明細書、領収書、退院証明書
(※)重症化する恐れのある方 ①新型コロナ治療薬の投与 ②酸素投与	①治療薬が確認できる診療明細書、処方箋、薬剤の説明書 ②診療明細書(「酸素吸入」、「酸素デント」、または「在宅酸素療法指 定があるもの)
(※)2022年9月26日以降に新型コロナウイルス感染症と診断(陽性判明)された場合に必要です	

- ・1枚8MB未満、20枚までアップロードできます。
- ・jpg, jpeg, gif, png, pdfの形式でアップロードをしてください。
- ・画像のスレや欠け、不鮮明な部分がないようにアップロードをしてください。



スマートフォンのカメラから撮影した画像がアップロードできない場合は、事前に撮影した画像をアップロードしてください。

戻る

入力内容の確認

入力の途中でお手続きをお止めになる場合はブラウザを閉じてください。

診療明細書 にチェック

入力した(請求する)全ての治療について診療明細書をアップロード

「手術」有の場合は「手術名」が記載された「診療明細書」のアップロードが必要。  
「手術」無しの場合は入院期間や通院日の確認ができる「治療費領収書」のアップロードでも可。

<スマホの場合は> 以下のいずれか

- ・写真ライブラリ (←あらかじめ撮っておいた写真を選ぶ)
  - ・写真を撮る
  - ・ファイルを選択
- <パソコンの場合は>  
ファイルを選択

アップロードまでできたら  
入力内容を確認

アップロード画像をご確認ください。

アップロードした書類にチェックを入れてください。

- 診療明細書 ※
- 「My HER-SYS 画像の療養証明書」など(新型コロナウイルス感染症) ※2
- 2022年9月26日以降に新型コロナウイルス感染症と診断(陽性判明)された場合の確認書類



送信後は入力内容の表示ができなくなりますので、必要な場合は画面を印刷して保存してください。

入力内容の確認が  
できたら、送信する

入力内容を修正する

送信する

# <ケガ（保険金請求金額30万円以下）の場合>

ケガの治療が終了してからご請求いただけます。手順⑬にお進みください。

## 手順⑭ ケガ（保険金請求金額30万円以下）の場合

ケガ

手続きを選択してください。

手続きの選択 **必須**

ケガ  病気  旅行中・生活用動産の損害



ケガの治療は終了していますか？  
「はい」を選択

ケガのご治療が終了していない場合は、治療終了後に改めてご請求いただけますよう、お願い致します。

WEB保険金請求をご利用いただける条件（ケガ）

ケガの治療は終了していますか？

はい  いいえ

本人による手続きですか？

はい  いいえ

保険金を受け取る口座は本人名義ですか？

はい  いいえ

本人による手続きですか？

「はい」を選択

保険金を受け取る口座は本人名義ですか？  
「はい」を選択

【注】「いいえ」の場合は保険金請求書の記載が必要となり  
保険金請求書をダウンロードのうえ手続きをすすめることになります。

【書類のご提出について】

保険金のご請求額が30万円以下の場合、WEB手続きで治療状況の入力をいただくことにより診断書の提出を省略することができます。※お手元にご治療内容の詳細（入院日・通院日・手術名等）がわかるものをご準備してください。

次の場合はWEB手続きに加え、書類のご提出が必要となります。

- ・保険金の請求額が30万円を超える場合は診断書の提出が必要です。診断書の取付費用はお客様の負担となります。
- ・ご請求額が不明な場合はWEB手続きをいただいた後、診断書などが必要な場合は担当者からご案内します。

※ご請求内容に応じて医療機関が発行する領収書のご提出をお願いする場合があります。

領収書は、手続きが完了するまで、お手元に保管をお願いします。

診断書の取付について教えてください。

診断書あり

診断書なし

※弊社所定の診断書以外の場合は、記載内容により弊社所定の診断書をお願いすることがあります。

保険金のご請求額（見込み）について選択してください。

30万円以下または不明

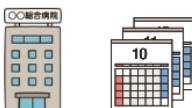
30万円超

「診断書なし」を選択

「30万円以下または不明」を選択

【お願い】 入力の前にご用意ください。

保険金請求の入力時に必要となります。  
お手元にご治療内容の詳細（入院日・通院日・手術名等）がわかるもの、  
治療費領収書等をご用意ください。



WEB保険金請求をご利用いただけます

保険金請求に進む

「保険金請求に進む」を押下

①手続きの選択

②入力画面  
(保険金請求・ケガ)

③入力内容の確認

④WEB手続き完了

保険金請求に関する確認事項

三井住友海上火災保険株式会社 宛  
次の通り、保険金を請求します。指定の口座への振込をもって保険金を受領したものとみなします。本保険契約および他の保険契約等※から保険契約で定められた保険金等の額を超えて支払いを受けた場合には、超えた額について貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します。また、他の保険契約等がある場合、貴社の負担部分を超える額をその保険契約等の損害保険会社・共済等に求償することに同意します。  
※名称を問わず、同一の損害または費用に対して保険金等をお支払いする契約をいいます。 [保険金のお支払いに関するご案内](#)

同意してWEB保険金請求の手続きに進む

「同意して・・・手続きに進む」の  
チェックボックスにチェック

他の保険契約の有無について入力してください。

今回のおケガに対して、この団体保険以外に保険金を支払う弊社または弊社以外の他の保険契約等がありましたら、必ず入力してください。

他の保険契約の有無 **必須**  なし  あり

補償対象者(おケガをされた方)について入力してください。

氏名(漢字) <b>必須</b>	七分 愛 <input checked="" type="checkbox"/> <small>(例) 三住 太郎 ※姓名の間にスペースを入れてください</small>
氏名(半角カナ) <b>必須</b>	セブツアイ <input checked="" type="checkbox"/> <small>(例) ミヤシ 知子 ※姓名の間にスペースを入れてください</small>
生年月日 <b>必須</b>	1977 <input checked="" type="checkbox"/> 年 7 <input checked="" type="checkbox"/> 月 7 <input checked="" type="checkbox"/> 日
性別 <b>必須</b>	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
保険加入者からみた関係 <b>必須</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居の子ども <input type="checkbox"/> 別居かつ未婚の子ども <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 全角

おケガをされた方の情報を入力

ケガをした状況について入力してください。

日時 <b>必須</b>	2022 <input checked="" type="checkbox"/> 年 8 <input checked="" type="checkbox"/> 月 8 <input checked="" type="checkbox"/> 日 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 10 <input checked="" type="checkbox"/> 時 30 <input checked="" type="checkbox"/> 分頃
場所 <b>必須</b>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 以下を入力してください。 都道府県/海外 <input type="checkbox"/> 東京都 <input checked="" type="checkbox"/> 市区町村/国名、都市名 <input type="checkbox"/> 千代田区一番町 <input checked="" type="checkbox"/> <small>(例) 千代田区〇〇町/ベルギー、ブリュッセル</small>
状況 <b>必須</b>	どのような状況でケガをしたのか入力してください。 ※業務中の場合はあわせて「業務中のおケガ」であることも入力してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 自転車を運転中、飛び出してきた猫を避けて転倒し、手をついた。  <small>(例) 自転車を運転中、ハンドル操作を誤り転倒した。</small> 選択してください。 <input type="checkbox"/> 自転車搭乗中 <input checked="" type="checkbox"/>

ケガをした状況について入力

ケガの内容について入力してください。

ケガの内容 <b>必須</b>	部位 <input type="checkbox"/> 肩・腕(手指以外) <input checked="" type="checkbox"/> 症状 <input type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 傷病名(任意) <input type="checkbox"/> 左橈骨遠位端骨折 <input checked="" type="checkbox"/> <small>(例) 〇〇骨折</small> <a href="#">入力を追加する(複数のケガがある場合)</a>
-----------------	--

ケガの内容について入力

ケガの治療状況について入力してください。

医療機関は最大3つまで入力できます。  
2つ目、3つ目の医療機関を入力する場合は、1つ目の医療機関を入力した後に「医療機関を追加する」を押してください。

受診した医療機関が4つ以上の場合はチェックを入れてください。

ケガの治療状況について入力

通院した日付をカレンダー上で  
クリック

ギプス等の固定具を使用した  
場合は「あり」にして、その内容  
を入力

手術を受けた場合は「あり」に  
して、その内容を入力

1つ目の医療機関

医療機関名 **必須**

どちらかを選択してください。  
 病院     整骨院、接骨院

名称    
(例) ○○病院 / ○○接骨院

---

入院 **必須**  
[集中治療室説明リンク](#)

あり     なし

---

通院 **必須**  
[オンライン診療説明リンク](#)

通院した日付をカレンダー上でクリックして印をつけてください。

2022年 8月							2022年 9月						
日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6	1	2	3				
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	

オンライン診療を受診した方は以下に受診日を入力してください。(月1回に限ります)  
 2022年 8月  日    2022年 9月  日

医療機関ごとの通院合計日数   日  
※入院期間中の通院はカウントしません

通院日数総合計   日  
※同一日に複数の医療機関に通院した場合は1日とカウントします  
 ※入院期間中の通院はカウントしません

---

あり     なし

画像診断の有無  
 あり     なし

ありの時は選択してください。

ギプス等の固定具使用の有無 **必須**  
[固定具説明リンク](#)

常時装着した固定具の種類  
 ギプス     シーネ     ギプスシーネ     ギプスシャーレ

その他

装着期間  
 2022  年  月  日 ~  
 2022  年  月  日  
入力を追加する(複数の固定具を装着した場合)

---

手術 **必須**  
[手術説明リンク](#)

あり     なし

【保険金請求者】お手続きをしている方について入力してください。

※「補償対象者」が17歳以下の場合を除き、「補償対象者」本人以外の方はお手続きができません。

氏名(漢字) <b>必須</b>	七分 愛 (例) 三住 太郎 ※姓名の間にスペースを入れてください
氏名(半角カナ) <b>必須</b>	セブン アイ (例) ミサミ タカ ※姓名の間にスペースを入れてください
続柄 <b>必須</b>	本人
住所 <b>必須</b>	郵便番号 102 - 0084 (半角数字) 郵便番号検索 (例) 101-0062 都道府県 東京都 市区町村 千代田区二番町 (例) 〇〇区〇〇町 丁目、番地、建物名、部屋番号 4-5 (例) 〇丁目〇番〇号 〇〇ビル 〇〇号室

「本人による手続き」のため本人「氏名」は入力されている。

連絡先について入力してください。

ご連絡の案内方法を選択してください。 **必須**

日中の連絡先 **必須**  
(3つまで入力できます)

SMS受信可能なスマートフォンの電話番号を入力してください。

(半角数字)

[入力を追加する\(複数の連絡先がある場合\)](#)

保険金を受け取る口座を入力してください。

金融機関種類 **必須**

いずれかを選択してください。

金融機関名 セブン銀行

支店名 フリージア

預金種類

口座番号 7777777

口座名義(半角カナ) 半角カナ

あらかじめ「本人名義口座」を指定している場合は入力は不要

入力内容を確認

入力内容の確認

戻る

入力の途中でお手続きをお止めになる場合はブラウザを閉じてください。

①手続きの選択

②入力画面  
(保険金請求・ケガ)

③入力内容の確認

④WEB手続き完了

入力内容を確認してください。

こちらの内容でよろしければ、「送信する」をクリックしてください。  
入力内容を修正される場合は、「入力内容を修正する」をクリックしてください。

他の保険契約の有無について入力してください。

他の保険契約の有無	なし
-----------	----

補償対象者(おケガをされた方)について入力してください。

氏名(漢字)	七分 愛
氏名(半角カナ)	むなあい
生年月日	1997年7月7日
性別	女性
保険加入者からみた関係	本人

氏名(漢字)	七分 愛
氏名(半角か)	むなあい
続柄	本人
住所	102-0084 東京都千代田区二番町 4-5

連絡先について入力してください。

ご連絡のご案内方法	SMS
日中の連絡先	スマートフォン 090-7777-1111

保険金を受け取る口座を入力してください。

金融機関種類	都市銀行・地方銀行
金融機関	金融機関名 セブン 支店名 フリージア 預金種類 普通 口座番号 1234567 口座名義(半角カナ) むなあい

入力内容を確認し、  
修正があれば修正。  
なければ「送信する」

送信後は入力内容の表示ができなくなりますので、必要な場合は画面を印刷して保存してください。

入力内容を修正する

送信する