

<input type="checkbox"/> 死亡保障	専用
<input type="checkbox"/> 介護保障	

# ハッピーライフ請求通知書

年 月 日

※請求種目（死亡補償もしくは介護保障）に丸をして下さい

保障金請求の対象となる事故が発生しましたので通知します。

会社名	( )	※退職者保障（SHL）にご加入の方は会社名・所属・職番の記載不要			
所属					
職番	加入者氏名	(フリガナ)	性別		生年月日
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日
ご自宅住所	〒				
連絡先電話番号	(自宅)	(携帯電話)			

## 1. 死亡保障（本人・配偶者・子ども）

保険請求対象となる方のお名前 (死亡者)	生年月日	年齢	性別	死亡日
(フリガナ)	年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日
死亡原因： <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> その他 ⇒	死亡前の入院： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 通院： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 自宅療養： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

## 2. 介護保障（本人・配偶者・子ども・両親以外の同居親族）

保険請求対象となる方のお名前 (介護認定を受けた方)	生年月日	年齢	性別	介護認定を受けた日
(フリガナ)	年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日

支払要件： 要介護3以上 /  要介護2 /  その他 (65歳未満で介護等級が決まっていない場合)

### 【送付先】

日野トレーディング株式会社 保険部 FAX：042-692-3060

### ◆ご注意◆

本通知書をFAXいただきますと、1週間から10日後で折り返し保険金書類をご送付いたします。  
(この用紙で保険金のお支払いは出来ません。) お客様のご契約内容やお伺いしましたご請求に関する情報につきましては、  
保険金支払に必要な範囲内で利用するとともに、病院等の関係先に必要事項をお伝えすることがありますので、ご了承ください。

### 【備考欄】

<日野トレーディング使用欄>

① 受付者名： ② 店舗名： ③  TIPから契約者様へ直送希望  日野トレーディングから契約者送付

2023年12月更新