

## <目次>

<b>1. 給付金デジタル請求サービスについて</b>	<b>・・・ P.2</b>
1-1. 給付金デジタル請求サービスとは	・・・ P.2
1-2. ご利用条件	・・・ P.2
1-3. ご利用時間	・・・ P.2
<b>2. ご利用方法</b>	<b>・・・ P.3</b>
2-1. ご請求前にお読みください	・・・ P.3
2-2. 本サービスのご利用にあたって	・・・ P.4
2-3. お客様情報入力	・・・ P.5
2-4. 必要書類画像アップロード	・・・ P.6
2-5. 入院・通院情報入力	・・・ P.7
2-6. 給付金振込先	・・・ P.8
2-7. 書類送付先住所	・・・ P.8
2-8. 入力内容確認	・・・ P.9

## 1. 給付金デジタル請求サービスについて

### 1-1. 給付金デジタル請求サービスとは

インターネットを通じ、医療保険・医療特約の入院給付金および通院給付金について、受取人（請求者）様より請求手続きをしていただけるサービスです。（※1）

本サービスでは、受療状況、給付金のお支払先の口座等の情報の入力および領収書、公的証明書の画像をアップロードしていただくことで、必要書類の記入および返送の手間なく、オンラインで請求手続きが完結します。（※2）

（※1） ご利用いただくには一定の条件があるため、本サービスにてお手続きいただけない場合がございます。ご利用条件については、「1-2. ご利用条件」にて確認してください。

（※2） ご入力いただいた情報やアップロードしていただいた画像に不足があった場合は、当社より郵送またはお電話でご連絡します。

### 1-2. ご利用条件

以下のア～クの全ての条件に該当した場合に、本サービスをご利用いただけます。

ア. 医療保険・医療特約(※)の請求である

※ がん保険に付加する特約MAX等の医療特約を含む

イ. 疾病に関する請求である(おケガや事故に関する請求は対象外)

ウ. 患者様が生存している

エ. 手術給付金、手術見舞金、放射線治療給付金、先進医療一時金の請求がない

オ. 女性疾病に関する特約の請求がない

カ. 三大疾病に関する特約の請求がない

キ. 先進医療に関する特約の請求がない

ク. 請求対象の入院期間が以下のいずれかである

◆ 契約日(※)から入院開始日までの経過年数が2年未満の場合  
入院日数が4日以内の請求である

◆ 契約日(※)から入院開始日までの経過年数が2年以上の場合  
入院日数が30日以内の請求である

※ 復活がある場合には最後の復活日

<ご注意>

実際の入力画面では、「ご請求についての質問」に対し、全て「いいえ」に該当した場合に、本サービスをご利用いただけます。詳細はP4「2-2.本サービスのご利用にあたって」にて確認してください。

### 1-3. ご利用時間

一部の時間帯(※)を除き、24時間ご利用いただけます。

(※) 毎週月曜日の午前1時～午前6時の間はシステムメンテナンスのためご利用いただけません。

## 2. ご利用方法

### 2-1. ご請求前にお読みください

給付金デジタル請求サービスの概要やお手続きの流れを掲載しています。  
内容を確認後、「次へ」を押してください。



ご請求前にお読みください

#### 給付金デジタル請求サービスとは

当社への医療保険・医療特約の入院給付金および通院給付金のご請求を、受取人(請求者)様からインターネットでお手続きいただけるサービスです。  
本サービスをご利用いただけるご請求の詳細については、次のページでご確認ください。

#### 給付金デジタル請求サービスのお手続きの流れ

給付金デジタル請求サービスのお手続きの流れをご案内します。

1 必要な情報の入力・画像のアップロードおよび送信      2 給付金のお受け取り



#### 1 必要な情報の入力／画像のアップロードおよび送信



受取人(請求者)様よりお手続きいただけます。  
保険証券番号、お名前、治療の状況、お支払先の口座情報等を入力いただき、領収書および受取人(請求者)様と患者様(※)の公的証明書を撮影またはスキャンのうえ画像をアップロードし、送信してください。

省略

#### 2 給付金のお受け取り



送信いただいた内容を確認し、ご契約の保障内容によって、給付金をご指定の口座へお支払いします。  
お支払いの際は、お支払内容を記載した「お支払のご案内」を郵送しますので内容をご確認ください。

💡 送信いただいた情報を当社が受領した翌営業日から起算して、原則5営業日以内にお支払いします。

- ※ 情報の不足や画像の不鮮明等があった場合、担当者よりご連絡させていただきます。また、郵送での書類の提出をお願いする場合がございますので、ご了承ください。
- ※ ご契約の保障内容等により、給付金をお受け取りいただけない場合は、その理由を担当者よりご連絡させていただきます。

次へ >

画像の撮影・スキャンやアップロードに関する注意点を掲載しています。

## 2-2. 本サービスのご利用にあたって

**本サービスのご利用にあたって**

本サービスをご利用いただけるご請求について以下の点をご確認いただき、チェックボックスにチェックを入れてください。

**本サービスの手続きは受取人(請求者)本人が行います**

上記を確認しました

※ 受取人様が未成年の場合は親権者様にてお手続きいただけます。  
 ※ 受取人様が複数の場合や法定相続人からのお手続きが必要なる場合は、本サービスをご利用いただけません。

また、本サービスは下記質問項目【ア～ク】がすべて「いいえ」に該当する場合にご利用いただけます。内容をご確認いただき「はい」または「いいえ」を選択してください。  
 1つでも「はい」に該当する場合は、[請求書類のダウンロードまたは郵送依頼](#)をご利用いただくか、お電話での請求連絡 (0120-555-677)をご利用ください。

**ご請求についての質問**

ア 医療保険・医療特約以外のご請求ですか？ ※ がん保険に付加する特約MAX等の医療特約のご請求については、本サービスをご利用いただけます。 ただし、がん保険でがんのご請求については、本サービスはご利用いただけません。	はい	いいえ
イ おケガや事故に関するご請求ですか？	はい	いいえ
ウ 患者様はお亡くなりになっていますか？	はい	いいえ
エ 手術給付金、手術見舞金、放射線治療給付金、先進医療一時金のご請求ですか？ ※ 入院給付金と上記の給付金をあわせてご請求いただく場合も、本サービスはご利用いただけません。	はい	いいえ
オ 女性疾病に関する特約のご請求ですか？	はい	いいえ
カ 三大疾病に関する特約のご請求ですか？ ※ 三大疾病無制限長期入院特約については、病名が三大疾病以外の場合は「いいえ」を選択してください。	はい	いいえ
キ 先進医療に関する特約のご請求ですか？	はい	いいえ
ク 契約日(※から入院開始日までの経過年数が2年未満のお客様 入院日数が5日以上のご請求ですか？  契約日(※から入院開始日までの経過年数が2年以上のお客様 入院日数が1日以上のご請求ですか？  ※ 復活がある場合は最後の復活日	はい	いいえ

以下をお読みいただき、同意される場合はチェックボックスにチェックを入れて「次へ」ボタンを押してください。

**個人情報について**

アフラック 宛

私(以下「請求者」といいます)は、アフラックの普通保険約款・特約条項に基づき給付金等を請求します。申請内容はすべて被保険者・請求者本人の意思に基づき申請するものであり、添付する電子ファイルも原本の内容とは異なることを確認しました。

上記および以下の「個人情報の取り扱いについて」の内容について同意し、契約者および被保険者と請求者が異なる場合は、契約者および被保険者も同意のうえ、請求します。

[「個人情報の取り扱いについて」をご確認ください。](#)

上記に同意します。

< 戻る      次へ >

各項目の内容を確認のうえ、チェックボックスにチェックをし、ア～クのご質問について「はい」「いいえ」を選択してください。各項目入力後、「次へ」を押してください。

本サービスの手続きは、受取人(請求者)ご本人様のみご利用いただけます。確認のうえ、チェックボックスにチェックしてください。

[請求書類のダウンロードまたは郵送依頼](#)を押すと、請求書類のダウンロードまたは郵送依頼の画面に進みます。本サービスをご利用いただけない場合にご利用ください。

ア～クの質問について、「はい」「いいえ」を選択してください。本サービスは全て「いいえ」に該当した場合のみご利用いただけます。1つでも「はい」に該当した場合は、インターネットもしくはお電話で請求書類をお取り寄せください。

[「個人情報の取り扱いについて」をご確認ください](#)を押すと、個人情報の取り扱いに関する詳細が表示されます。内容を確認のうえ、チェックボックスにチェックしてください。

## 2-3. お客様情報入力

お客様情報を入力してください(「**必須**」の項目は入力必須です)。  
各項目入力後、「次へ」を押してください。

**患者様について**

お名前(全角)  
フリガナ(セイ・メイ) **必須**

漢字(姓・名) **必須**

生年月日 **必須**

**証券番号**

対象となるご契約の証券番号をご入力ください。 **必須**

証券番号1

患者様は 未選択

**証券番号追加**

**受取人様について**

患者様とのご関係 **必須** 未選択

お名前(全角)  
フリガナ **必須**

漢字 **必須**

郵便番号 **必須** 住所検索

都道府県 **必須**

市区町村/番地(全角)  
フリガナ **必須**

漢字 **必須**

アパート・マンション名(全角)  
漢字

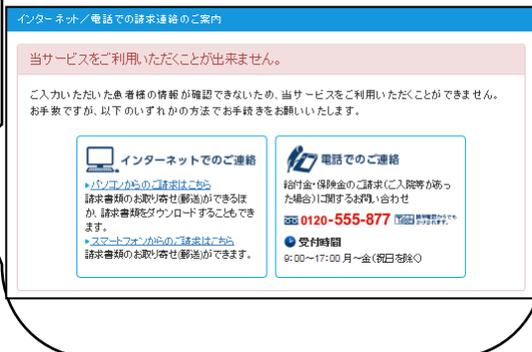
<入力時のご注意>  
ローマ数字(I, II)、丸囲み数字(①, ②)等の文字は使用できません。

電話番号(半角数字6-4-5字以内)  
自宅 **必須**

日中連絡先  自宅と同じ **必須**

<戻る 次へ>

「次へ」を押した時に、入力内容をご契約情報を照合し、入力いただいた患者様の情報が確認できない場合、以下の画面に進みます。



請求対象の証券番号が複数ある場合は、「証券番号追加」を押し、証券番号を入力してください。(最大4証券まで)

「患者様とのご関係」で「本人」を選択した場合は、「患者様について」で入力したお名前を反映します。

「住所検索」を押すと、住所を検索できます。ご住所やお名前は、間違いのないようご注意ください。宛名が法人の場合は、必ず担当者名も入力してください。

日中連絡先が自宅と同じ場合は、チェックボックスにチェックしてください。

## 2-4. 必要書類画像アップロード

お手続きに必要な書類を撮影またはスキャンのうえ、アップロードしてください  
(「**必須**」の項目は入力必須です)。アップロード後、「次へ」を押してください。

必要書類画像アップロード

お手続きに必要な書類を撮影のうえ、アップロードしてください。  
画像アップロード手順

**受取人様の公的証明書画像** 必須

受取人様の公的証明書(健康保険証、運転免許証、またはパスポート)※をアップロードしてください。  
※下記のケースに当てはまる場合は、以下の書類をご準備ください。

受取人様が未成年の場合

- 親権者様の公的証明書コピー
- 受取人様の健康保険証コピー

受取人様が法人の場合

- 保険証券または印鑑登録証明書(原本)

公的証明書0枚  
(最大2ファイルまで)

公的証明書の追加

**患者様の公的証明書画像** 必須

患者様の公的証明書(健康保険証、運転免許証、またはパスポート)をアップロードしてください。

受取人様と同一人

※患者様が受取人様と同一人の場合は、患者様の公的証明書のアップロードは不要です。上記のチェックボックスにチェックを入れ、領収書のアップロードへ進んでください。

公的証明書0枚  
(最大2ファイルまで)

公的証明書の追加

**領収書画像** 必須

入院期間または通院日がわかる医療機関発行の領収書をアップロードしてください。

※ 領収書の手術欄や放射線治療欄に点数が記載されている場合は、手術給付金をご請求いただける可能性があります。手術給付金のご請求の場合、本サービスをご利用いただけませんので、手術名をご確認のうえ、当社までお電話(0120-555-877)でお問い合わせください。

領収書0枚  
(最大30ファイルまで)

領収書の追加

アップロード済画像の削除

(アップロード済の画像を破棄し、再度画像をアップロードいただけます。)

< 戻る > 次へ >

画像アップロード手順を押すと、必要書類のアップロード手順および注意点を表示します。

「公的証明書の追加」を押し、撮影またはスキャンした受取人様の公的証明書の画像をアップロードしてください。(最大2ファイルまで)

今回ご請求の対象となる患者様について、初めて給付金のご請求をいただく場合のみ表示されます。

患者様と受取人様が同一人の場合は、チェックボックスにチェックしてください。

患者様と受取人様が同一人でない場合は、患者様の公的証明書の画像をアップロードしてください。(最大2ファイルまで)

「領収書の追加」を押し、撮影またはスキャンした領収書の画像をアップロードしてください。(最大30ファイルまで)

アップロード済画像を全て削除します。一枚一枚削除したい場合は、アップロード済の該当のファイルに表示される「削除」を押してください。

### <画像の撮影・スキャン時の注意点>

- ・領収書は、医療機関名、患者様のお名前、入院期間・通院日がわかるように、1枚ずつ撮影またはスキャンしてください。
- ・公的証明書は、現在有効なものを撮影またはスキャンしてください。
- ・画像サイズが小さすぎると、画質が粗くなり文字が読み取れない場合がございます。
- ・ファイル形式(拡張子)は、jpg/jpegがご利用いただけます。
- ・アップロードできる最大画像サイズは、1ファイルにつき5MBまでです。

## 2-5. 入院・通院情報入力

入院・通院情報を入力してください(「**必須**」の項目は入力必須です)。  
各項目入力後、「次へ」を押してください。

**入院・通院情報入力**

入院・通院について

ご病名(全角) **必須**  例:肺炎、胃腸炎、糖尿病 など

発病した日 **必須**  年  月  日 頃

病院の初診日 **必須**  年  月  日 頃

入院期間1  
入院日  年  月  日  
退院日  年  月  日

**入院追加**

通院日 **通院日を選択してください**  
注:薬の購入または受取のみの通院は除きます。

入院先・通院先について

入院先・通院先1  
医療機関名(全角) **必須**

住所(全角)

<入力時のご注意>  
ローマ数字(I, II)、丸囲み数字(①, ②)等の文字は使用できません。

電話番号(半角数字6-4-5字以内)  -  -

担当(全角)  科  先生

**入院先・通院先追加**

既往症・持病について

既往症・持病の有無を選択してください。 **必須**

既往症・持病がない

既往症・持病がある

< 戻る **次へ >**

入院が複数回ある場合は、「入院追加」を押し、入院期間を入力してください。(最大3回まで)

通院がある場合は、「通院日を選択してください」を押し、カレンダーから日付を選択してください。

入院先・通院先が複数ある場合は、「入院先・通院先追加」を押し、入院先・通院先を入力してください。(最大2箇所まで)

既往症・持病の有無を選択してください。「既往症・持病がある」を選択した場合は、詳細を入力してください。

## 2-6. 給付金振込先



給付金振込先の情報を入力してください（「**必須**」の項目は入力必須です）。各項目入力後、「次へ」を押してください。

給付金の振込先についていずれかを選択し、振込先情報を入力してください。「銀行振込」を選択した場合は、「金融機関検索」を押し、振込先の金融機関を検索してください。



## 2-7. 書類送付先住所



書類送付先住所を入力してください（「**必須**」の項目は入力必須です）。各項目入力後、「次へ」を押してください。

書類送付先を選択してください。「受取人様のご住所に送付」を選択した場合は、「お客様情報入力」画面で入力した受取人様のご住所を表示します。

送信完了メールの希望有無を選択してください。「希望する」を選択した場合は、送信先のメールアドレスを間違いのないよう入力してください。

## 2-8. 入力内容確認

入力内容を確認してください。

入力内容確認後、「請求する」を押してください。

入力内容に間違いがないか確認してください。

「再編集」を押すと、「お客様情報入力」画面に戻り、情報の再編集ができます。  
「請求する」を押すと、入力いただいた内容を当社に送信します。

<請求完了>