

保険金支払再審査委員会 行

## 保険金不払に関する再審査依頼書

保険金の不払事案に関する異議申立て再審査制度に基づく、再審査を依頼します。

依頼日： 西暦 年 月 日

依頼者住所： \_\_\_\_\_

依頼者氏名： \_\_\_\_\_ (印)

依頼者連絡先： \_\_\_\_\_

\*ここでいう依頼者は、保険契約者、被保険者あるいは代理人の方が該当します。

\*代理人による依頼の場合は、本依頼書の他に「委任状兼代理人確認書」が必要となります。

証券（加入者）番号もしくは保険金請求書類のご照会番号	
異議申立内容	
異議申立を立証する資料 (新たな事実や診断書等の追加資料がありましたら、右欄に資料名を記載の上、同封願います。)	<ul style="list-style-type: none"><li>・</li><li>・</li><li>・</li></ul>

本書は郵送にてご送付ください。その他の方法（FAXや電子メールなど）による申立は受理いたしかねます。

**【ご送付先】**

〒105-8790 日本郵便芝郵便局私書箱第3号

アメリカンホーム保険会社 お客様相談室 保険金支払再審査委員会 事務局 行