

海外旅行保険金ご請求のご案内

この度は、弊社の海外旅行保険をご利用いただき厚く御礼申し上げます。
 保険金のご請求にあたり、必要な書類は下記のとおりです。
 お手数ではございますが、ご手配くださいますようお願い申し上げます。
 なお、ご請求いただきました後、追加書類をお願いする場合もございますので、予めご了承ください。

書類送付先 〒102-0082 東京都千代田区一番町20-5 ジェイアイ傷害火災保険株式会社 お客様損害サービス部あて
 問合せ先 フリーダイヤル：0120-395470 左記をご利用いただけない場合はコレクトコールをご利用ください 電話 03-3237-2151

保険補償項目	ご提出をお願いする書類								主な支払項目	備考
ご請求される保険金の種類 ・海外旅行保険金請求書の下記番号の欄をご記入下さい。	海外旅行保険金請求書(本書)	事故証明書	医師の診断書	負担した費用の明細書および領収書	損害品の修理見積書および写真	購入時の価格購入先を示す書類	パスポートのコピー(写真のページと日本出入国スタンプ欄)	その他弊社が求める書類	・主な支払項目をあげています。お支払にあたってはそれぞれ条件があり、記載している費用でもお支払できない場合があります。 ・記載の他にも限度額が個別に設定されている場合があります。 ・支出した通貨が日本円以外の場合、お支払額が確定した日の前日の交換比率(レート)で日本円換算した保険金をお支払いたします。ただし、クレジットカードの明細書など、実際に支出した日本円が明示された資料を提出いただいた場合には、その額でお支払できる場合もございます。 詳しくはご契約のしおりをご確認ください	
治療費用(傷害) 共通 1 6 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・治療のために支出した医師の診察費、手術費、処方薬剤費、義手義足修理費(傷害)、検査費、職業看護師費、入院費、医師の静養指示によるホテル客室料、緊急移送費、入通院交通費、医療通訳費、弊社提出用診断書代など ・入院時:国際電話料等通信費、身の回り品購入費(合計で20万円限度、身の回り品購入費は5万円限度) ・治療後:行程復帰または直接帰国のための交通費、宿泊費	・(疾病) 妊娠に起因する疾病、歯科疾病は対象外(31日以内のご契約では妊娠初期の異常、緊急歯科治療が対象となる場合があります) 入院一時金の付保がある場合、継続して2日以上入院で「入院一時金」お支払いの対象となります。
治療費用(疾病) 共通 1 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・救援者の現地までの往復運賃、ホテル等客室料、移送費用、遺体輸送費用、遺体処理費用、諸雑費(救援者の渡航手続費、現地交通費、救援に必要な身の回り品購入費、国際電話料等通信費、救援に必要な通訳雇入費等)など	・救援者費用は3名分限度 ・客室料は1名14日分限度 ・諸雑費は20万円限度
救済者費用 共通 5 6 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・同等品再調達価額と修繕費相当額のいずれか低い額 ・乗車券等は再購入費(5万円限度) ・現地での旅券再取得費、渡航書取得費(いずれも10万円限度) ・国または都道府県に納付した運転免許証の再発給手数料	・本人所有の物、旅行開始前に賃貸業者以外の者から無償で借り入れた物が対象 ・1個、1組または1対で10万円限度
携行品損害 共通 2 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・同等品時価額と修繕費相当額のいずれか低い額 ・乗車券等は再購入費(5万円限度) ・現地での旅券再取得費、渡航書取得費、運転免許証の再発給手数料(5万円限度)	・本人所有の物、旅行開始前に賃貸業者以外の者から無償で借り入れた物が対象 ・1個、1組または1対で20万円限度
生活用動産損害 共通 2 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・責任期間中に生じた偶然な事故により、他人の身体の障害や他人の財物の損壊、紛失について、法律上の賠償責任を負担することによって支払うべき損害賠償金など	
個人賠償責任 共通 3 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・交通費、ホテル等客室料、国際電話料等通信費、渡航手続費、旅行サービス取消料など(他との重複支払なし) ・待機中の食事代(6時間以上の航空機遅延時) ・身の回り品購入費(目的地到着後6時間以上の航空機寄託手荷物遅延が生じ、責任期間中でかつ目的地到着後96時間以内に負担した費用に限る)	保険期間中保険金額限度 うち食事代10%限度 身の回り品購入費は、保険期間中保険金額の2倍または10万円のいずれか低い額限度
旅行事故緊急費用 共通 4 7 注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・衣類購入費、生活必需品購入費、身の回り品購入費(目的地到着後6時間以上の航空機寄託手荷物遅延が生じ、責任期間中でかつ目的地到着後96時間以内に負担した費用に限る)	・1回の事故につき10万円限度
航空機寄託手荷物遅延費用 共通 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・代替便が利用可能となるまでに出発地・乗継地等で負担したホテル等客室料、食事代、交通費、国際電話料等通信費、目的地における旅行サービス取消料など	・1回の事故につき2万円限度
航空機遅延費用 共通 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・出国中止したことにより払戻しを受けられない、またはこれから支払うことを要する旅行取消料、違約料、旅行業務取扱料、渡航手続費など	・約款所定の事由による旅行キャンセルや旅行中断を対象とします。 ・約款所定の事由は契約日の翌日以後(キャンセルの場合)または出国以後(中断の場合)に発生していることが必要です。
旅行キャンセル費用 共通 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・中途帰国したときの帰国費用(ただし、企画旅行の場合は、旅行中断費用保険金額×未消化日数/予定日数で算出した金額と帰国費用のいずれか高い額)	
旅行中断費用 共通 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・一時帰国に要する往復運賃、ホテル等客室料、諸雑費(渡航手続費、一時帰国した地における交通費、国際電話料等通信費等)	・客室料は14日分限度 ・客室料・諸雑費合算して20万円限度
緊急一時帰国費用 共通 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

注1 公的機関、交通機関、宿泊機関、医療機関、旅行会社、添乗員等による事故証明書をいいますが、やむを得ず入手できない場合には、同行の知人・友人等親族以外の第三者による事故証明書でも結構です(保険金請求書7欄を使用ください。)

注2 公的機関・交通機関・宿泊機関・医療機関・旅行会社・添乗員の事故証明書が必要です。事故証明書は、を使用していただくほか、証明する機関の様式でも結構です。

注3 負担した費用の明細書および領収書のご提出が必要となります。

海外旅行保険金請求書

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM FOR SPECIFIC PROCEDURE

 ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中 TO:JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd.

本書の記載内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求します。保険金請求にあたり、下記3項目について保険金請求者欄の署名をもって同意いたします。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I hereby make a claim for insurance benefits, by confirming the accuracy of the contents hereof and also by agreeing to the matters mentioned below, after appending my signature thereto. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

1. 医療情報の提供および事故調査に関する同意 AUTHORIZATION FOR PROVISION OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION ON THE CASE
被保険者を診療または治療したすべての病院、医師、および関係者、または本件事故に関係する諸機関および関係者が、貴社またはその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承諾します。

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, or any government authority or other person who is related to the accident, to furnish JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd. or its authorized representative with any and all information or documents with respect to any sickness, injury or accident that relates to this case.

2. 同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等(保険契約、共済契約など名称を問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいい、クレジットカードに付帯された海外旅行保険を含みます。本書面では同様とします。)から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払を受けた場合には、その超えた額について、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。

※ 他の保険契約等がある場合、弊社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、弊社の負担部分を超える額を求償いたします。

3. <個人情報の取扱い>本件事故に関して、保険金支払および保険事故の調査などに必要な範囲において、個人情報を取得・利用すること、また法令等による場合や調査のために必要な場合には、業務委託先、調査先等へ提供することに同意します。また、他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を提供すること、もしくは、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、もしくは、貴社から提供を受け、利用することに同意します。

共通

※保険金請求者は被保険者(保険の対象となる方)ご本人です。被保険者が未成年の場合、保険金請求者は保護者となります。

契約証・証券番号		記入日		年	月	日
保険金請求者※	フリガナ 氏名	国内住所(支払通知送付先。必ずご記入ください)				
	住所					
	生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 他()				
	日中連絡のとれる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯				
または e-mail :	海外住所(請求時、海外に滞在されている方のみご記入ください)					
職業・勤務先	国名					
被保険者	この欄は、保険金請求者と被保険者が異なる場合のみご記入ください					
	フリガナ 氏名	住所				
	生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
TEL		TEL				
弊社ご契約と同じ補償を受けられる他の保険契約等がございますか? <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(ありの場合、詳細を下欄にご記入ください)		海外旅行保険が付帯されたクレジットカードをお持ちですか?(上記2.を参照) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(ありの場合、該当カードの□にチェックしてください)				
保険会社名		<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 三井住友 <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> UFJ <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> Citi <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アメックス <input type="checkbox"/> セディナ <input type="checkbox"/> ジャックス <input type="checkbox"/> アプラス <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> ライフ <input type="checkbox"/> セゾン <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> VIEW <input type="checkbox"/> JTB旅カード <input type="checkbox"/> JTB(他) <input type="checkbox"/> 他()				
証券番号						
事故が発生した、または疾病が発症した日時		年	月	日	時 分	
事故が発生した、または疾病が発症した場所		国名:		場所:		
事故の状況、疾病の内容などについてご記入ください						

保険金支払指図欄 (※振替口座の□にチェック)

① 下記の口座へ振り込んでください(ゆうちょ銀行は店番号に「記号」、口座番号に「番号」をご記入ください)

フリガナ	銀行	農協	支店	1 普通	店番号/記号	口座番号/番号
	信金	信組		2 当座		

② 上記海外住所へ小切手を送付してください

③ ジェイアイ傷害火災保険株式会社が提携する修理業者へ直接お支払いください

④ 治療を行った病院・医師へ直接お支払いください Please pay to the hospital / doctor directly.

⑤ () へ直接お支払いください

1 治療費用

初診日 年 月 日	以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
傷または疾病名および症状	“あり”の場合、いつですか？ 年 月～ 年 月				
入院 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	“あり”の場合、治療されていましてか？ 治療された時期はいつですか？ <input type="checkbox"/> 治療していた（ 年 月） <input type="checkbox"/> 治療していなかった				
治療に要した費用など <input type="checkbox"/> 負担あり <input type="checkbox"/> 負担なし	入院または通院のための交通費 <input type="checkbox"/> 負担あり <input type="checkbox"/> 負担なし				
項目	金額	交通機関	利用日	区間・経路・日数	金額
治療費・手術費等 （レントゲン等諸検査費 職業看護師費、入院室料 など）	¥・\$ ()				¥・\$ ()
薬代	¥・\$ ()				¥・\$ ()
医師の診断書費（弊社提出用）	¥・\$ ()	合 計			¥・\$ ()
治療のために必要な通訳雇入費	¥・\$ ()	◆公共交通機関の場合は、区間と日数を記入してください。 ◆タクシーの場合は、領収証を添付してください。 ◆自家用車の場合は、片道の区間・距離と日数を記入してください（金額の記入は不要です）。			
（入院時）必要となった国際電話料等通信費 入院に必要な身の回り品購入費	¥・\$ ()				
他（ ）	¥・\$ ()				
合 計	¥・\$ ()				

2 携行品損害／生活用動産損害 ◆記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙にご記入ください。

盗難・火災等の場合、届出警察署（官公署）： 届出番号：

損害品目 (型式・品番等詳細に)	数量	実購入金額	購入した場所・店	購入年月日	領収書	損害の状態 (破損の場合に箇所や状態を記入)
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

3 個人賠償責任

第三者の財物への損害	所有者氏名	第三者の人身損害	負傷者氏名
	住 所 TEL		住 所 TEL
	財物の種類、損害の程度		病院・医師氏名 傷害名
	請求金額 ¥・\$ ()		住 所 TEL

4 旅行事故緊急費用／航空機寄託手荷物遅延費用／航空機遅延費用

支出した項目	購入日時・支出日時	内容（購入先、ご利用の区間、ホテル名等）	金額
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		

◆航空機遅延・寄託手荷物遅延の場合は下の事項をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 出発遅延 <input type="checkbox"/> 欠航（運休） <input type="checkbox"/> 予約不備	<input type="checkbox"/> 乗継遅延	<input type="checkbox"/> 寄託手荷物遅延
出発空港 _____ 出発予定便 _____ 出発予定日時 _____ 月 日 時 分 代替便 _____ 実際の出発日時 _____ 月 日 時 分	乗継空港 _____ 乗継地への到着便 _____ 乗継地への到着日時 _____ 月 日 時 分 乗継便 _____ 実乗継便出発予定日時 _____ 月 日 時 分 代替便 _____ 代替便の出発日時 _____ 月 日 時 分	到着空港 _____ 到着便 _____ 到着日時 _____ 月 日 時 分 手荷物引渡 <input type="checkbox"/> 引渡済 <input type="checkbox"/> 引渡なし 引渡日時 _____ 月 日 時 分

5 救援者費用／旅行キャンセル費用／旅行中断費用／緊急一時帰国費用

支出した費用（お支払対象となる項目については1ページの「主な支払項目」をご参照ください。）

支出した項目	人数・宿泊数等	支出日	内容（ご利用の区間、ホテル名等）	金額
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		

◆旅行キャンセル費用／旅行中断費用のご請求の場合、以下もご記入ください。

旅行代金	予定されていた旅行日程 年 月 日～ 年 月 日	旅行を取りやめた日/日本に入国した日 年 月 日	取消料、違約料等
------	-----------------------------	-----------------------------	----------

◆緊急一時帰国費用のご請求の場合、以下もご記入ください。

一時帰国の理由（配偶者または2親等内の親族について発生したもの） <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 危篤 <input type="checkbox"/> 搭乗する航空機または船舶が行方不明 <input type="checkbox"/> 遭難	理由発生日 年 月 日	帰国日 年 月 日	再出国日 年 月 日
--	----------------	--------------	---------------

6 診断書 Medical Certificate 医師に記入を依頼してください。

患者氏名 Patient's name	患者生年月日 Patient's Date of Birth
症状が現れた日 Date of illness (first symptom) or injury	妊娠による疾病ですか? Is condition due to pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
初診日 Date of first consultation	妊娠何週目でしょうか? If yes, how many weeks pregnant is the patient? weeks 週目
他の疾病の影響はございますか? Describe any other disease affecting present condition	来院前の投薬はありますか? Describe any other prescribed medication prior to visit
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか? Has patient ever had same or similar symptoms? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	いつ頃でしょうか? If yes, give approx date 以前の症状で実際に治療を受けましたか? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, did patient receive any treatment for prior symptoms by any doctor?
治療の期間 Period of your treatment	<input type="checkbox"/> Out patient 外来 Date; <input type="checkbox"/> Home visit 往診 Date: <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From To
傷病名および経過 State diagnosis or nature of illness or injury	
他の機関で治療を受けたならば、その住所、病院名 Name & address of facility where services were rendered for this illness or injury	転医日 Date of transfer
治癒日 Date of Recovery	ホテルでの静養が必要でしたか? Did you instruct the patient to stay in a hotel room for recuperation? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From To 必要であればその理由 If yes, please specify reason
職業看護師の付添が必要でしたか? Was professional nursing required? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From To	
後遺障害の可能性の有無 有・無 有の場合その内容 ()	
電話 Tel	日付 Date
住所 Address	署名 Signature 印
	担当医 Attending physician

7 第三者の証明 親族以外の第三者に記入を依頼してください。公的機関や添乗員等の証明書がある場合、記入は不要です。

Certificate of the third party 第三者の証明	事故日時 Date & time	事故場所 Place
	事故状況 Details of the accident	
	上記を証明します。 I verify the above is true and correct	
	住所 Address	電話 Tel
	氏名 Name	印

自認欄

第三者証明書は下記理由により取得できませんが、報告した事故の内容に相違ありません。

理由:

被保険者 印