



# 国内旅行保険 請求手続きのご案内



事故についてのご報告・お問い合わせ・ご送付は

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

〒102-0082 千代田区一番町20-5

**フリーダイヤル** 0120-787-745 (事故の受付は、24時間対応)

**電話番号** 03-3237-2156

**ファクシミリ** 03-3237-2248

**営業時間** 9:00~17:00 (土・日・祝日を除く)

下記の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。  
 (個人情報取扱) 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、個人情報取得・利用すること、また、法令等による場合や調査のため必要な場合には、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。  
 ※ 詳しくは、弊社ホームページ「個人情報の取扱い(保護宣言)」をご参照いただくか、弊社社員にお問合せください。

1	契約証番号(証券番号, 加入者証番号)	同一の損害または費用を補償する他の保険契約等がございますか? (有) (無)
	保険会社名 証券番号	連絡先 保険種類
被保険者 または 受給者	氏名(フリガナ) ( ) (才) 男・女 住 所 日中連絡先TEL ( ) -	印 貴社の個人情報の取扱いに同意します。
	保護者氏名(フリガナ) 職 業 勤務先 勤務先TEL ( ) - (勤務先への連絡:可・否)	
事 故 の 内 容	日 時 年 月 日 曜日 午前 午後 時 場 所	
	状 況	

入・通院保険金(入院または通院した場合)

傷 病 に つ い て	ケガをした体の部位	頭部・顔面・頸部・胸・背・腹・脚(右・左) 腕(右・左)・手・その他( )	通院記録欄 (ご自分でご記入下さい。 病院提出用ではありません。) (通院された日に○印をつけてください。)
	ケガの状態	骨折・脱臼・打撲・捻挫・切傷・断裂・挫傷・切断 その他( )	
	手術の有無	有(手術名: )・無	
	入 院	年 月 日より 年 月 日まで 日間	
	通 院	年 月 日より 年 月 日まで (実際に通院した日数 日)	
	ギブス固定期間	年 月 日 ~ 年 月 日 上記期間のうち、本人による着脱ができなかった期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
病 院 名 電 話 番 号	( ) -	診 察 券 レシート   どちらか1枚をここに貼付して下さい。 (コピーで結構です。)	
10回を超える通院や入院・手術を行った場合、通院保険金日額が1万円を超える契約の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> の診断書をお医者様に記入していただいたうえで、ご提出ください。			

救援者費用(傷害で入院を3日以上した場合) ※支出した費用の領収証原本を添付してください。

項 目	人数・宿泊数等	日 付	金 額	内 容 ご利用の区間・ホテル名など
捜索救助費用				
交 通 費				
宿 泊 料				
移 送 費 用				
諸 雑 費				

下記銀行口座にお支払いください。振り込みをもって支払いがなされたものと認めます。

保 險 金 支 払 指 図 欄	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※被保険者と同じ住所・氏名の場合は記入不要です。	振 込 先 口 座	フリガナ	フリガナ
	フリガナ		フリガナ	
	住 所		住 所	
	フリガナ		氏 名	
			銀行 農協 支店 信金 信組 (支所)	
			店 番 号	口 座 番 号
			普通 (総合) 当 座	
			口 座 名 義 (カタカナ)	

# 診 断 書

むちうち症・腰痛の場合、他覚症状の有無を詳細にご記入ください。

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中

<b>2</b>	住所	カルテNO.																																					
	傷病者  氏名	職業	① 健保    ② 国保    ③ 労災 ④ 自費    ⑤ その他 (                      )																																				
		男・女	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 大 <input type="radio"/> 中 <input type="radio"/> 小    年   月   日生 (   才 )																																				
傷病名および受傷部位・態様		受傷または発病の原因 (傷病者申告の内容を詳細にご記入ください。)																																					
初診日	年   月   日	受傷日または発病日                      年   月   日																																					
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		むち打ち症・腰痛の場合の神経学的異常所見 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (知覚・反射の異常、筋力の低下・筋萎縮等)																																					
		当該傷病の治療歴 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (病院名:                      ) 治療時期 (   年   月   日 ~   年   月   日 )																																					
		傷病と関係のある既往症 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (傷病名:                      )																																					
今回の傷病に関して実施した手術 (該当する項目に○印をつけてください。) 手術の種類: <input type="radio"/> 開頭術 <input type="radio"/> 開胸術 <input type="radio"/> 開腹術 <input type="radio"/> その他		手術名																																					
・筋骨関係手術の場合 <input type="radio"/> 観血 <input type="radio"/> 非観血    ・植皮術の場合 <input type="radio"/> 25cm以上 <input type="radio"/> 25cm未満		手術日	年   月   日																																				
入院治療	日間 (うち外泊   泊   日   回、   泊   日   回) 年   月   日 ~   年   月   日	実 通 院 治 療 日 (○印をつけてください)																																					
通院治療	日間 (うち治療実日数   日) 年   月   日 ~   年   月   日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr> <td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td> </td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																						
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日																						
固定具等使用の場合    ご記入下さい 固定具名    患者による着脱                      使用期間		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr> <td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td> </td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																						
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日																						
①ギブス(可・不可)    年   月   日 ~   年   月   日		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr> <td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td> </td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																						
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日																						
②ギブスシャーレ(可・不可)    年   月   日 ~   年   月   日		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr> <td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td> </td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																						
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日																						
③シ―ネ(可・不可)    年   月   日 ~   年   月   日		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr> <td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td> </td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																						
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日																						
平常の生活、業務に支障がない程度になおったと判断される時期 年   月   日頃		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td></tr> <tr> <td>月</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td> </td><td>日</td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計																						
月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		日																						
年   月   日 <input type="radio"/> 治療 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 中止 <input type="radio"/> 転医		後遺障害残存見込																																					

他の診断書の発行先    損害保険会社    あいおい・朝日・共栄・スミセイ・セコム・セゾン・ソニー・損保ジャパン・そんぽ24・大同・東京海上日動・日新・ニッセイ同和・日本興亜  
 日立キャピタル・富士・三井住友・三井ダイレクト・明治安田・その他 (                      )

上記の通り診断します。  
 年   月   日                      所在地

病院名                      ☎

医師氏名                      ㊟

# 携行品損害 保険金請求書 留守宅家財盗難

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中

年 月 日

下記の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。

(代理店 )

〈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。

※ 詳しくは、弊社ホームページ「個人情報の取扱い(保護宣言)」をご参照いただくか、弊社社員にお問合せください。

<b>3</b>	契約証番号(証券番号、加入者証番号)	同一の損害または費用を補償する他の保険契約等がございますか? <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span>	
	保険会社名	連絡先( )	—
	証券番号	保険種類	
被保険者 (保険契約の 権利 を有する者)	氏名(フリガナ)	( ) 才 男・女	住所 日中連絡先TEL( ) —
	保護者氏名(フリガナ)	<span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px;">印</span>	貴社の個人情報の取扱いに同意します。
	職業	勤務先	勤務先TEL( ) — (勤務先への連絡:可/否)
事故の内容	日時	年 月 日 曜日	午前 午後 時 分 場所
	状況		

盗難の場合は必ず警察へ届け出てください。

警察への届出	届出警察署名	警察TEL No.	届出日	受理番号
			年 月 日	

損害品リスト (記入しきれない場合は別用紙を使用し添付してください)

品名・メーカー・形式	購入時期	購入先	購入価格
	年 月 頃		円
	年 月 頃		円
	年 月 頃		円
	年 月 頃		円
	年 月 頃		円
	年 月 頃		円
	年 月 頃		円

下記銀行口座にお支払いください。振り込みをもって支払いがなされたものと認めます。											
保険金支払指図欄	〒 <input type="text" value="0000-0000"/> ※被保険者と同じ住所・氏名の場合は記入不要です。	振込先口座	フリガナ <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">フリガナ</span>								
	フリガナ		<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> (支所)								
	住所		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">普通(総合)当座</th> <th style="width: 10%;">店番号</th> <th style="width: 10%;">-</th> <th style="width: 10%;">口座番号</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	普通(総合)当座	店番号	-	口座番号				
	普通(総合)当座		店番号	-	口座番号						
フリガナ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">口座名義(カタカナ)</th> <th style="width: 10%;">店番号</th> <th style="width: 10%;">-</th> <th style="width: 10%;">口座番号</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	口座名義(カタカナ)	店番号	-	口座番号						
口座名義(カタカナ)	店番号	-	口座番号								
氏名											

# 賠償責任 保険金請求書 航空機欠航等宿泊費用

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中

年 月 日

下記の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。

(代理店)

〈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。

※ 詳しくは、弊社ホームページ「個人情報の取扱い(保護宣言)」をご参照いただくか、弊社社員にお問合せください。

<b>4</b>	契約証番号(証券番号,加入者証番号)	同一の損害または費用を補償する他の保険契約等がございますか? <div style="text-align: center;"> <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無         </div>
	保険会社名 _____ 連絡先( _____ ) _____ 証券番号 _____ 保険種類 _____	
<b>被保険者</b> <small>(保険の被保険者の方)</small>	氏名(フリガナ) _____ ( 才) 男・女 住所 _____ 日中連絡先TEL( _____ ) _____ <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div> 保護者氏名(フリガナ) _____ 貴社の個人情報の取扱いに同意します。	
	職業 _____ 勤務先 _____ 勤務先TEL( _____ ) _____ (勤務先への連絡:可/否)	
<b>事故の内容</b>	日時 _____ 場所 _____ 年 月 日 曜日 午前 午後 時	
	状況 _____ _____ _____	

**賠償責任保険** (記入しきれない場合は別用紙を使用し添付してください)

<b>第三者への財物への損害</b>	所有者氏名(フリガナ) _____	<b>第三者への人身損害</b>	負傷者氏名(フリガナ) _____	職業 _____
	住所 _____		住所 _____	( 才) 男 女
	財物の種類、損害の程度 _____		TEL _____	病院・医師氏名 _____ 傷害名 _____
請求金額 ¥ _____	住所 _____	TEL _____		

**航空機欠航・着陸地変更による宿泊費用保険**

(請求に必要な書類: 保険金請求書、欠航証明書、領収書)

欠航または着陸地変更した、

1. 航空会社 \_\_\_\_\_
2. 便名 \_\_\_\_\_
3. 理由 \_\_\_\_\_
4. 宿泊施設 名称: \_\_\_\_\_  
電話番号: \_\_\_\_\_

<b>保険金支払指図欄</b>	下記銀行口座にお支払いください。振り込みをもって支払いがなされたものと認めます。 〒□□□□-□□□□ ※被保険者と同じ住所・氏名の場合は記入不要です。	<b>振込先口座</b>	フリガナ _____	フリガナ _____
	フリガナ _____		<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 信金 <input type="radio"/> 信組 (支所)	
	住所 _____		店 番 号 _____ □ 座 番 号 _____	
	フリガナ _____		普通(総合)当座 _____	
	氏 名 _____		□ 座 名 義 (カタカナ) _____	

## 事故が発生したら

平素はジェイアイ傷害火災保険（株）をご愛顧賜り厚く御礼申し上げます。  
万一、ご契約者様に事故が発生しました場合は、ただちにジェイアイ傷害火災保険（株）お客様損害サービス部に事故報告ください。ただし、次の①・②の事故の場合は、必要書類を揃えてジェイアイ傷害火災保険（株）までご送付ください。  
保険金請求につきまして、ご不明な点がございましたらご遠慮なくご照会ください。

## 保険金請求の手続き

### ① 10回以内のご通院の場合は……



次の書類を揃えてジェイアイに郵送ください。

**①の傷害保険金請求書 + 診察券 + 契約証** および名簿  
(又はレシート) (加入者証) (団体の場合)

ご注意：通院保険金日額が1万円を超える契約の場合は、**②診断書**をご提出ください。

### ② 携行品が破損した場合は……



次の書類を揃えてジェイアイに郵送ください。

**③の保険金請求書 + 損害の写真・見積書 + 契約証** および名簿  
(加入者証) (団体の場合)

ご注意1：修理が不能の場合は、修理見積書に代えて「修理不能の証明書」をご提出して頂くこともできます。この証明書は修理業者またはメーカーにご依頼ください。

ご注意2：見積料・証明書料・写真代は保険のお支払いの対象になりません。

ご注意3：お支払いできる損害保険金は、時価額が限度となり、1個1対のものについては10万円が限度となります。

### ③ その他の事故の場合は……



10回を超えるご通院・ご入院・盗難事故などの場合は、速やかにジェイアイ傷害火災保険（株）お客様損害サービス部に事故の報告をしてください。契約証（加入者証）をお手元にご用意ください。

**盗難事故の場合は、ただちに最寄りの警察署へ届け出、盗難届けの受理番号をもらってください。**

ご注意：ご提出書類やお支払い等については一般的な記載をしております。記載された書類以外の書類をご提出いただく場合がございます。詳細は、ご契約のしおりまたは約款をご確認ください。

【複数の保険をご契約されている場合のお取り扱い】

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、弊社はお客様に保険金の返還をご請求させていただきます。

また、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。