

海外旅行保険保険金請求書の記入例①

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 宛 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、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、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。

忘れずに押印してください。

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	J123456789	記入日	2016年1月6日
保険金請求者	フリガナ	ホケン タロウ	被保険者との関係
	氏名	保険 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 他()
	住所	〒104-6016 東京都中央区晴海1-8-10 トリトンマンション1601号室	
ご希望の連絡手段	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 ※日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。	職業・勤務先	社員(株)ジェイアイ商事
	① <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 090 (1234) 5678 ② <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 03 (1234) 5678	<input type="checkbox"/> FAX	
被保険者	フリガナ	生年月日	性別
	氏名	1964年1月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
弊社で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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	2015年12月10日20時頃		
事故が発生した、または疾病が発症した場所	国名: アメリカ 場所: ハワイ ホノルル空港		
事故の状況、疾病の内容などについてご記入ください			
帰国するために午後8時にホノルル空港に到着した際、パスポートがないことに気付き、ホテルにも問い合わせたが見つからず、1日延泊して翌日渡航書を発行してもらい帰国した。			
保険金支払指図欄	<input checked="" type="checkbox"/> ①下記の口座へ振込希望		
	金融機関	① ジェイアイ	店番 100 預金種目 普通
		② ゆうちょ銀行	店番 晴海 支店
		③ 通帳記号 1	通帳番号 0
	フリガナ	ホケン タロウ	口座名義人と保険金請求者の関係
②弊社が提携する修理業者・病院へ支払希望			
③()へ振込希望			
④その他希望()			

本紙を作成された日付をご記入ください。

保険金請求者欄は必ずご本人がご署名ください。被保険者が未成年の場合、保険金請求者欄に親権者氏名を、被保険者欄にご本人氏名をご署名ください。

平日の日中に連絡が取れるご連絡先をご記入ください。

弊社以外で同一の補償を受けられる保険契約がある場合には、その契約についてご記入ください。

事故状況を出せるだけ詳細にご記入ください。

保険金のお振込を希望される口座をご記入ください。保険金支払指図欄は、通帳またはキャッシュカードをご確認のうえ、正確にご記入ください。ご記入内容に不備や誤りがありますとご入金が遅れることがあります。

海外旅行保険保険金請求書の記入例②

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				
傷害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、治療されていきましたか？ 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 (入院時) 必要となつた国際電話料等通信費 入院に必要な身の回り品購入費	¥. \$ ()	◆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、領収書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)。			
他 ()	¥. \$ ()				
合 計	¥. \$ ()				

2 携行品損害／生活用財産損害 ◆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

所有者氏名	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 航空機寄託手荷物遅延／航空機遅延費用／旅行事故緊急費用／日本語ガイド等費用

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
宿泊費	12月10日 時頃	ホテル	\$80.00
交通費(タクシー代)	12月10日 時頃	ホノルル空港⇒ホテル	\$15.00
渡航書発給手数料	12月11日 時頃	ホノルル領事館	\$27.00
交通費(タクシー代)	12月11日 時頃	ホテル⇒領事館⇒空港	\$30.00
	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 (連休) <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	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	到着空港 到着便 到着日時 月 日 時 分
代替便 実際の出発日時 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	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

ご負担された費用について、日時・内容・金額をご記入ください。また領収書をご添付ください。

公的機関または旅行会社、航空会社の事故証明書が必須となりますのでご取得ください。事故証明書に基づき、予定時刻と実際の時刻をご記入ください。

海外旅行保険保険金請求書の記入例③

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／クルーズ旅行取消費用

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／クルーズ旅行取消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。

傷害事故・携行品の事故で、第三者の証明書を取得できない場合には、下記にその理由をご記入ください。

第三者の証明 Certificate of the third party	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	理由: 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。
被保険者	印