

海外旅行保険 保険金請求書 OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM



東京海上日動火災保険株式会社 宛 TO:Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求いたします。保険金請求にあたり、下記の項目に同意いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I request the payment of insurance claims in agreement with the content here of and the following descriptions. I agree to regard a copy of this form as effective as the original.

1. 傷害・疾病に関する請求の場合

1. Cases of illness or injury

東京海上日動火災保険株式会社またはその指定する者(以下、「貴社」という)が保険金の支払いをするために必要な範囲で、各種情報※を取得・利用することに同意します。

※被保険者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を含みます。

I agree that Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd. or its proxy (the company) acquires and uses information necessary for payment of insurance claims (*).

(* Such information means details such as a doctor of medicine's certificate and a medical bill to verify the insured's symptom and the extent of treatment given to him/her, as well as family registers to verify the identities of the claimant(s) and inheritor(s).

2. 他の保険契約等がある場合

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、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、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。以下同様とします)がある場合につき、私は以下の事項について同意します。

① 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、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、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すること(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います)。

② 他の保険契約等がある場合、貴社が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こと。

③ 他の保険契約等がある場合、他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・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本保険金請求に関する私の個人情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報)を、求償のため、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、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、及び、貴社から提供を受け、利用すること。

2. Case of concurrent insurance contracts
In cases where, for the same loss or damage, or expenses, there exist the present insurance contract and other concurrent insurance contracts, etc. (meaning insurance contracts, mutual aid contracts, etc., irrespective of their names, under which insurance claims, etc. are paid for the same loss or damage, or expenses; the same meaning applying hereinafter), I hereby give my agreement to the following:

① I return immediately an excess, if any, of the amount of an insurance claim, etc. provided for in the insurance contract (subject to instructions on the manner of repayment, if any, from the company, other insurance companies or mutual aid associations, etc.);

② The company claims compensation for an amount in excess of your share of liability to the insurance companies, mutual aid associations, etc. concerned; and

③ From the need of claiming compensation mentioned in ② above, the company provides the insurance companies, mutual aid associations, etc. of the concurrent insurance contracts, with my personal information concerning my request for payment of an insurance claim (meaning information concerning the amount of liability for payment and other details of the insurance contract, the amount of loss or damage and other details of an accident, claimability of the case, and the amount of an insurance claim payable, etc.), or receives such information from those companies and makes use of it, and vice versa.

【個人情報の利用目的】

弊社および東京海上グループ各社は、お客様の個人情報を、保険引受の判断、保険事故への対応、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

【PURPOSES OF USING CUSTOMERS' PERSONAL INFORMATION】

Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd. and each company of the Tokio Marine Group may use customers' personal information for purposes of making underwriting decisions, attending to accidents and proceeding with the settlement of insurance claims, as well as providing insurance products and services to their customers.

1 保険金請求者、被保険者(旅行者・保険の対象となる方)・ご契約内容 ④の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

記入日(請求日)		年 月 日	
保険金請求者 CLAIMANT	フリガナ 住所 ADDRESS	〒 -	
	フリガナ 記名捺印 または 署名 SIGNATURE	様	電話番号 TEL
被保険者 INSURED (旅行者)	フリガナ 氏名 INSURED NAME	□ 男 (MALE) □ 女 (FEMALE)	日中 - - ご自宅 - -
	□ 保険金請求者に同じ	生年月日 DATE OF BIRTH	西暦 年 月 日生()歳
ご契約内容	証券番号・保険契約証 番号・被保険者証番号 POLICY NO. / CERTIFICATE NO. / INSURED'S NO.	保険期間 INSURANCE PERIOD	E-mail
		年 月 日 ~ 年 月 日	営業店コード OFFICE NO. 代理店コード AGENT NO.

2 委任状

保険金ご請求手続きを代理の方に委任される場合のみご記入ください。

委任者	私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件に係る海外旅行保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。	記名捺印または署名 (未成年者の場合は親権者)	フリガナ
住所	〒 -		

3 保険金振込先

保険金は下記に指定する金融機関口座へお支払いください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
Please remit the insurance benefits to the bank account below. I admit that remittance shall constitute payment thereof.

<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 BANK <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 BRANCH	ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK	※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。
<input type="checkbox"/> 普通・総合 SAVINGS <input type="checkbox"/> 当座 CHECKING <input type="checkbox"/> 貯蓄 SAVINGS	<input type="checkbox"/> 座番号(7ケタ) ACCOUNT No.	通帳記号(5ケタ)	通帳番号(8ケタ)(右詰でご記入ください)
<input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ) ACCOUNT NAME		1 0	

外貨を日本円に換算してお支払いする場合は、お支払いが確定した日の前日の交換比率を適用します。

代理店受領日	弊社受領日

P2 P3 もご記入ください

診断書についてはP6をご覧ください

同意事項 AUTHORIZATION

1

2

3

他の保険契約等

P5の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

他に契約されている海外旅行保険はありますか？	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合にご記入ください。		
		保険会社名	証券番号	保険金請求の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちですか？ ※海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちの場合は、パスポートコピー(日本出入国のスタンプのページおよび写真のページ)もご提出ください。	<input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 持っている	持っている場合にご記入ください。		
		クレジットカード名称	クレジットカード番号	保険金請求の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> 三井住友VISA <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> 楽天 <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> その他海外旅行保険付帯カード (カード名:)		

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。

事故状況またはおけが・ご病気の状況、および保険金請求額

事故日時・受傷日・初診日 DATE & TIME OF ACCIDENT, INJURY OR FIRST VISIT	年 月 日 <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM : 頃(現地時間)	国名・場所 PLACE	
事故状況/ おけが・ご病気の状況 CIRCUMSTANCES おけが・ご病気に至った経緯 または損害の発生した経緯を ご記入ください。			
警察届出 (ご病気の請求の際は 記入不要です)	届出警察署名 NAME OF POLICE OR GOVERNMENT AUTHORITY	受理番号 REPORT NO.	
証人欄 (ご病気の請求の際は 記入不要です)	上記の通り事故を確認します 名前	住所 TEL 被保険者(保険の対象となる方)との関係	印
保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM 支払通貨で ご記入ください	費目	金額	費目
	<input type="checkbox"/> 治療費・入院費		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 処方薬代		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 交通費		<input type="checkbox"/>
	保険金請求合計額(TOTAL)		

おけが・ご病気に関するご請求

保険金請求額が10万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または添付の診断書 P6をお取り付けください。

病院名 HOSPITAL NAME			
質問事項	①今回請求されるおけが・ご病気について、旅行開始前から治療を受けているものも含まれますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	②今回のおけが・ご病気でご入院されましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	③現地で「キャッシュレス・メディカル・サービス」*をご利用されましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	▶ 上記「病院名」欄をご記入ください。
	④入院または通院のために要した交通費はありますか？ 本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。 [1]ご利用日 [2]ご利用区間 [3]乗車運賃(自家用車の場合は医療機関までの距離)をご記入の上ご提出ください。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	▶ 交通機関・区間をご記入ください。 金額

*治療費用を全額保険金でお支払いできる場合に、病院で自己負担することなく治療を受けることができるサービスです。

携行品損害のご請求は P3 ⑦にご記入ください

7 携行品損害のご請求

⑤の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

品名 STOLEN/DAMAGED ITEM	メーカー・型番・ ブランドなど	数量 QUANTITY	購入店・購入先 RETAILER	購入価格 PRICE PURCHASED	購入年月日 DATE PURCHASED	領収書・取扱説明書・ 保証書等の有無	弊社使用欄
				円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				円		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

スーツケース修理サービス*1をご希望されますか？ 上記および⑤*2もご記入ください。

はい いいえ

*1 サービスのご利用方法等の詳細は海外旅行保険ハンドブック(その1)をご参照ください。スーツケースは、弊社から「スーツケース修理サービスのご案内書」をお取り寄せいただいたうえで、弊社提携の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。なお、本サービスのご提供は日本国内に限り、ご契約に免責金額(自己負担額)が設定されている場合には、本サービスはご提供いたしかねますので、ご了承ください。

*2 ⑤に必ず破損した日時および破損に至った経緯をご記入ください。

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。

【携行品損害のご請求にあたっての留意点】

- 盗難や全損の場合、新規購入価格ではなく時価額で計算します。
- 高額な携行品であっても、1個、1組または1対について10万円が限度となります。
- ご購入時の領収書・保証書等がない場合、保険金をお支払いできない場合があります。
- お支払い対象となるのはお客様所有の身の回り品に限られます。また、現金、クレジットカード、サーフボード等、お支払い対象としないものがありますので、予めご了承ください。

保険金の請求手続きに関する詳細は、「海外旅行保険ハンドブック(その1)」をご覧ください。

保険金請求に必要な書類(主なもの)

必要書類(原本)	保険金 *1	携行品 損害	治療費用		救援者 費用等	偶然事故 対応費用	賠償責任		傷害後 遺障害	死亡	
			傷害	疾病			対人	対物		傷害	疾病
保険金請求書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
保険証券、保険契約証または 被保険者証(コピーで可)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事故証明書または目撃者の証明	○	○			○	○*2	○	○	○	○	
損傷箇所の写真	○						○				
被害に遭われた携行品購入時の 領収書・保証書類	○										
修理見積書または領収書	○						○				
医師の診断書 *3			○	○	○		○		○	○	
3日以上入院を証明する書類					○						
治療費等支出した費用の領収書・精算書			○	○	○	○	○	○			
その他の関係書類	詳しくは弊社よりご案内させていただきます。										

ご注意

- *1 上記一覧表に記載のない保険金(旅行変更費用等)の請求に必要な書類およびご不明点については、弊社「保険金請求窓口」(注)にご相談ください。
(注)「海外旅行保険ハンドブック(その1)P.43」をご覧ください。
- *2 公的機関、交通機関、宿泊機関、医療機関または旅行業者の事故証明書をご提出ください。
- *3 保険金請求額が10万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または④の診断書をご提出ください。
ただし、保険金請求額が10万円以下の場合でも、診断書のご提出をお願いすることがありますので、予めご了承ください。

記入例 ①～③ 下記記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

① 保険金請求者、被保険者(旅行者・保険の対象となる方)・ご契約内容 ④の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

記入日(請求日) 20XX年 X月 30日		フリガナ トウキョウトチヨダクマルノウチ	
住所 ADDRESS 〒100-8050 東京都千代田区丸の内 □-□-□		フリガナ アンシン タロウ	
保険金請求者 記名捺印 または 署名 SIGNATURE	安心 太郎 様		電話番号 TEL 日中 090-1234-XXXX ご自宅 03-3285-XXXX
	E-mail xxxxxxx@xxx.ne.jp		
被保険者 氏名 INSURED'S NAME	<input checked="" type="checkbox"/> 保険金請求者と同じ		<input checked="" type="checkbox"/> 男 (MALE) <input type="checkbox"/> 女 (FEMALE)
	生年月日 DATE OF BIRTH 西暦 19○○年 △月 □日生(40)歳		勤務先 OCCUPATION 東海日動工業(株)
証券番号・保険契約証番号・被保険者証番号 POLICY NO./CERTIFICATE NO./INSURED'S NO. 9876543210		保険期間 INSURANCE PERIOD 20XX年 5月 1日 ~ 20XX年 5月 9日	営業店コード OFFICE NO. 代理店コード AGENT NO.

② 委任状 保険金ご請求手続きを代理の方に委任される場合のみご記入ください。

私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件に係る海外旅行保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。	記名捺印または署名 (未成年者の場合は親権者)	フリガナ
フリガナ		
住所		

③ 保険金振込先 ④ 保険金は下記に指定する金融機関口座へお支払いください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。
Please remit the insurance benefits to the bank account below. I admit that remittance shall constitute payment thereof.

保険金受取口座	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 BANK 丸の内	<input checked="" type="checkbox"/> 支店 BRANCH	ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK ※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。
	<input type="checkbox"/> 信金 BANK	<input type="checkbox"/> 支所	
	<input type="checkbox"/> 信組	支店コード(3ケタ) BRANCH No. 001	通帳記号(5ケタ) 通帳番号(8ケタ)(右詰でご記入ください)
	<input type="checkbox"/> 農協	口座番号(7ケタ) ACCOUNT No. 2345678	1 0
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合 SAVINGS		
	<input type="checkbox"/> 当座 CHECKING		
	<input type="checkbox"/> 貯蓄 SAVINGS		
	口座名義(カタカナ) ACCOUNT NAME アンシン タロウ		

外貨を日本円に換算してお支払いする場合は、お支払いが確定した日の前日の交換比率を適用します。

- ① 記名捺印または署名が必要です。
- ② 被保険者(保険の対象となる方)の生年月日をご記入ください。
- ③ 保険証券、保険契約証または被保険者証のコピーを添付してください。
- ④ 保険金の振込先となりますので、誤りがないよう、正確にご記入ください。(ゆうちょ銀行への振込希望の方は、ゆうちょ銀行の欄に口座情報を記入してください。)

P4

記入例 4 ~ 7 下記記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

4 ① ②の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ▶「有」の場合は、保険会社名をご記入ください。	
保険会社名 〇×保険会社	証券番号 △△△△△△△△△△
お持ちになっているクレジットカード カード表面のカード名称・カード番号、カード裏面のカード会社名をご記入ください。	クレジットカード番号 1234-5678-9012-3450
各種ゴールドカード (<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 住友VISA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> シティ) <input type="checkbox"/> NICOS(ニコス) <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> ジャックス <input type="checkbox"/> ライフ <input type="checkbox"/> アブラス <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> VIEW <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アメックス <input type="checkbox"/> VISAエグゼクティブ <input type="checkbox"/> VISAアミティEA <input type="checkbox"/> JCBネクサス・グランデ <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> NW <input checked="" type="checkbox"/> その他海外旅行保険付帯カード(カード名: 〇〇カード) ※海外旅行保険が付帯されているクレジットカードをお持ちの場合は、パスポートコピー(日本出入国のスタンプのページおよび写真のページ)もご提出ください。	保険金請求の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。	

1 他に同種の保険契約がある場合は必ずご記入ください。携行品損害保険金をご請求の場合は、携行品の損害を補償する他の保険契約を含みます。

5 事故状況またはおけが・ご病気の状況、および保険金請求額

事故日時・受傷日・初診日 DATE & TIME OF ACCIDENT, INJURY OR FIRST VISIT	20XX年 5月 3日 <input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM 11:00 (現地時間)	国名・場所 PLACE	アメリカ合衆国・ニューヨーク
事故状況/ おけが・ご病気の状況 CIRCUMSTANCES	友人と5番街で買い物中、50丁目交差点付近で見知らぬ男性の背後にぶつかり、カメラとノート型パソコンを落として破損した。またぶつかった際に転倒し、右足首を捻挫した。		
おけが・ご病気に至った経緯または損害の発生した経緯をご記入ください。			
警察届出 (ご病気の請求の際は記入不要です)	届出警察署名 NAME OF POLICE OR GOVERNMENT AUTHORITY		受理番号 REPORT NO.
事故証明書原本をご提出ください。			
証人欄 (ご病気の請求の際は記入不要です)	上記の通り事故を確認します	住所 東京都中央区中央△-△-△ TEL 03-3543-XXXX	
名前 保険 次郎		被保険者(保険の対象となる方)との関係 友人	
保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM	費目	金額	費目
<input checked="" type="checkbox"/> 治療費・入院費	US\$70-	<input checked="" type="checkbox"/> カメラ修理費	¥10,000-
<input type="checkbox"/> 処方薬代		<input checked="" type="checkbox"/> ノート型パソコン修理費	¥20,000-
支払通貨で ご記入ください	<input checked="" type="checkbox"/> 交通費	US\$10-	<input type="checkbox"/>
保険金請求合計額(TOTAL)		US\$80-, ¥30,000-	

2 事故状況、おけが・ご病気の状況はできるだけ具体的にご記入ください。

3 保険金請求額はそれぞれの請求の費目、金額および合計額をご記入ください。

6 おけが・ご病気に関するご請求 ④ ⑤ ⑥の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。保険金請求額が10万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または添付の診断書⑥をお取り付けください。

病院名 HOSPITAL NAME	New York Hospital
①今回請求されるおけが・ご病気について、旅行開始前から治療を受けているものも含まれますか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
②今回のおけが・ご病気でご入院されましたか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
③現地で「キャッシュレス・メディカル・サービス」*をご利用されましたか?	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ▶上記「病院名」欄をご記入ください。
④入院または通院のために要した交通費はありますか? 本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。 [1]ご利用日 [2]ご利用区間 [3]乗車運賃(自家用車の場合は医療機関までの距離)をご記入の上ご提出ください。	交通機関・区間をご記入ください。 地下鉄・5番街~9番街 金額 US\$10-

4 保険金請求額が10万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または添付の診断書のお取り付けが必要となります。

5 受診された病院が複数の場合は、全ての病院名をご記入ください。

7 携行品損害のご請求 ⑧の記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

品名 STOLEN/DAMAGED ITEM	メーカー・型番・ブランドなど	数量 QUANTITY	購入店・購入先 RETAILER	購入価格 PRICE PURCHASED	購入年月日 DATE PURCHASED	領収書・取扱説明書・保証書の有無	弊社使用欄
〇〇〇カメラ	AFX-8	1	いろはカメラ	35,000 円	'07.3.10	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
△△ノート型パソコン	XXX-XXX	1	ほへとネット	100,000 円	'09.10.10	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
スーツケース修理サービス*1をご希望されますか? 上記および 5 *2もご記入ください。							<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

*1 サービスのご利用方法等の詳細は海外旅行保険ハンドブック(その1)をご参照ください。スーツケースは、弊社から「スーツケース修理サービスのご案内書」をお取り寄せいただいたうえで、弊社提携の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。なお、本サービスのご提供は日本国内に限り、ご契約に免責金額(自己負担額)が設定されている場合には、本サービスはご提供いたしかねますので、ご了承ください。
*2 5に必ず破損した日時および破損に至った経緯をご記入ください。

6 購入時の領収書原本、取扱説明書、または保証書を添付してください。破損の場合は、写真、見積書を添付してください。

7 スーツケース修理サービスをご希望の場合は、「はい」にチェックしてください。

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。

Patient's Name (患者氏名) (Last Name, First Name)		Patient's Birthday (患者生年月日)		Sex (性別)
(姓) _____ (名) _____		Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____		<input type="checkbox"/> M (男) <input type="checkbox"/> F (女)
Date when current illness(first symptom) appeared or injury (accident) occurred (発症日・受傷日)		If patient has had same or similar prior illness, please give first date of manifestation. (既往症がある場合は、最初の発病日をご記入ください)		
Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____		Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____		
Diagnosis or condition of illness or injury (診断名または症状)				
If patient is injured, please give place of accident. (傷害事故の場合、受傷場所をご記入ください)				
Date of services (治療または入院期間)				
Month (月) Day (日) Year (年)		Month (月) Day (日) Year (年)		
Home visit(s) (往診)	From _____ (から)	To _____ (まで)	How many? _____ Times (回)	
Outpatient care (外来通院)	From _____ (から)	To _____ (まで)	How many? _____ Times (回)	
Hospitalization (入院)	From _____ (から)	To _____ (まで)		
Is there any possibility of physical or functional permanent disability due to the injury? (後遺障害が残っている可能性はありますか?)				
Itemized amount paid to hospital, clinic &/or doctor (治療実費の明細)			Date of final assessment (診断日)	
Consultation fee (診療費)	Laboratory tests (諸検査費)	Medication (医薬費)	M (月) ___ D (日) ___ Y (年) _____	
Hospitalization (入院費)	Operation (手術費)	Other charges (その他治療費)	<input type="checkbox"/> 1.Healed (治癒)	
Total (合計)			<input type="checkbox"/> 2.Treatment is continuing (継続中)	
			<input type="checkbox"/> 3.Referred (転院・転医)	
			<input type="checkbox"/> 4.Discontinued (中止)	
			<input type="checkbox"/> 5.Death (死亡)	
Address (住所)				
Phone number (電話番号)		Fax number (FAX番号)		
Date of preparation (作成日付)		Signature (署名または記名捺印) of attending physician (担当医)		
Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____				