

海外旅行保険金ご請求のご案内

保険金請求に必要な書類(主なもの)*1

ご請求される保険金*2 該当の番号欄にご記入ください。			保険金請求書	被保険証券、保険契約証または コピー(お持ちの場合は 被保険者証原本または 目撲者の証明書または 事故證明書)	損害箇所の写真	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*4	領収書・精算書	その他の関係書類
治療費用	傷害 ▶ 1 2 4 5 6 7	○	○	○				○	○	詳しく述べ 弊社より 案内させて いただきます。
	疾病 ▶ 1 2 4 5 6 7	○	○					○	○	
携行品損害	▶ 1 2 4 5 6 8	○	○	○	○	○	○			
航空機寄託手荷物遅延	▶ 1 2 4 5 6 9	○	○	○						○
航空機遅延	▶ 1 2 4 5 6 10	○	○	○						○
賠償責任	対人 ▶ 1 2 4 5 6 11	○	○	○					○	○
	対物 ▶ 1 2 4 5 6 11	○	○	○	○			○		○

*1 領収書等の立証書類は原本をご提出ください。なお、原則としてご返却しておりませんのでご了承ください。

*2 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)「海外旅行保険あんしんガイド」をご覧ください。

*3 航空会社またはこれに代わるべき第三者(旅行業者等)の事故証明書をご提出ください。

*4 保険金請求額が10万円を超える場合は、病院から発行された診断書(受傷日もしくは発病日、初診日、診断名、治療期間の記載があるもの)、またはP6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できますので、予めご了承ください。

ご注意

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。

1. 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。

2. 傷害・疾病に関する請求の場合

① 東京海上日動火災保険株式会社(以下、「貴社」という)またはその指定する日本国または日本国外に所在する関係者(以下、「関係者」という)が、保険金の支払いに関する業務およびアシスタンスサービス提供に必要な範囲で各種情報※を取得・利用すること、および、貴社・関係者間または関係者間において当該範囲で各種情報を提供すること。

② 貴社および関係者が日本国外で私を診察または治療した医療機関、医師(以下、「医療機関等」という)に対して①に定めた範囲で各種情報を提供すること、および、医療機関等が貴社および関係者に対して当該範囲で各種情報を提供すること。

※被保険者の治療の内容・症状の程度を確認する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。

3. 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、共済契約その他の異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いを受けた場合には、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損害保険会社・共済等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、および、貴社から提供を受け利用すること。

【個人情報の利用目的】

お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ(※)内での確認を含みます)、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行つるために利用させていただきます。

(※)詳しく述べは、弊社ホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)をご参照ください。

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

1. Please remit the insurance benefits to the bank account below. I admit that remittance shall constitute payment thereof.

2. Cases of illness or injury

① I agree that Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd. (the company) or its proxy either in Japan or foreign countries (the proxy) acquires and uses information (*) necessary for payment of insurance claims and providing assistance services, and provides the company and the proxy with such information.

② I agree that the company and the proxy provide the medical institution or the physician (the medical institution) who examined or treated me either in Japan or foreign countries with such information, and the medical institution provides the company and the proxy with such information.

(*) 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).

3. 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.

[Purpose of Use of Personal Information]

We only use the personal information of customers to make decisions on the acceptance of insurance, to respond to insured events (including confirmation of the facts relevant to our inquiries, etc. with the related destination, and confirmation between non-life insurance companies or within Tokio Marine Group (*)) concerning related non-life insurance), and to pay insurance claims, provide various products and services, and information.

(*) Please refer to our Web site (www.tokiomarine-nichido.co.jp) for details.

代位に関する確認事項 (CONFIRMATION ON SUBROGATION)

代位規定のある特約において、第三者による加害行為事故による損害に対して貴社により保険金が支払われた際は、貴社に求償権が移転すること、および下記1~4に同意します。

- 後日加害者が検挙されたり盗難品が発見された場合など公的機関等その他から何らかの連絡があつた場合や、あるいは本損害について私が第三者から名目の如何を問わず損害の全部または一部を回収した場合には、速やかに貴社に連絡し、対応について協議します。
- 上記損害について加害者に対し有する一切の損害賠償請求権は、貴社より支払われた保険金を限度に貴社に移転することを確認します。
- 貴社に移転した権利の保全および行使のため、貴社からの求めに応じ、書類の作成その他必要な行為を速やかに行います。
- 貴社が加害者に対し、求償権行使するために必要な範囲において、私の個人情報が記載された損害証拠資料等を求償先に提供することに同意します。

Under the endorsement with the subrogation clause, when an insurance claim is paid by you on the damage caused by an accident done by a third party, I hereby agree that the right of subrogation is transferred to you and to the following items(1 through 4):

1. In the case where I was contacted by a public institution, etc. or other agency to inform me that the offender who caused the accident was arrested, or the stolen articles were found later, or when I collected all or a part of the damage irrespective of the pretext from a third party concerning the said damage, I shall contact you immediately to discuss the future handling.

2. I hereby confirm that any and all rights to claim compensation for damage to the offender who caused the accident concerning the said damage shall be transferred to you within the limits of the insurance claim paid by you.

3. In order to preserve and exercise the rights transferred to you, I shall promptly create documentation, or take any other necessary actions in response to requests from you.

4. I hereby agree to provide proof of damage, etc. indicating my personal information to the subrogee, within the range necessary for you to exercise the right of subrogation to the offender who caused the accident.

海外旅行保険 保険金請求書

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM



TOKIO MARINE
NICHIDO

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

1 保険金請求者・被保険者(旅行者・保険の対象となる方)

		記入日(請求日)	年 月 日
※原則としておけが・ご病気をされた方または事故に遭われた方ご本人(被保険者)が保険金請求権者となります。※被保険者(保険の対象となる方)が未成年の場合、親権者が請求者になります。			
フリガナ 住所 ADDRESS	〒 一	TEL(自宅):	— — —
フリガナ 請求者 CLAIMANT	様	印	日中の連絡先:
フリガナ 被保険者名 INSURED' NAME	□保険金請求者に同じ 様	生年月日 DATE OF BIRTH 西暦 年 月 日 () 歳	□被保険者本人 □親権者 □その他() □男 (MALE) □女 (FEMALE)
		勤務先 OCCUPATION	

2 ご契約内容

証券・保険契約証・ 被保険者証番号 POLICY NO./ CERTIFICATE NO./ INSURED'S NO.	保険期間 INSURANCE PERIOD	年 月 日	営業店コード OFFICE NO.
	～	年 月 日	代理店コード AGENT NO.

3 委任状

被保険者もしくは親権者が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 フリガナ 住 所	私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件にかかる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 印

4 事故状況またはおけが・ご病気の状況 (DESCRIPTION OF ACCIDENT, INJURY, SICKNESS)

事故日時・受傷日・初診日 DATE & TIME OF ACCIDENT, INJURY OR FIRST VISIT	年 YEAR 月 MONTH 日 DAY □ AM □ PM : 頃(現地時間)	国名・場所 PLACE
事故状況 CIRCUMSTANCES	おけが・ご病気に至った経緯またはその他損害の発生した経緯をご記入ください。Please describe the accident, injury or sickness in detail.	
警察届出 POLICE REPORT	届出警察署名 NAME OF POLICE 受理番号 REPORT NO. 事故証明書原本をご提出ください。 Please submit the original certificate of accident.	
証人欄 WITNESS	上記の通り事故を確認します I confirm the accident as above. 名前 NAME SIGNATURE 印	住所 ADDRESS TEL TELEPHONE 被保険者(保険の対象となる方)との関係 RELATIONS WITH THE PERSON INSURED

5 他の保険契約等 (OTHER INSURANCE CONTRACTS)

他に契約されている海外旅行保険はありますか? Do you have other overseas travel insurance?	□ 無 NO □ 有 YES	海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちですか? Do you have overseas travel insurance incidental to a credit card? ※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、お名前と日本の出入国年月日が確認できる書類(チケット等)もご提出ください。 ※If yes, please also submit a copy of the document such as e-ticket so that we may verify your name and when you exited and entered Japan.	□ 持っていない NO □ 持っている YES
保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company?	□ 無 NO □ 有 YES	保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company? お持ちの場合にご記入ください。When you have it, please fill in.	□ 無 NO □ 有 YES
保険会社名 INSURANCE COMPANY	カード名① NAME OF THE CREDIT CARD		
証券番号 INSURANCE POLICY NUMBER	カード名② NAME OF THE CREDIT CARD		

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。Please attach another sheet if necessary.

6 保険金振込先

金融機関(ゆうちょ銀行以外)とゆうちょ銀行、いづれかの口座内容をご記入ください。
Please fill the bank account information of a banking institution (except for Japan Post Bank) or Japan Post Bank below.

フリガナ	□ 銀 行 □ 信 組 □ 信 金 □ 農 協 BANK	銀行コード(4ヶタ) BANK No.	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。
フリガナ	□ 支 店 □ 支 所 BRANCH	支店コード(3ヶタ) BRANCH No.	通帳記号(5ヶタ)	通帳番号(8ヶタ)(右詰でご記入ください)
□ 普通・総合 □ 当 席 □ 賐 蓄 SAVINGS CHECKING SAVINGS	□ 座番号(7ヶタ) ACCOUNT No.	1 0		
□ 座名義(カタカナ) ACCOUNT NAME				

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

おかげ・ご病気に関するご請求 (CLAIM ON INJURY OR SICKNESS)

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。
When the amount of claim exceeds 100,000 yen, please submit a medical certificate or have the physician fill in the certificate in Page 6.

初診日 DATE OF FIRST CONSULTATION	年 YEAR	月 MONTH	日 DAY	保険金請求額(治療費など) THE AMOUNT OF CLAIM(MEDICAL FEE & OTHERS)	通貨 CURRENCY	金額 AMOUNT		
傷害または疾病名および症状 EXTENT OF INJURY, DIAGNOSIS AND CONDITION				治療費・手術費等 CONSULTATION FEE				
				医師の診断書費(弊社提出用) COST OF MEDICAL CERTIFICATE (TO BE SUBMITTED TO INSURER)				
				治療のために必要な通訳雇入費 COST OF INTERPRETER EMPLOYED FOR MEDICAL TREATMENT				
入院 ADMISSION				入院時必要となった国際電話料等通信費 CORRESPONDENCE FEES SUCH AS INTERNATIONAL CALLS				
				入院に必要な身の回り品購入費 COST OF PERSONAL EFFECTS NECESSARY DUE TO HOSPITALIZATION				
				海外の病院に直接支払いを希望する費用 THE AMOUNT YOU WOULD LIKE INSURER TO PAY DIRECTLY TO MEDICAL INSTITUTION OVERSEAS				
				他() OTHERS				
				合計 TOTAL				
本症状に関して旅行開始前に治療を受けたことがありますか? Have you had any prior treatment for this condition?				入院または通院のための交通費 TRANSPORTATION EXPENSES FOR THE INSURED TO GET HOSPITALIZED OR GO TO HOSPITAL AS AN OUTPATIENT	<input type="checkbox"/> 負担あり BORN	<input type="checkbox"/> 負担なし NOT BORN		
				交通機関 MEANS OF TRANSPORTATION	利用日 DATE OF SERVICE	区間・経路・回数 SECTION/ROUTE/NUMBER OF TIMES	通貨 CURRENCY	金額 AMOUNT
								<input type="checkbox"/> 片道 SINGLE <input type="checkbox"/> 往復 RETURN
								<input type="checkbox"/> 片道 SINGLE <input type="checkbox"/> 往復 RETURN
								<input type="checkbox"/> 片道 SINGLE <input type="checkbox"/> 往復 RETURN
								<input type="checkbox"/> 片道 SINGLE <input type="checkbox"/> 往復 RETURN
				合計 TOTAL				
ご旅行中のおけが・ご病気の治療は終了していますか? Have you completed medical treatment on your injury or sickness during the trip?				◆タクシーの場合は、領収書を添付してください。 When you went by taxi, please submit the receipt.				
				◆自家用車の場合は、区間・距離と回数を記入してください(金額の記入は不要です)。 When you went by private car, please fill Section, Route and Number of times (You don't have to fill amount).				

携行品損害のご請求 (BAGGAGE CLAIM)

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。

品名 STOLEN/DAMAGED ITEM	メーカー・型番・ ブランドなど	購入店・購入先 RETAILER	数量 QUANTITY	購入価格(税込) PRICE PURCHASED(INCLUSIVE OF TAX)	購入年月日 DATE PURCHASED	修繕費 REPAIR COST	領収書・取扱説明書・ 保証書等の有無
				単価 UNIT PRICE / 合計 TOTAL 円 円			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				円 円			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				円 円			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				円 円			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				円 円			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

スーツケース修理サービス^{*1}のご利用を希望されますか? 上記および 4^{*2}もご記入ください。

はい いいえ

*1 スーツケース修理サービスとは、ご旅行中に破損したスーツケースの修理に際し、修理費(保険金)を弊社が修理会社へ直接お支払いさせていただくことで、お客様に修理費をお立て替えていただかずに済むサービスです。

スーツケースは、「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。本サービスのご提供は日本国内に限ります。海外にご滞在中は、本サービスはご利用いただけません。

サービスのご利用方法等の詳細は海外旅行保険あんしんガイドをご参照ください。

*2 4に破損した日時および破損に至った経緯を必ずご記入ください。

【携行品損害のご請求にあたっての留意点】

- 高額な携行品であっても、1個、1組または1対について10万円がお支払いの限度となります。なお、乗車券等は合計5万円、旅券については1回の保険事故について5万円を限度とします。
- お支払いに際しては、購入価格ではなく、再取得価額から使用による消耗、経過年数等に応じた減価分を控除した金額で計算します。
- ご契約内容によっては、盗難、強盗、航空会社等への寄託手荷物の不着による携行品の損害に対しては保険期間を通じて30万円がお支払いの限度となる場合があります。
- お支払いの対象となるのは、被保険者が旅行行程中に携行する以下の身の回り品に限ります。なお、現金、クレジットカード、プリペイドカード、電子マネー、サーフボード等、お支払いの対象とならないものがありますので、予めご了承ください。
 - ・被保険者が所有する物
 - ・旅行行程開始前に被保険者がその旅行のために他人から無償で借りた物*
 - *この旅行の有無にかかわらず業務の目的で借りているものを除きます。
- ご購入時の領収書・保証書等がない場合、保険金をお支払できない場合があります。

※上記の内容は概要を説明しているものであり、実際のお支払可否の詳細につきましては、「海外旅行保険普通保険約款および特約」をご参照ください。

保険金の請求手続きに関する詳細は、「海外旅行保険あんしんガイド」をご覧ください。

航空機寄託手荷物遅延(お支払金額:定額3万円)

*実際に負担された費用に関わらず、定額の保険金をお支払いします。

*航空会社等の証明書および負担した費用の領収書をご提出ください。

①事故種別を選択してください (□にチェック)。 □ 目的地において、航空機の到着から6時間以内に手荷物を受け取れなかった。 ⇒ ②、③、④にご記入ください。	②実際の到着便について ご記入ください。 実際の到着日時 月 日 時 分 実際の到着空港 実際の到着便	③実際の手荷物受取時刻等を ご記入ください。 実際の手荷物受取日時 月 日 時 分 実際の手荷物受取地	④手荷物がお手元に届くまでの間に 購入またはレンタルした費用を 選択してください(□にチェック)。 □ 衣類 (下着、寝間着等) □ 生活必需品 (洗面用具、かみそり、くし等) □ 上記以外にやむを得ず必要となった 身の回り品(具体的な品名を自由記 入欄にご記入ください)
□ 上記以外 ⇒ 自由記入欄と④に ご記入ください。	自由記入欄(事故の概要をご記入ください) (実際に手荷物を受取った場所) _____		

航空機遅延(お支払金額:⑥のa.からd.に該当するもののうち、いずれか高い金額)

*実際に負担された費用に関わらず、定額の保険金をお支払いします。

*航空会社等の証明書および負担した費用の領収書をご提出ください。

①事故種別を選択してください (□にチェック)。 □ 出発便の遅延・欠航(運休)・搭乗不能 ⇒ ②、③、⑥にご記入ください。	②予定していた出発便について ご記入ください。 出発予定空港名 出発予定便名 出発予定日時 月 日 時 分	③実際の出発便について ご記入ください。 実際の出発空港名 実際の出発便名 実際の出発日時 月 日 時 分	⑥負担した費用を選択してください (□にチェック)。 □ a.(3万円) 宿泊施設の客室料* ¹ □ b.(1万円) 交通費* ¹ □ c.(1万円) 目的地における旅行 サービスのキャンセル 費用* ² 以下にご記入ください。 () □ d.(5千円) 食事代* ¹
□ 乗継遅延 ⇒ ④、⑤、⑥にご記入ください。	④予定のフライトについて ご記入ください。 乗継予定空港名 到着予定日時 月 日 時 分 到着予定便名 乗継予定便の出発予定日時 月 日 時 分	⑤実際のフライトについて ご記入ください。 実際の乗継空港名 実際の到着日時 月 日 時 分 実際の乗継便名 実際の出発日時 月 日 時 分	*1 代替となる他の航空機が利用可能となるまでの間に被保険者が負担した費用。 *2 旅行サービスのキャンセル費用とは、被保険者が目的地でサービスを受けることを予定していたが、サービス提供を受けることができなかつたことで生じた取消料や違約料等のことをいいます(払い戻し可能な費用を除きます)。
□ 上記以外 ⇒ 自由記入欄と⑥に ご記入ください。	自由記入欄(事故の概要をご記入ください)		

賠償責任に関するご請求(他人の物に損害を与えた場合・他人にケガをさせた場合) LIABILITY CLAIM (When causing property damage and/or bodily injury to others)

フリガナ 被害者名 NAME OF CLAIMANT	財物の種類、 損害の程度 またはおけが の程度 NATURE AND EXTENT OF DAMAGE/EXTENT OF INJURY	
フリガナ 被害者住所 ADDRESS OF CLAIMANT	請求金額 AMOUNT OF CLAIM ()	通貨 CURRENCY
TEL — —		

記入例

下記記入例をご参考のうえ、正確にご記入ください。

7 おかげ・ご病気にに関するご請求 (CLAIM ON INJURY OR SICKNESS) 保険会員登録IDのIDを記入する場所は、別用申請書からお書き入った新規または既存の診療券①をお届けください。
The amount of claim exceeds 100,000 yen, please submit a medical certificate or have the physician to fill in the certificate in Page 6.

初診日 DATE OF FIRST CONSULTATION	20XX 年 年 5 月 MONTH 3 日 DAY	保険金請求額 THE AMOUNT OF MEDICAL FEE & OTHERS	7 領収書 RECEIPT 額など AMOUNT	通貨 CURRENCY	金額 AMOUNT	
傷害または疾病名および症状 EXTENT OF INJURY, DIAGNOSIS AND CONDITION		治療費・手術費等 CONTRIBUTION FEES 医療機関の領収書(領事館用印) COST OF MEDICAL CERTIFICATE (TO BE SUBMITTED TO INSURER) 治療のために必要な通院・通薬費 COST OF TREATMENT FOR HOSPITALIZATION 入院時必要とした電話料金等と通話料 COPIES OF TELEPHONE CHARGES 人間の死を防ぐための回り込み費用 COST OF PERSONAL EFFECTS NECESSARY DUE TO HOSPITALIZATION 海外の病院に直通支払いを希望する費用 THE AMOUNT YOU WOULD LIKE REQUESTED TO DIRECTLY TO MEDICAL INSTITUTION OVERSEAS 他 				
入院 ADMISSION		<input checked="" type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO				
病院名 NAME OF MEDICAL INSTITUTION		New York Hospital				
本症状に関する旅行開始前に治療を受けたことがありますか? Have you had any previous treatment for this condition?						
<input checked="" type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO						
有の場合は以下にご記入ください。 If you have had previous periods of medical treatment						
治療期間 DATE OF SERVICES		年 月 日 ~ Year Month Day				
□ 治癒 CURE		□ 治療継続中 CONTINUOUS	□ 治療停止 DISCONTINUATION OF TREATMENT			
ご旅行中のおかげ・ご病気の治療は終了していますか? Have you completed your treatment on your injury or sickness due to the trip?						
<input checked="" type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO						
現地で「キャッシュレス・メディカル・サービス」を利用されましたか? Have you received "Cashless Medical Service"?						
<input checked="" type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO						
8 携行品損害のご請求 (BAGGAGE CLAIM) 本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。						
品名 STOLEN/DAMAGED ITEM		購入店・購入先 RETAILER	数量 QUANTITY	購入価格(税込) PRICE PURCHASED (INCLUDES TAX)	購入年月日 DATE PURCHASED	修繕費 REPAIR COST
○○○カメラ AFX-8		いろはカメラ	1	単価 UNIT PRICE / 合計 TOTAL 円: 35,000 円	'07.3.10	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⑧
△△△ノート型パソコン XXX-XXX		ほへとネット	1	円: 100,000 円	'09.10.10	<input checked="" 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*のご利用を希望されますか? 上記および 4 もご記入ください。						<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ⑨
*スーツケース修理サービスとは、ご旅行中に破損したスーツケースの修理に際し、修理費(保険金)を弊社が修理会社へ直接お支払いいたしますことで、お客様は修理料金を支払う必要がございません。詳しくは別紙をご参照ください。						
サービスのご利用料金は日本国内・国際線、海外に在籍中は、本サービスはご利用いただけません。						
サービスのご利用料金は日本国内・国際線、海外に在籍中は、本サービスはご利用いただけません。						
*2 4 に破裂した時および破損に至った経緯を必ずご記入ください。						
【携行品損害のご請求に関するての留意点】						
●高額の携行品がある場合、1個、1組または1台について10万円がお支払いの限度となります。なお、乗車券等は合計5万円、旅券については1回の保険事例について5万円の限度となります。						
●お支払いに際しては、購入価格ではなく、再取得価値から使用による消耗、経年年数等に応じた減価分を控除した金額で計算します。						
●契約内容によっては、盗難、紛失、航空会社等への寄託手荷物の不慮による携行品の損害に対する保険期間を超過して30万円がお支払いの限度となる場合があります。						
●お支払いの限度となる時は、被保険者が旅行行程中に携行する以下の身の回り品に限ります。なお、現金、クレジットカード、プリペイドカード、電子マネー等の現金以外の身の回り品は保険の対象外となります。						
被保険者所有する物						
旅券の購入時にかかる保険料等の旅行のために他人から無償で借りた物						
*この旅行の費用にかかる業務の目的で借りているものとされます。						
●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。						
※上記の内容は概要を説明しているものであり、実際のお支払条件の詳細につきましては、「海外旅行保険普通保険契約および特約」をご参照ください。						
保険金の請求手続きに関する詳細は、「海外旅行保険あんしんガイド」をご覧ください。						

9	航空機託付手荷物遅延(お支払金額: 定額3万円) 10		<small>*実際にお負担された費用に限ららず、定額の保険金をお支払いします。 *前会社社等の證明書および負担した領収書をご提出ください。</small>	
<p>①事故種別を選択してください (□にチェック)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 目的地において、航空機の到着から6時間以内に手荷物を受け取れなかった。 ⇒ ②、③、④にご記入ください。</p>		<p>②実際の到着についてご記入ください。</p> <p>実際の到着日時 8月 5 日 19 時 分</p> <p>実際の到着空港 ホノルル国際空港</p> <p>実際の到着番号 JL7XX</p>	<p>③実際の手荷物受取時刻等をご記入ください。</p> <p>実際の手荷物受取日時 8月 6 日 10 時 分</p> <p>実際の手荷物受取地 ホノルル国際空港</p>	<p>④手荷物をお手元に届くまでの間に購入または支拂った額を記入して選択してください(□にチェック)。</p> <p><input type="checkbox"/> 衣類 (下着、寝巻等) ※到着後での購入の場合は、目的地へ向けて飛行機でかかる約6時間以内に購入した費用に限ります。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活必需品 (洗濯用具、カミソリ、くし等)</p> <p><input type="checkbox"/> □上記以外にやむを得ざる必要になった身の回り品(具体的な品名を自由記入欄に記入ください)</p> <p><small>*必ず会社社等の證明書および負担した領収書をご提出ください。</small></p>
自由記入欄(事故の概要をご記入ください)				
<p>□ 上記以外 ⇒ 自由記入欄と④にご記入ください。</p>		<p>(実際に手荷物を受取った場所) _____</p>		
10	航空機遅延(お支払金額: ⑥のaからdに該当するもののうち、いずれか高い金額)		<small>*実際にお負担された費用に限ららず、定額の保険金をお支払いします。 *必ず会社社等の證明書および負担した領収書をご提出ください。</small>	
<p>①事故種別を選択してください (□にチェック)。</p> <p><input type="checkbox"/> 出発便の遅延・欠航(連休)・搭乗不能 ⇒ ②、③、⑤にご記入ください。</p>		<p>②予定していた出発便についてご記入ください。</p> <p>出発予定空港名 実際の出発空港名</p> <p>出発予定期名 実際の出発便名</p> <p>出発予定期時 実際の出発日時</p> <p>月 日 時 分</p>	<p>③実際の出発便についてご記入ください。</p> <p>実際の出発空港名 実際の出発空港名</p> <p>実際の出発便名 実際の出発便名</p> <p>実際の出発日時 実際の出発日時</p> <p>月 日 時 分</p>	<p>④負担した費用を選択してください(□にチェック)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> (3万円) 寝泊施設の客室料^{※1} <input type="checkbox"/> (1万円) 交通費^{※1} <input type="checkbox"/> (1万円) 目的地における旅行サービスのキャンセル費用^{※2} 以下にご記入ください () d. (5千円) 食事代^{※1}</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> 乗継遅延 ⇒ ④、⑤、⑥にご記入ください。</p>		<p>④予定のフライトについてご記入ください。</p> <p>東経120度線名 ホノルル国際空港</p> <p>到着予定期時 8月 10 日 9 時 分</p> <p>到着予定期名 JL7XX</p> <p>乗継予定期の出発予定期時 8月 10 日 12 時 分</p>	<p>⑤実際のフライトについてご記入ください。</p> <p>実際の乗継空港名 ホノルル国際空港</p> <p>実際の到着日時 8月 10 日 16 時 分</p> <p>実際の乗継便名 JL7XX</p> <p>実際の出発日時 実際の出発日時</p> <p>月 日 時 分</p>	<p>⑥負担した費用を選択してください(□にチェック)。</p> <p><input type="checkbox"/> 代替となる他の航空機が利用可能となるまでの間に被扶養者が負担した費用。</p> <p>*2 旅客サービスのキャンセル費用は、被扶養者が目的の空港まで飛ぶまでの間、運送業者によるサービスを受けることができない場合にかかる費用を指します(航空券や宿泊料金等)。</p>
自由記入欄(事故の概要をご記入ください)				
<p>□ 上記以外 ⇒ 自由記入欄と④にご記入ください。</p>		<p>(実際に乗継を受けた場所) _____</p>		
11	賠償責任に関するご請求(他人の人に損害を与えた場合・他人にケガさせた場合) LIABILITY CLAIM (When causing property damage and/or bodily injury to others)			
<p>フリガナ 被害者名 NAME OF CLAIMANT</p> <p>被害者住所 ADDRESS OF CLAIMANT</p>		<p>財物の種類、程度 またはおけがの程度 NATURE AND EXTENT OF DAMAGE/EXTENT OF BLUDGEON</p>		<p>請求金額 AMOUNT OF CLAIM</p> <p>通貨 CURRENCY</p>
<p>フリガナ TEL</p>				

- 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 お持ちの場合、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 事故状況、おかげ・ご病気の状況はできるだけ具体的にご記入ください。
 - ⑤ 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。
 - ⑥ 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。)
 - ⑦ 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。
 - ⑧ 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。
 - ⑨ 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。
 - ⑩ 航空会社またはこれに代わるべき第三者(旅行業社等)の事故証明書および負担した費用の領収書をご提出ください。

⑩ 航空会社またはこれに代わるべき第三者(旅行業社等)の事故証明書および負担した費用の領収書をご提出ください。

診断書

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (医師の診断書)

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この診断書をお取り付けください。

日本の病院の場合は病院所定の用紙をご利用ください。(受傷日もしくは発病日、初診日、診断名、治療期間の記載があるもの)

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)		
Home visit(s)(往診) From _____ (から) To _____ (まで)	Month(月) Day(日) Year(年)	Month(月) Day(日) Year(年)
Outpatient care(外来通院) From _____ (から) To _____ (まで)		
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?)		
Breakdown of medical expenses(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)
Hospitalization(入院費)	Operation(手術費)	Other charges(その他治療費)
Total(合計)	Amount of received(領収金額)	M(月) _____ D(日) _____ Y(年) _____ <input type="checkbox"/> 1.Healed(治癒) <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) _____		