

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

ご請求される保険金*1 (付帯有無についてはご契約により異なりますので、 ご契約内容をご確認ください)		保険金請求に必要な書類 (原本)										その他の関係書類	
		保険金請求書	被保険者証(コピー可)	保険証券、保険契約証もしくは 書類(Eチケット等)*2	日本の出入国印を確認できる 書類(Eチケット等)*2	事故証明書または 目撃者の証明	損傷箇所の写真	購入時の領収書・保証書類	被害に遭われた携行品 修理見積書または領収書	医師の診断書(保険金請求額が 30万円を超える場合)*3	治療費等支出した費用の 領収書・精算書		元々ご利用予定だったEチケット
P2以降の該当の番号欄にご記入ください													
治療費用	傷害 ▶ 1 2 4 5 6 7	☐	☐	☐	☐				☐	☐			詳しくは弊社より ご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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

- 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)「海外旅行保険あんしんガイド」をご覧ください。
 - *2 クレジットカード付帯の保険をお持ちの方はご用意ください。
 - *3 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病院所定の診断書、もしくは③の診断書をご利用ください。
 - *4 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 ご用意ください。

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、ならびに、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または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、ならびに、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いを受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を越えた額について、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、速やかに貴社に連絡し、対応について協議します。

(*)詳しくは、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 here of 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。

1. 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った場合や、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。
2. 本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。
3. 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。
4. 貴社が加害者に対し、求償権を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立証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.

1 保険金請求者・被保険者

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)が保険金請求者となります。 ※被保険者(保険の対象となる方)が未成年者の場合、親権者が保険金請求者になります。

フリガナ 保険金請求者 CLAIMANT (未成年者の場合は親権者)	様	印	被保険者 との関係	☐ 被保険者本人	☐ 親権者	☐ その他()
フリガナ 住 所 ADDRESS	〒	—	TEL(自宅)	—	—	
			日中の連絡先	—	—	
			E-mail			
フリガナ 被保険者 INSURED NAME (保険の対象となる方)	☐ 保険金請求者と同じ	生年月日 DATE OF BIRTH	西暦	年	月	日()歳
	様	勤務先 OCCUPATION				

2 ご契約内容

証券・保険契約証・被保険者
証番号・クレジットカード名
POLICY NO. / CERTIFICATE NO. / INSURED'S NO. / CREDIT CARD

保険期間・旅行期間
INSURANCE PERIOD/
PERIOD OF TRAVEL

年 月 日
~
年 月 日

3 委任状

代理の方に保険金請求手続きを委任する場合は、被保険者(未成年の場合は親権者)がご記入ください。

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 保険金の請求並びに受領に関する一切の件を委任します。	被保険者 (未成年の場合は親権者)	フリガナ	印
フリガナ			
住 所	〒	—	

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・発病日 DATE OF LOSS/ INJURY/ MANIFESTATION OF ILLNESS	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 ※ご病気の請求の際は警察届出・証人欄は記入不要です。	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)

上記 2 以外に契約している 海外旅行保険はありますか? Do you have other overseas travel insurance other than declared in 2 above?	☐ 無 NO ☐ 有 YES	上記 2 以外に海外旅行傷害保険付帯のクレジットカードをお持ちですか? Do you have other credit cards with incidental overseas travel insurance other than declared in 2 above?	☐ 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?	☐ 無 NO ☐ 有 YES
保険会社名 INSURANCE COMPANY	カード名① NAME OF THE CREDIT CARD	カード番号(上6桁、下4桁) NUMBER OF CREDIT CARD	
証券番号 INSURANCE POLICY NUMBER	カード名② NAME OF THE CREDIT CARD	カード番号(上6桁、下4桁) NUMBER OF CREDIT CARD	

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、いず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.

口座名義(カタカナ) ACCOUNT NAME			
フリガナ	☐ 銀行 ☐ 信 組 BANK ☐ 信 金 ☐ 農 協	銀行コード(4ケタ) BANK No.	ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK
フリガナ	☐ 支 店 ☐ 支 所 BRANCH	支店コード(3ケタ) BRANCH 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)
☐ 普通・総合 ☐ 当 座 ☐ 貯 蓄 SAVINGS CURRENT OTHERS	☐ 口座番号(7ケタ) ACCOUNT No.		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。

P3 P4 もご記入ください

P2

代理店受領日	弊社受領日

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

事故日・発病日 DATE OF ACCIDENT/ FIRST SYMPTOM		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	
初診日 DATE OF FIRST CONSULTATION		年 YEAR	月 MONTH	日 DAY	治療費、検査費、手術費等 DOCTOR'S FEE, EXAMINATION/ SURGERY COST				
おけが・ご病気の名称および症状 EXTENT OF INJURY, DIAGNOSIS AND CONDITION					処方薬費 PRESCRIPTION COST				
					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				
					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				
入院 ADMISSION		☐ 有 YES ☐ 無 NO			他 (OTHERS)				
病院名 NAME OF MEDICAL INSTITUTION					他 (OTHERS)				
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?					合計 TOTAL				
☐ 有 YES ☐ 無 NO 有の場合は以下にご記入ください。 If yes, please fill the periods of medical treatment. 治療期間 年 月 日 ~ DATE OF SERVICES 年 月 日 ☐ 治癒 CURE ☐ 治療継続中 CONTINUOUS ☐ 治療中止 DISCONTINUATION OF TREATMENT					入院または通院のための交通費 ☐ 負担あり YES ☐ 負担なし NO TRANSPORTATION EXPENSES FOR THE INSURED TO GET HOSPITALIZED OR GO TO HOSPITAL AS AN OUTPATIENT				
					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
									☐ 片道 SINGLE ☐ 往復 RETURN
									☐ 片道 SINGLE ☐ 往復 RETURN
									☐ 片道 SINGLE ☐ 往復 RETURN
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?					合計 TOTAL				
☐ はい YES ☐ いいえ NO					◆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 (KM) と回数をご記入ください (金額のご記入は不要です)。 When you went by private car, please fill Section, Route and Number (KM) of times (You don't have to fill amount).				
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"?									
☐ はい YES ☐ いいえ NO									

後遺障害の有無について	今回のおけがで医師から身体に障害が残ると指摘されているときは、後遺障害に関する保険金をお支払いできる場合がございますので、右の「有」にチェックをお願いします。(なお、「有」にチェックいただいた場合でも、後遺障害に関する保険金をお支払いできる可能性があると当社が判断した場合のみ担当者からご連絡いたします。)	☐ 有
-------------	---	----------------------------

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			☐ 有 ☐ 無
				円 円			☐ 有 ☐ 無
				円 円			☐ 有 ☐ 無
				円 円			☐ 有 ☐ 無
				円 円			☐ 有 ☐ 無
				円 円			☐ 有 ☐ 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
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。	

*1 スーツケース修理サービスとは、事故により破損したお客様のスーツケースの修理を弊社指定の修理会社にご依頼いただくことで、修理費(保険金)を弊社から修理会社に直接お支払いするサービスです。
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ご送付ください。
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。

*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。

①到着便についてご記入ください。	②手荷物受取日時などをご記入ください。	③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)。
到着日時 月 日 時 分	手荷物受取日時 月 日 時 分	いずれか1つの領収書を提出してください。 ☐ 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) 自由記入欄 ()
到着空港名	手荷物受取地	
* 出発地での事故の場合、出発予定時刻から96時間以内に負担した費用に限ります。 * 到着地での事故の場合、目的地への到着時刻から96時間以内に負担した費用に限ります。		

①元々予定していた航空便についてご記入ください。	②実際に搭乗した航空便についてご記入ください。	③負担した費用を選択してください (□にチェック)。
出発日時 月 日 時 分	出発日時 月 日 時 分	いずれか1つの領収書を提出してください。 ☐ a. (3万円) 宿泊施設の客室料 ☐ b. (1万円) 交通費 ☐ 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 以下にご記入ください。 ()
空港名	空港名	
便名	便名	☐ d. (5千円) 食事代
* 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に限ります。 * 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ったことで生じた取消料や違約料等のことを言います (払い戻し可能な費用を除きます)。		

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
〒 — — — — — TEL — — — — —	通貨 CURRENCY ()

確認書

▶ 示談書をご提出いただく場合は記入不要です。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

通貨

前記事故により、相手方 から損害賠償請求を受け、賠償金 () を
支払うことで示談は成立しましたが、諸般の事情により、双方の了解のもと示談書を作成しませんでした。
つきましては、示談書にかえて本確認書を提出し、貴社より示談金が支払われた際は次の事項を確約します。

- 今後名目の如何を問わず、本件について貴社に保険金の請求をしません。
- 後日貴社に保険金支払の義務がないことが判明した場合には、支払われた保険金は全額貴社に返還します。
- 第三者からこの保険金受領についての申立てがあった場合は、私が対応します。

必ずご捺印ください。

保険金請求者	住所 〒 — — — — —	印
	氏名	

▲ご請求される方が未成年の場合は、親権者の方のご署名・ご捺印をお願いいたします。

記入例 下記記入例をご参照のうえ、正確にご記入ください。

海外旅行保険金請求書 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.

保険金請求者・被保険者		記入日(請求日) 20XX年 X月 30日	
※原則として「お父さんとお母さん」が親である場合は事項に書き込む方が本人(被保険者)が保険金請求者とになります。 ※未成年者の場合、親権者が保険金請求者になります。			
フリガナ 被保険金請求者 CLAMANT (保険を受ける方の姓)	ダンシン タロウ 安心 太郎 ①	様	
フリガナ 住所 ADDRESS	〒100 - 8080 東京都千代田区丸の内	□ □ □ □	被保険者との関係 ☒ 被保険者本人 ☐ 親権者 ☐ その他()
フリガナ 被保険者 INSURED PERSON (保険の対象となる方)	② 東京市千代田区丸の内	様	TEL(何番) 日中の連絡先 090 - 1234 - XXXX 03 - 3285 - XXXX
フリガナ 被保険者 INSURED PERSON (保険の対象となる方)	☒ 保険金請求者に同じ	様	生年月日 DATE OF BIRTH 西暦 1900 年 △ 月 □ 日 (40)歳 勤務先 OCCUPATION 東海日動工業(株)
ご契約内容			
証券・保険契約書・被保険者 証番号 POLICY NO./INSURANCE CERTIFICATE NO. 9876543210		保険期間・旅行期間 PERIOD OF TRAVEL 20XX年 5月 1日 ~ 20XX年 5月 9日	
委任状 代理の方に保険金請求手続を委任する場合は、被保険者(未成年の場合は親権者)でご記入ください。			
私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件に係る保険金の請求並びに契約に関する一切の手続きを委任します。		被保険者 (未成年の場合は親権者)	
委任者 フリガナ 住所	印		

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・発症日 DATE OF LOSS / INJURY / ONSET OF ILLNESS 20xx 年 月 日 AM PM 時(現地時間)	国名・場所 PLACE アメリカ合衆国・ニューヨーク
あなたが「真面目に自分の安全とその他の責任を正しく果たしている」と申告してください。 Please describe the injury or sickness in detail. おたがは重傷で、胃腸、物酔い、目眩などに対して早期治療の必要を感じた後、あなたがかかっているような「定型」の薬を落とすことに破断した。またぶつかった際に転倒し、手足首を捻挫した。 ③	
警察届出 POLICE REPORT 届出警察官名 NAME OF POLICE 事件番号 CASE NUMBER 上の通り/事故を認めます I confirm the accident as above.	事故証明原本をこちらへ提出ください。 Please submit the original certificate of accident.
証人欄 WITNESSES 名前 保険 次郎 本人以外の者は保険者または加入者に入ります。	住所 ADDRESS 東京都中央区中央△△△ TEL TELEPHONE 03-3543-XXXX 保証書 (保険の対象となる方)との関係 友人

上記 ④ 以外に船型に 海外旅行保険はありますか? Do you have other credit cards with incidental overseas travel insurance other than declared in above?		☒ 無 NO	☐ 有 YES
上記 ④ 以外に海外旅行傷害保険付帯のクレジットカードをお持ちですか? Do you have other credit cards with incidental overseas travel insurance other than declared in above?		☒ 持っていない NO	☐ 持っている YES
保険金請求の有無 Have you ever made an insurance claim?		☒ 無 NO	☐ 有 YES
If you have any credit cards with supplementary overseas travel insurance, please fill in the following:			
保険金請求会社 INSURANCE COMPANY ☒ 〇×保険会社	カード名 NAME OF THE CREDIT CARD ☒ 〇〇カード	カード番号 (上4桁、下4桁) CARD NUMBER (CREDIT CARD) 123456	34567
証券番号 INSURANCE POLICY NUMBER	カード名 NAME OF THE CREDIT CARD	カード番号 (上4桁、下4桁) CARD NUMBER (CREDIT CARD)	34567

お振替金振込先 (ゆうちょ銀行以外)とゆうちょ銀行、いずれかの口座番号をご記入ください。 Please fill the bank account information of a banking institution (except for Japan Post Bank) or Japan Post Bank below.			
口座名義(カタカナ) ACCOUNT NAME アシタ タロウ			
フリガナ △△△	☒ 銀行 ☐ 信託 ☐ 金庫 ☐ 郵局	銀行コード(4桁) BANK No.	ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK
フリガナ 丸の内	☐ 支店 ☐ 支所 BRANCH	支店コード(3桁) BRANCH No.	① ② ③ ④ 1 1 0 0
☒ 普通通帳 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 口座種別	口座番号(17桁) ACCOUNT No.		
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 2 3 4 5 6 7 8			
外債向けに特別にご支払いの際は、お振込み先(フリガナ)の欄に「外債」を併記して下さい。			

P3 P4 もご記入ください

おかげでご病気に關するご請求 (CLAIM ON INJURY OR SICKNESS) 事故日・発病日 DATE OF ACCIDENT/ONSET 20XX 年 5 月 3 日 DAY DATE OF ACCIDENT/ONSET 20XX 年 5 月 3 日 DAY										保険金請求額 (治療費など) AMOUNT OF CLAIM (MEDICAL FEE & OTHERS)		通貨 CURRENCY		金額 AMOUNT	
おかげでご病気の名称および症状 EXTENT OF INJURY, DANGERS AND CONDITION						US\$ 100.00									
右足首捻挫															
入院 ADMISSION						☐ 有 YES ☐ 無 NO									
病院名 NAME OF MEDICAL INSTITUTION						New York Hospital									
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? Has your injury or sickness been treated for this condition?						合計 TOTAL									
☐ 有 YES ☐ 無 NO						☐ 有 YES ☐ 無 NO									
有の場合は以下にご記入ください。 If yes, please provide the details of medical treatment.						入院または通院のための交通費 TRANSPORTATION COST FOR HOSPITALIZATION OR VISIT									
治療期間 DATE OF SERVICES						交通費 TRANSPORTATION		利用日 DATE OF SERVICE		区画・経路/駅名 SECTION/ROUTE/NUMBER OF STATION		通貨 CURRENCY		金額 AMOUNT	
年 月 日 ~ 年 月 日 地下鉄 5/3						00-○○○○		US\$5.00		☐ 片側 SINGLE ☐ 片側 RETURN ☐ 往復 RETURN					
☐ 治癒 ☐ 治療継続 ☐ 治療中止 CONTINUATION OF TREATMENT															
ご旅行中のおかげで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?										合計 TOTAL					
☒ はい YES ☐ いいえ NO										☐ タクシーの場合は、乗車券を添付してください。 If you want to pay by taxi, please attach the taxi fare receipt.					
現地でもキャッシュレス・メディアカル・サービスは利用されましたか? Have you used "Contactless Medical Service"?										☐ はい YES ☒ いいえ NO					
後遺障害の有無について										☐ 有					

品名 STOLEN/DAMAGED ITEM		メーカー/型番 BRAND/MODEL	購入店・購入先 RETAILER	数量 QUANTITY	購入価格(税込) PRICE PURCHASED (TAXES INCL.)	購入年月日 DATE PURCHASED	修繕費 REPAIR COST	徴収書・取扱説明書・ 保証書等の有無
〇〇〇カメラ	AFX-8	いろはカメラ	1	単価 UNIT PRICE / 合計 TOTAL 円: 35,000	円: 07.3.10	☒ 有 ☐ 無		
△△型/パソコン	XXX-XXX	ほへとネット	1	円: 100,000	円: 09.10.10	☒ 有 ☐ 無		
				円:	円:	☐ 有 ☐ 無		
				円:	円:	☐ 有 ☐ 無		
				円:	円:	☐ 有 ☐ 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? 上記おきよ ☒ はい ☐ いいえ

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、本サービスはご利用いただけませんので、ご了承ください。

※1 スーツケース修理サービスとは、事故により破損したお客様のスーツケースの修理を弊社指定の修理会社にご依頼いただくことで、修理費(保険金)を弊社から修理会社へ直接お支払いするサービスです。
 ※2 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ご送付ください。
 ※3 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。
 ※4 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。

P3

9 航空機荷託手荷物遅延等費用のご請求 (お支払金額: 定額 3万円)		* 実額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。
①到着便についてご記入ください。	②手荷物受取日時などを記入ください。	③手荷物がお手元へ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)
到着日時 8 月 5 日 19 時 分	手荷物受取日時 8 月 6 日 10 時 分	いずれか1つの領収書を提出してください。 ☒ 衣類 (下着、履物等) ☒ 生活必需品 (洗面用品、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 (記述の欄を自由記入欄にご記入ください) 自由記入欄
到着空港名 ホノルル国際空港	手荷物受取地 ホノルル国際空港	
* 出発地での事故の場合、出発予定時刻から96時間以内に負担した費用に限ります。 * 到着地での事故の場合、目的地への到着時刻から96時間以内に負担した費用に限ります。		

10 航空機遅延・欠航・乗継遅延費用のご請求 (お支払金額: ③のa.からd.に該当するもののうち、いずれか高い金額)		* 乗継に負担した費用に限りならず、定額の保険金をお支払いします。
①元々予定していた航空便についてご記入ください。	②実際に搭乗した航空便についてご記入ください。	③負担した費用を選択してください(□にチェック)。
出発日時 8 月 10 日 12 時 分	出発日時 8 月 11 日 13 時 分	いずれか1つの領収書を提出してください。 ☒ a. (3万円) 宿泊施設の客室料 ☐ b. (1万円) 交通費 ☐ 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 以下にご記入ください。
空港名 ホノルル国際空港	空港名 ホノルル国際空港	()
便名 JL7XX	便名 JL7XX	☐ d. (5万円) 食事代

11	賠償責任に関するご請求(他人の損害を与えた場合-他人におけがをさせた場合)	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	通称 CURRENCY
	〒 — TEL — —	請求金額 AMOUNT OF CLAIM ()

確認書 ▶ 示談書をご提出いただく場合は記入不要です。

東京海上日動火災保険株式会社 宛

通 貨

前記事故により、相手方 _____ から損害賠償請求を受け、賠償金 _____ () を
支払うことで示談は成立しましたが、諸般の事情により、双方の了解のもと示談書を作成しませんでした。
つきましては、示談書にかえて本確認書を提出し、貴社より示談金が支払われた際は次の事項を確約します。

- 今後名目の如何を問わず、本件について貴社に保険金の請求をしません。
- 後日貴社に保険金支払の義務がないことが判明した場合は、支払われた保険金は全額貴社に返還します。
- 第三者からこの保険金受領についての申立てがあった場合は、私に対応します。

保険金請求者	住 所	〒 _____ 番 _____ 号 _____
	氏 名	_____ 氏

必ずご捺印ください
印

▲ご請求される方が未成年の場合は、親権者の方のご署名・ご捺印をお願いいたします。

▲ご請求される方が未成年の場合は、親権者の方のご署名・ご捺印をお願いいたします。

P4

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 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。

4 他に同種の保険契約がある場合、また海外旅行傷害保険付帯のクレジットカードをお持ちの場合は必ずご記入ください。

5 保険金の振込先につき、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ご記入ください。)

6 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。

⑦ 航空機寄託手荷物遅延等費用、航空機遅延・欠航、乗継遅延費用については、他の保険契約等がある場合、追加でお支払いできる可能性があるため、ご負担された費用の領収書は暫くお手元に保管いただくようお願いいたします。

P5

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) _____		☐ M (男) ☐ 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?)				
いいえ はい ⇒ 詳細 () No Yes Details				
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)	M (月) ____ D (日) ____ Y (年) _____	
Hospitalization (入院費)	Operation (手術費)	Other charges (その他治療費)	☐ 1.Healed (治癒) ☐ 2.Treatment is continuing (継続中) ☐ 3.Referred (転院・転医) ☐ 4.Discontinued (中止) ☐ 5.Death (死亡)	
Total (合計)	Amount of received (領収金額)			
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) _____				