

お持ちの保険会社名を必ずご記入ください。

海外旅行保険保険金請求委任状・同意書

(予防接種、健康診断、歯科疾病、妊娠関連の疾病、既往症、初診日/事故日から 180 日経過した継続治療費等は対象となりません。)

【受診者記載欄】

被保険者名 ローマ字 : _____
(Name)

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Date of Birth) (Y) (M) (D)

漢 字 : _____

住所 (Address)

現地 (Local) : _____ 電話番号 _____

日本 (Japan) : _____ 電話番号 _____

証券番号 : _____ 保険期間 : _____ 年(Y) _____ 月(M) _____ 日(D)~
Policy Number) _____ (Insurance Period) _____ 年(Y) _____ 月(M) _____ 日(D)

事故日あるいは症状が出た日 : _____ 年(Y) _____ 月(M) _____ 日(D)
(Date of sickness / accident)

症状・事故状況 (なるべく詳しくご記載下さい) :
(Nature and condition of sickness or injury)

以前に同じような症状があった場合、それはいつ完治されていますか? [_____]
(If you have suffered from this symptom before, when did you recover?)

本日の診察に医療通訳を必要としますか? はい/いいえ
(Do you require an interpreter for today's consultation?) Yes/No (Please circle)

同意書

保険会社 御中 (To Insurance Company)

【個人情報の取扱いに関する同意書】 貴社が本保険請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

①保険契約の履行 (損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等)・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者 (修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)、業務委託先 (保険代理店を含む)、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。

②保険金支払の健全な運営のために、(社) 日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社・共済等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けること。

③再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、再保険引受会社に提供を行うこと。

④保険医療等の特別な非公開情報 (センシティブ情報) については、保険業法規則に基づき、保険業の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行うこと。

【調査に関わる同意書】 貴社の社員またはその業務委託先が、私の保険金請求に関わる保険事故事実の調査を行う範囲内で、事故の事実に関わる情報を如何なる機関、個人等関係当事者より取得することに同意します。又同様に医療機関から下記医療情報を直接取得・利用することに同意します。なお、本状は上記の傷病に関する貴社の保険金支払完了後に効力を失うものとします。

1・診断書・診療報酬明細書 2・傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見 3・画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

【他保険に対する保険金請求権委任】 同一危険を担保するほかの保険契約がある場合で、貴社から一括して保険金を受領した時には、貴社を代理人と定め保険契約にかかる保険金の受領に関する一切の権限を委任します。

医療機関 御中 (To Medical Service Providers)

【キャッシュレスメディカルサービスに関わる委任状】 私の貴院での受療に関して、当該保険会社の社員またはその業務委託先による医療情報に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。又貴院のキャッシュレスメディカルサービスの提供を受けた場合には、その治療費用についての保険金請求権を貴院に委任します。また、当該保険において支払対象外と判明した治療費用については、速やかに貴院、治療をなされた医師、上記保険会社、またはその業務委託先に支払うことを誓約します。尚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。

The insured hereby authorize any hospital, physician or other person who has attended or examined the insured, to furnish to the company, or to authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment and copies of all hospital or medical records. And I the undersigned, hereby irrevocably authorize the Medical Service Providers to file a claim for and on behalf of me and/or the insured patient, for the costs of medical services rendered pursuant to insurer's cashless medical services. I hereby further agree to pay without delay the Medical Service Providers, insure or this authorized representative(s) at the discretion of insure or its agent for the amount not payable under the policy covering the insured patient. Photo static of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

(ご署名 /Signature of Insured) _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名:

ご署名

患者との関係: 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※原則として患者ご本人のご署名をお願いいたします。※患者が未成年の場合は、親権者の方がご署名ください。

【医師記載欄】

(Attending Physician's Statement)

Patient's Name : _____

1. Diagnosis: _____

2. Date symptoms first appeared: _____

3. Consultation date:

1st visit ① _____ 2nd visit ① _____ 3rd visit ① _____

4. Nature of surgical operation: _____

5. Any other disease or infirmity affecting present condition: _____

* Do you require an interpreter to treat this patient? Yes / No

* Any treatment for this symptom before? If yes, give date, Dr./Hospital: _____

* Dental, Pregnancy, Delivery, Miscarriage or Sickness related symptoms? Yes / No

* Continuous treatment for chronic disease? Yes / No

* Health check-up consultation or Vaccination? Yes / No

* Does patient require physiotherapy treatment? Yes / No

* Does patient require any specialist treatment?

If yes, give details: _____ Yes / No

1st visit : / / Signature:

2nd visit: / / Signature:

3rd visit / / Signature: