JI Accident & Fire Insurance　Aioi Nissay Dowa Insurance MS&AD INSURANCE GROUP　FUJI FIRE & MARINE　ASAHI FIRE & MARINE　Sony Assurance

□ジェイアイ傷害火災保険株式会社 □あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 □富士火災海上保険株式会社 □朝日火災海上保険株式会社 □ソニー損害保険株式会社 御中

保険金請求･同意書兼委任状 ／ Claim Form, Power of Attorney and Authorization

お客様記入欄（日本語で下欄①～⑧へご記入下さい） Please have the patient fill out section 1 to 8.

下記の内容が事実に相違ないことを確認し保険金を請求します。私は、私を治療した医療機関等を代理人と定め、当該事故(疾病)に係わる治療費用保険金の受領に関する権限を委任し、貴社が医療機関等からの請求に基づいて、直接当該保険金を支払うことを認めます。
但し、治療費用が保険金支払いの対象とならない場合には私が直接医療機関等に治療費全額を速やかに支払う事に同意致します。また、私を治療した医師または対応したその他の者が、病気またはケガに関する病歴、診察、処方または治療他、全ての医療記録の情報を保険会社またはその代理人へ提供する事を認めます。本書の複写は原本と同じ効力があるものと認めます。
＜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。

処方薬代･入通院交通費･帰国後の継続治療費は保険対象になる場合があります。詳細は保険会社にお問い合わせ下さい。

I hereby appoint the doctor of medicine or the hospital, as my representative to file medical expense claims for my injury (or sickness). In a case that the above medical expenses are not covered under the Insurance Policy, I agree to pay all of the medical expenses directly to the doctor or the hospital immediately. I authorize the doctor, the hospital or the other person who has attended or examined me to furnish any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records to JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd. or its authorized representative. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

対象にならない主な場合 ： MAIN EXCLUSIONS

既往症(持病)＊「疾病に関する応急治療･救援費用担保特約」加入の場合、補償される場合があります。 ／ 妊娠･出産･早産･流産に起因する疾病 ／ 歯科疾病 ／ 健康診断や予防接種 ／ 180 日を超えた治療(ケガの場合：事故の日から、疾病の場合：治療開始日から)

Pre-existing conditions commencing before the policy went into effect. However, the medical expenses of pre-existing conditions for sickness only, not for injury shall be covered under a special clause. ／ Sickness related to pregnancy, childbirth, premature birth or miscarriage ／ Dental disease ／ Routine regular physical examinations, vaccinations or immunizing injections ／
Medical expenses beyond 180 days from the date on which the accident occurred or medical consultation was first received for the disease.

貴社の個人情報の取扱いを含む上記内容に同意します。

①作成年月日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日
Date (yy/mm/dd)

ふりがな
②受診者のご署名：＿＿＿＿＿＿＿＿（受診者が未成年の場合）保護者ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿
Name of Patient　Signature of the Patient or Legal Guardian

③契約証(証券)番号：＿＿＿＿＿＿＿＿（企業包括契約の場合）ID 番号：＿＿＿＿企業名＿＿＿＿
Certificate(Policy) Number　/ ID Number　Company Name

④生年月日(西暦)：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日（＿＿才） 男 / 女
Date of Birth (yy/mm/dd)　Age　male/female

⑤現住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿
Current Address　Phone Number

⑥事故日：＿＿＿＿年＿＿月＿＿日(病気の場合は発症日を記入してください。)　⑦入院の有無：＿＿有 / 無＿＿
Sickness: Date symptom first appeared / Injury: Date of accident　Inpatient : Yes / No

⑧病気の内容/事故状況＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Sickness: Description of symptom /Injury: Description of accident

現地医師使用欄　Attending Physician’ s Statement　PLEASE FILL OUT IN CAPITAL LETTERS.

1． Diagnosis :　□Outpatient / □Home Visit/ □Inpatient
2． Date symptom first appeared :
3． Date of the first visit for this condition :
4． Name of surgical operation if any :
5． Feature of dismemberment or continuous disability :
6． Any chronic disease or infirmity affecting present condition :

* Was any treatment for this symptom carried out before? If yes; give date & name of Dr/Hospital.　Y / N
* Is this disease / sickness related to Dental, Pregnancy, Delivery or Miscarriage?　Y / N
* Is there any continuous treatment for chronic disease?　Y / N
* Is this a routine regular physical examination or vaccination?　Y / N

Patient’s Name : ＿＿＿＿＿＿＿＿　Date（mm/dd/yy）: ＿＿/＿＿/20＿＿

Attending Physician's name : ＿＿＿＿＿＿＿＿　Signature : ＿＿＿＿＿＿＿＿

Note : Please attach a photocopy of patient's Insurance Certificate or ID card with your invoice.　**2011/04**