

AIU 損害保険株式会社 御中 To AIU Insurance Company Limited

(予防接種、健康診断、歯科疾病、妊娠に起因する治療、既往症、初診日/事故日から180日経過した継続治療サービスは対象にならない場合があります。)

証券番号 (Policy Number) :	企業包括契約の方は ID No. もご記入ください		
被保険者氏名 (Name of Insured) :	漢字 :	性別 (Sex) :	<input type="checkbox"/> 男(M) / <input type="checkbox"/> 女(F)
	ローマ字 :		
年齢 (Age) :	才	生年月日 (Date of Birth) : (西暦年 / 月 / 日)	年 月 日
住所 (Address) :	現地 (Local) :		
	日本 (Japan) : 〒		
電話 (Telephone) :	現地 (Local) :	日本 (Japan) :	
E メールアドレス (E-mail) :	@		

*この保険契約の他に海外旅行保険にも加入されている場合、保険会社名 :

*海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちの場合、クレジット会社名 : ・NICOS (ニコス) ・各種ゴールドカード (VISA、三井住友VISA、JCB、UC、DC、セゾン、
シティ) ・ダイナース ・アメックス ・ジャックス ・VIEW ・JAL CLUB-A (ゴールド) ・ANA ワイド (ゴールド) ・その他 ()

事故日あるいは症状が出た日 : (Date of accident or symptom first appeared)	(西暦年 / 月 / 日) 年 月 日	医療通訳の要否 (Medical Interpreter)	本日の診察に医療通訳を 必要としますか? <input type="checkbox"/> はい / <input type="checkbox"/> いいえ
初診日 : (First consultation date)	(西暦年 / 月 / 日) 年 月 日		
ケガを負った状況、または病状の経過 (なるべく詳しく) : (Circumstances of accident/illness, please state clearly)			
以前に同じような症状がありましたか? (Do you have the same/similar symptom before?)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	いつですか? (If yes, when?) (西暦年 / 月 / 日)	年 月 日

保険金請求書兼同意書

当請求書の内容が事実と相違ないことを確認し保険金を請求します。

私が契約している保険契約の約款に基づき、上記疾病・傷害の治療費については、私に保険金を支払うかわりに、医療機関にお支払ください。

なお、当該保険金請求において保険金支払い対象外と判明した場合の費用については、私が速やかに当該医療機関、もしくは貴社に支払うことを誓約します。

私は今回、保険請求するにあたり、下記の各項目に同意します。なお、本書の写真複写 (コピー) も本書と同じ効力があるものと認めます。

I hereby make a claim for insurance benefits, by confirming the accuracy of the contents hereof and also by agreeing to the matters mentioned below.
A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

■保険金支払に必要な医療情報の提供に関わる同意

被保険者を診療または治療したすべての病院、医師、および関係者が、AIU 損害保険株式会社またはその指定する者に、被保険者に関するすべての疾病、
傷害の記録を提供することを承認します。

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the insured, to furnish to AIU Insurance Company, Ltd., or
its authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment
as well as copies of all hospital or medical records.

同一の損害または費用に対して、本保険金請求書の対象となる保険契約および他の保険契約など (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などを支払う契約をいいます。以下、本書面では同様とします) から、保険契約で定められた保険金などの額を超
えて保険金など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などを超えた額について、貴社または他の保険契約などの損害保険会社・共済な
どへ直ちに返還します (貴社または他の保険契約などの保険会社・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)。
また、他の保険契約などがある場合、貴社がその保険契約などの損害保険会社・共済などに対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。

■個人情報の取扱いに関わる同意

1. 保険金請求に際して、保険契約の内容、身体障害、および事故状況などについて損害保険会社・共済などの間で確認されることに同意します。

2. 当該契約の請求に関して提出した書類により取得した個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲で貴社が取扱うことに同意します。

- ①各種保険契約の引受、継続・維持管理、保険金・給付金などの支払い
- ②関連会社・提携会社を含む各種商品やサービスの案内・提供、契約の維持管理
- ③貴社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- ④その他保険に関連・付随する業務

3. 再保険 (再々保険以降を含む) 出再契約の場合、再保険会社における当該保険契約の保険金・給付金などの支払いに必要な個人情報が、貴社から再保
険会社に提供されることに同意します。

4. 他の保険会社などに対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報 (支払責任額など契約の内容、損害額など事故に関する情報、支
払保険金などに関する情報) が、以下のとおり提供・利用されることに同意します。

- ①貴社がその保険会社などへ提供すること、また、その保険会社などから提供を受けて利用すること。
- ②その保険会社などが貴社へ提供すること、また、貴社から提供を受けて利用すること。

被保険者署名 :
(Signature of insured)

日付 :
(Date)

Relationship 患者との関係 : ・ The person himself/herself 本人 ・ Parent or Guardian 親権者 ・ Heir apparent 相続人 ・ Others その他 []

※原則として患者 (被保険者) が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下さい。

Attending Physician's Statement on the reverse side. (裏面は医療機関記入欄)

代理店受付日	保険会社受付日
年 月 日	



Attending Physician's Statement (担当医師による診断書)

Patient Name:

Date of Birth:

Diagnosis:

Date of symptom first appeared:

(dd/mm/yyyy)

Date of 1st visit for this condition:

(dd/mm/yyyy)

① Any treatment done for this symptom before?
If yes, give date and name of Doctor/Hospital:

☐ Yes

☐ No

② Surgical intervention required?
If yes, please specify the type of surgery:

☐ Yes

☐ No

③ Any other diseases or infirmity affecting present condition?
If yes, please describe:

☐ Yes

☐ No

④ Is condition due to Dental, Pregnancy, Childbirth, Miscarriage or Sickness
originating there from?
If yes, please advise the cause:

☐ Yes

☐ No

⑤ Do you consider this consultation as a continuous treatment for chronic disease?

☐ Yes

☐ No

⑥ Is this a Routine General Medical Examination or Vaccination?

☐ Yes

☐ No

⑦ Is Physiotherapy recommended?
If yes, please attach letter of referral signed by the attending physician.

☐ Yes

☐ No

Date of Service(s):

Name & Signature of Attending Physician:

Invoice Number:

※In case of inquiries, please have Insured name, Insurance policy number and Your Invoice number ready.

To Medical Service Provider,

Please kindly send the following documents:

- ☐ this claim form duly signed by the patient and doctor
- ☐ copy of patient's passport / pages have Insured's signature and date stamp departed from Japan
- ☐ copy of patient's insurance policy card / certificate
- ☐ original invoice for the consultation