

## OVERSEAS TRAVEL (ACCIDENT) INSURANCE CLAIM FORM

## 海外旅行(傷害)保険金請求書 (裏面診断書)

請求日 年 月 日

TO: THE KYOEI FIRE AND MARINE INSURANCE COMPANY, LIMITED.

共栄火災海上保険株式会社 御中

私は、別紙「お客さま情報の取り扱いについて」の内容について確認し、これに同意のうえ、保険金を請求します。なお、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。

本保険金請求に関し、事実と反していることが判明した場合は、保険金請求の取り下げ、あるいは受領した保険金を直ちに返還します。

I am filing an insurance claim after having confirmed and consented to the contents of the appendix titled, Regarding the Handling of Customers Personal Information. I agree that a photocopy of this document will have the same validity as the original. I agree to withdraw the insurance claim or immediately return any benefits that I have received if it is discovered that the facts differ from those cited in this claim.

## 1. 医療調査が必要な場合

保険金請求にあたり、貴社または貴社の指定する者が、保険金の適正な支払のために必要な範囲内で、医療機関関係者から、被保険者の傷病名、症状、治療内容・経過および既往症等に関する説明を求め、治療・検査記録等の医療情報を取得することに同意します。

## In cases where medical inspections are necessary

With respect to insurance claims, I consent that The Kyoei Fire & Marine Insurance Co. Ltd. or parties designated by The Kyoei Fire & Marine Insurance Co. Ltd., may to the extent necessary to make appropriate payment of insurance claims, seek explanations from representations of medical institutions regarding the name of my illness or injury, symptoms, content and course of treatment, and information on past illnesses, etc., and also obtain records of medical treatment and testing.

## 2. 携行品事故の場合

保険金請求にあたり、貴社または貴社の指定する者が、保険金の適正な支払のために必要な範囲内で、購入先(入手先)や他の保険会社等が、携行品に関する全ての記録を貴社に提供することに同意します。

## In cases of accidents involving personal effects

With respect to insurance claims involving personal effects, I consent that all records concerning the seller of the personal effects for which claims are made and other insurance companies, etc., will be provided to The Kyoei Fire & Marine Insurance Co. Ltd. or parties designated by The Kyoei Fire & Marine Insurance Co. Ltd., to the extent necessary to make appropriate payment of insurance claims.

## 3. 重複保険がある場合

私は貴社を代理人と定め、本事故につき他の保険契約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。

## In cases of overlapping insurance

I agree to appoint The Kyoei Fire & Marine Insurance Co. Ltd. as my agent and commission the company all authority to accept all claims related to this accident in other insurance contracts.

保 険 金 請 求 者 CLAIMANT	フリガナ 〒	勤務先 OCCUPATION
	住 所 ADDRESS	性別 SEX 男 M 女 F
		生年月日 年 月 日 DATE OF BIRTH YEAR MONTH DAY
	フリガナ 記名押印あるいは 署名 SIGNATURE	日中の連絡先 TEL. 自宅・勤務先・携帯 ( )
	親権者 保険金請求者が未成年の場合、親権者が署名してください。	証券・契約証番号 POLICY OR CERTIFICATE NO. 保険期間 INSURANCE PERIOD 年 月 日 ~ 年 月 日 YEAR MONTH DAY YEAR MONTH DAY

## POWER OF ATTORNEY

## 委 任 状

住所:

記名押印あるいは署名(未成年者の場合は親権者):

私は上記保険金請求者を代理人と定め、本件事故に係る海外旅行(傷害)保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。

(印)

今回の事故でご請求可能な他の保険契約または共済契約がありますか(紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入のうえ添付してください)  
海外旅行保険が付帯されたクレジットカードがあれば、「会社名」の欄にそのカード名、「証券番号」の欄にカード番号を記入してください。

DO YOU HAVE ANY CONCURRENT INSURANCE POLICIES COVERING THE SAME RISK?

有 無  
YES NO会社名  
COMPANY証券番号  
POLICY NO.有の場合、右記にご記入ください。  
IF YES, PLEASE WRITE.会社名  
COMPANY証券番号  
POLICY NO.保 険 金  
支 払  
指 図 欄

下記金融機関の口座へお支払いください。口座への振込みをもって支払いがなされたものと認めます。

PLEASE REMIT THE INSURANCE BENEFITS TO THE BANK ACCOUNT BELOW. I ADMIT THAT REMITTANCE SHALL CONSTITUTE PAYMENT THEREOF.

銀行 信託 労働 信託 農協 漁協

BANK

BRANCH

ゆうちょ  
銀行

JAPAN POST BANK

普通・総合  
SAVINGS

店番

口座  
番号

BRANCH NO.

ACCOUNT NO.

通帳  
記号

1 0

通帳  
番号

通帳記載の通帳記号5桁を記入 通帳記載の通帳番号8桁を記入

貯蓄・当座  
SAVINGS CHECKING

口座名義(カタカナ)

ACCOUNT NAME

事故状況を裏面に記入してください

海外の病院等へ、弊社から直接お支払いさせていただくことをご希望の治療費等がありますか?

有 無

「有」の場合には、海外から郵送されてきた請求書本紙を、「未払い」と朱書きされた上で添付してください。

病 気 ・ 事 故 の 状 況 DETAILS OF LOSS	事故日時 DATE AND TIME OF ACCIDENT/ILLNESS. 年 月 日 AM PM		場所 PLACE (国・地域名からご記入下さい。)	
	初診日 DATE OF FIRST TREATMENT 年 月 日		●現地で「キャッシュレス・メディカル・サービス」を受けられましたか? は い ・ い い え	
	状況原因等 CIRCUMSTANCES			
証 人 欄	上記の事実を確認したことを証明します		届出官公署名 _____	
	住 所 _____		届出人氏名 _____	
	電話番号 _____	被保険者との関係 _____	届出年月日 _____	
	記名押印 _____ (印)		受 理 番 号 _____	

携 行 品 の 明 細 BAGGAGE CLAIM	携行品の明細 BAGGAGE CLAIM (紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入のうえ添付してください。)						
	品 名 STOLEN/DAMAGED ITEM	数 量 QUANTITY	購 入 店 STORE PURCHASED	購入価格 PRICE PURCHASED	購入年月日 DATE PURCHASED	領収書・保 証書の有無	社 用 欄
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	
						有 ・ 無	

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT ( 診 断 書 )							
PATIENT'S NAME (Last Name, First Name) 患者氏名 (姓 名 ) _____				PATIENT'S BIRTHDAY (患者生年月日) Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____		SEX (性別) <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) Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____				IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR PRIOR ILLNESS, PLEASE GIVE FIRST DATE OF MANIFESTATION. (既往症有りの場合、最初の発病日をご記入ください) Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____			
DIAGNOSIS OR CONDITION OF ILLNESS OR INJURY (診断名または症状) _____ _____							
IF PATIENT WAS 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(S) OF SERVICES (治療または入院期間)							
HOME VISIT (S) (往診)		FROM _____	Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____	TO _____	Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____	HOW MANY ? _____ TIMES (回)	
OUTPATIENT CARE (外来通院)		FROM _____	Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____	TO _____	Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____	HOW MANY ? _____ TIMES (回)	
HOSPITALIZATION (入院)		FROM _____	Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____	TO _____	Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____	HOW MANY ? _____ TIMES (回)	
WAS PRIVATE NURSE REQUIRED ? (付添看護必要性の有無) <input type="checkbox"/> YES 要す _____ days (日間) <input type="checkbox"/> NO 不要							
ITEMIZED AMOUNT PAID TO HOSPITAL, CLINIC &/OR DOCTOR (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)		<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)	
TOTAL (合計)							
ADDRESS (住所) _____ _____							
PHONE NUMBER (電話番号) _____ _____							
FAX NUMBER (ファクシミリ番号) _____ _____							
DATE OF PREPARATION (作成日付) Month (月) _____ Day (日) _____ Year (年) _____							
SIGNATURE (署名または記名押印) OF ATTENDING PHYSICIAN (担当医) _____ _____							

## 2. 傷害・疾病治療費用の場合

お立替え頂いた治療費用をご請求頂く場合は、領収書を添付してください。

治療費をお支払いにならず帰国されて、現地の病院から請求書が送付されてきた場合は、すみやかに弊社へご相談ください。

**SAMPLE**

(表)

保険金請求者 CLAIMANT	フリガナ 住所 ADDRESS	〒105-8604 東京都 港区新橋1-18-6	勤務先 OCCUPATION 共栄物産
	性別 SEX	男 M 女 F	生年月日 DATE OF BIRTH 1970 年 11 月 3 日 YEAR MONTH DAY
	日中の連絡先 TEL (自宅) 勤務先・携帯	03 (3504) 2372	証券・契約証番号 POLICY OR CERTIFICATE NO. 1234567890
	保険期間 INSURANCE PERIOD 2009 年 4 月 1 日 ~ 2009 年 4 月 15 日 YEAR MONTH DAY YEAR MONTH DAY		
POWER OF ATTORNEY 委任状 住所: 私は上記保険金請求者を代理人と定め、本件事故に係る海外旅行(傷害)保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。 記名押印あるいは署名(未成年者の場合は親権者):			
今回の事故でご請求可能な他の保険契約または共済契約がありますか(紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入のうえ添付してください) 海外旅行保険が付帯されたクレジットカードがあれば、「会社名」の欄にそのカード名、「証券番号」の欄にカード番号を記入してください。 DO YOU HAVE ANY CONCURRENT INSURANCE POLICIES COVERING THE SAME RISK? 有 YES (無) NO 有の場合、右記にご記入ください。 IF YES, PLEASE WRITE.			
保険金支払指図欄	下記金融機関の口座へお支払いください。口座への振込みをもって支払いがなされたものと認めます。 PLEASE REMIT THE INSURANCE BENEFITS TO THE BANK ACCOUNT BELOW. I ADMIT THAT REMITTANCE SHALL CONSTITUTE PAYMENT THEREOF.		
	共栄 BANK 新橋 BRANCH ゆうちょ 銀行 JAPAN POST BANK 通帳記号 1 0 通帳番号		
	口座名義 (カタカナ) ACCOUNT NAME キョウエイ タロウ		
	事故状況を裏面に記入してください 海外の病院等へ、弊社から直接お支払いさせていただくことをご希望の治療費等がありますか? 有 (無) 「有」の場合は、海外から郵送されてきた請求書本紙を、「未払い」と朱書きされた上で添付してください。		

保険金請求者ご本人が署名・押印願います。保険金請求者とは、原則として被保険者本人(保険の補償を受けられる方をいいます。)となります。

押印をお忘れなく。

保険証券または契約証(コピー可)を添付してください。

被保険者本人が未成年の場合は、親権者(ご両親のいずれか)が署名・押印してください。

被保険者以外の方に保険金請求を委任される場合は、被保険者の記名押印あるいは署名が必要です。

今回の事故でご請求可能な他の保険契約または共済契約がある場合は必ず記入してください。

記載事項に誤りがないよう記入してください。

(裏)

病災・事故の状況 DETAILS OF LOSS	事故日時 DATE AND TIME OF ACCIDENT/ILLNESS. 2009 年 4 月 10 日 2:00 AM	場所 PLACE (国・地域名からご記入下さい) アメリカ合衆国・ニューヨーク					
	初診日 DATE OF FIRST TREATMENT 2009 年 4 月 10 日	●現地で「キャッシュレス・メディカル・サービス」を受けられましたか? はい (いいえ)					
	状況原因等 CIRCUMSTANCES 友人と5番街で買物中、50丁目交差点付近で転倒し、右足首を捻挫したのでNew York Hospitalで治療を受けた。						
	証人欄 上記の通り事故を確認します 住所 東京都品川区上品川1-1-1 電話番号 03 (3210) 9876 (新橋) 記名捺印 新橋 次郎 (友人)	届出官公署名 届出人氏名 届出年月日 受理番号					
携行品の明細 BAGGAGE CLAIM	携行品の明細 BAGGAGE CLAIM (紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入のうえ添付してください。)						
	品名 STOLEN/DAMAGED ITEM	数量 QUANTITY	購入店 STORE PURCHASED	購入価格 PRICE PURCHASED	購入年月日 DATE PURCHASED	領収書・保証書の有無	社用欄
						有・無	
						有・無	
						有・無	
						有・無	
						有・無	

同行者の有無等事故状況はできるだけ具体的に記入してください。

傷害事故の場合は、公的機関の証明書(警察等)または目撃者の証明が必要になります。

診断書欄は現地の病院で記入してもらってください。病院所定の診断書用紙でも結構です。

### ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)

PATIENT'S NAME (Last Name, First Name) 患者氏名 (姓 名 )	PATIENT'S BIRTHDAY (患者生年月日) Month (月) Day (日) Year (年)	SEX (性別) <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) Month (月) Day (日) Year (年)	IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR PRIOR ILLNESS, PLEASE GIVE FIRST DATE OF MANIFESTATION. (既往症有りの場合、最初の発症日をご記入下さい) Month (月) Day (日) Year (年)	
DIAGNOSIS OR CONDITION OF ILLNESS OR INJURY (診断名または症状)		