

ご請求される保険金*2 (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(主なもの)*1										
		保険金請求書	コピー(お持ちの場合)	被保険者証原本または 保険証券・保険契約証または 保険契約者証原本または (エチケット等)	クレジットカード付帯の保険をお持ちの方 日本の出入国印を確認できる書類	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*4	治療費等支出した費用の 領収書・精算書	その他の関係書類
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	○	○	○	○	○			○	○		
	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	○	○	○	○	○*3					○	
航空機遅延	▶ 1 2 4 5 6 10	○	○	○	○	○*3					○	
賠償責任	対人 ▶ 1 2 4 5 6 11	○	○	○	○	○			○	○		
	対物 ▶ 1 2 4 5 6 11	○	○	○	○	○			○	○		

詳しくは弊社より  
ご案内させていただきます。

**ご注意**

- \*1 原本をご用意ください。
- \*2 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。
- \*3 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。
- \*4 保険金請求額が30万円を超える場合は、病院から発行された診断書(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もの)、または㊦の診断書をご用意ください。ただし、保険金請求額が30万円以下の場合でも、診断書をご用意をお願いすることがありますので、予めご了承ください。

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。

**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. 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。**  
**1. Please remit the insurance benefits to the bank account below. I admit that remittance shall constitute payment thereof.**

**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、および、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、および、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。

**2. Cases of illness or injury**  
 ①I 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.  
 ②I 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. 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超えた額について、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。

**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:  
 ①I 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.);  
 ②The company claims compensation for an amount in excess of your share of liability to the insurance companies, mutual aid associations, etc. concerned; and  
 ③From 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.

**【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損害保険会社間や東京海上グループ(\*)内での確認を含みます)、保険金の支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。  
 (\*)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。

**【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。

**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):**

- 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。
- 上記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。
- 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。
- 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。

- 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.
- 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.
- 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.
- 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 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(旅行者・保険の対象となる方)		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)が保険金請求権者となります。*被保険者(保険の対象となる方)が未成年者の場合、親権者が請求者になります。					
フリガナ 請求者 CLAIMANT	様	印	被保険者との関係		
※同意事項確認の署名・記名捺印兼用			<input type="checkbox"/> 被保険者本人	<input type="checkbox"/> 親権者	
フリガナ 住所 ADDRESS	〒	TEL(自宅):		-	-
		日中の連絡先:		-	-
		E-mail:			
フリガナ 被保険者名 INSURED NAME	<input type="checkbox"/> 保険金請求者と同じ	生年月日 DATE OF BIRTH	西暦	年	月
		勤務先 OCCUPATION	日( )	歳	<input type="checkbox"/> 男(MALE)
		<input type="checkbox"/> 女(FEMALE)			

2

ご契約内容		保険期間・旅行期間 INSURANCE PERIOD/ PERIOD OF TRAVEL	年	月	日
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		~	年	月	日

3

委任状		被保険者もしくは親権者(被保険者が未成年の場合)が、保険金請求手続きを代理の方に委任される場合は、被保険者または親権者をご記入ください。			
委任者	私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件にかかわる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。	記名捺印または署名 (被保険者が未成年者の場合は親権者)	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	国名・場所 PLACE	
		<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> PM	: 頃(現地時間)	
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.	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	
	名前 NAME	印 SIGNATURE			
※ご病気の請求の際は警察届出・証人欄は記入不要です。					

5

他の保険契約等 (OTHER INSURANCE CONTRACTS)					
他に契約されている海外旅行保険はありますか? Do you have other overseas travel insurance?	<input type="checkbox"/> 無 NO	<input type="checkbox"/> 有 YES	海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちですか? Do you have overseas travel insurance incidental to a credit card?	<input type="checkbox"/> 持っていない NO	<input type="checkbox"/> 持っている YES
保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company?	<input type="checkbox"/> 無 NO	<input type="checkbox"/> 有 YES	保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company?	<input type="checkbox"/> 無 NO	<input type="checkbox"/> 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			

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。 Please attach another sheet if necessary.

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.					
フリガナ	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協	BANK	銀行コード(4ケタ) BANK No.	ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK	
フリガナ	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	BRANCH	支店コード(3ケタ) BRANCH No.	※通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。	
<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	<input type="checkbox"/> 口座番号(7ケタ) ACCOUNT 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)			
<input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ) ACCOUNT NAME	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。

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)

保険金請求額が30万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または添付の診断書⑥をお取り付けください。  
When the amount of claim exceeds 300,000 yen, please submit a medical certificate or have the physician fill in the certificate in Page 6.

初診日 DATE OF FIRST CONSULTATION	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
傷害または疾病名および症状 EXTENT OF INJURY, DIAGNOSIS AND CONDITION				治療費、検査費、手術費等 DOCTOR'S FEE, EXAMINATION/ SURGERY COST		
				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)		
入院 ADMISSION	<input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO			治療のために必要な通訳雇入費 COST OF INTERPRETER EMPLOYED FOR MEDICAL TREATMENT		
病院名 NAME OF MEDICAL INSTITUTION				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		
				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?	<input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 無 NO			他 ( OTHERS )		
				合計 TOTAL		
有の場合は以下にご記入ください。 If yes, please fill the periods of medical treatment				入院または通院のための交通費 TRANSPORTATION EXPENSES FOR THE INSURED TO GET HOSPITALIZED OR GO TO HOSPITAL AS AN OUTPATIENT	<input type="checkbox"/> 負担あり YES	<input type="checkbox"/> 負担なし NO
治療期間 DATE OF SERVICES	年	月	日 ~	交通機関 MEANS OF TRANSPORTATION	利用日 DATE OF SERVICE	区間・経路・回数 SECTION/ROUTE/ NUMBER OF TIMES
	年	月	日			
<input type="checkbox"/> 治癒 CURE	<input type="checkbox"/> 治療継続中 CONTINUOUS	<input type="checkbox"/> 治療中止 DISCONTINUATION OF TREATMENT				
				通貨 CURRENCY		金額 AMOUNT
						<input type="checkbox"/> 片道 SINGLE
						<input type="checkbox"/> 往復 RETURN
						<input type="checkbox"/> 片道 SINGLE
						<input type="checkbox"/> 往復 RETURN
						<input type="checkbox"/> 片道 SINGLE
						<input type="checkbox"/> 往復 RETURN
				合計 TOTAL		
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?	<input type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> 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.		
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?"	<input type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO			◆自家用車の場合は、区間・距離と回数を記入してください(金額の記入は不要です)。 When you went by private car, please fill Section, Route and Number of times (You don't have to fill amount).		

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			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				円 円			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				円 円			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				円 円			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				円 円			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				円 円			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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、ご旅行中に破損したスーツケースの修理に際し、修理費(保険金)を弊社が修理会社へ直接お支払いさせていただくことで、お客様に修理費をお支払いいただくに済むサービスです。  
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お送りいただくこととなります。  
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。

【携行品損害のご請求にあたっての留意点】

- 高価な携行品であっても、1個、1組または1対について10万円がお支払いの限度となります。なお、乗車券等は合計5万円、旅券については1回の保険事故について5万円を限度とします。
  - お支払いに際しては、購入価格ではなく、再取得価額から使用による消耗、経過年数等に応じた減価分を控除した金額で計算します。
  - ご契約内容によっては、盗難、強盗、航空会社等への寄託手荷物の不着による携行品の損害に対しては保険期間を通じて30万円がお支払いの限度となる場合があります。
  - お支払いの対象となるのは、被保険者が旅行行程中に携行する以下の身の回り品に限ります。なお、現金、クレジットカード、プリペイドカード、電子マネー、サーフボード等、お支払いの対象とならないものがありますので、予めご了承ください。
    - ・被保険者が所有する物
    - ・旅行行程開始前に被保険者がその旅行のために他人から無償で借りた物\*  
\*この旅行の有無にかかわらず業務の目的で借りているものを除きます。
  - ご購入時の領収書・保証書等がない場合、保険金をお支払いできない場合があります。
- ※上記の内容は概要を説明しているものであり、実際のお支払い可否の詳細につきましては、ご契約の約款をご参照ください。

9

航空機寄託手荷物遅延のご請求(お支払金額:定額3万円)

\*実際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。  
\*航空会社等の証明書および負担した費用の領収書をご提出ください。

①事故種別を選択してください (□にチェック)。	②実際の到着便について ご記入ください。	③実際の手荷物受取時刻等 ご記入ください。	④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)。
<input type="checkbox"/> 目的地において、航空機の到着から6時間以内に手荷物を受け取れなかった。 ⇒ ②、③、④にご記入ください。	実際の到着日時 月 日 時 分 実際の到着空港 実際の到着便	実際の手荷物受取日時 月 日 時 分 実際の手荷物受取地	<input type="checkbox"/> 衣類 (下着、寝間着等) <input type="checkbox"/> 生活必需品 (洗面用具、かみそり、くし等) <input type="checkbox"/> 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)  <small>*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。 *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。 *クレジットカード付帯の保険については、責任期間中に負担した費用に限り ます。 *但し、いずれの場合も、寄託手荷物が被保険者のもとに到着した時以降に購入または貸与を受けた費用を除きます。</small>
	<input type="checkbox"/> 上記以外 ⇒ 自由記入欄と④にご記入ください。		

10

航空機遅延・欠航のご請求(お支払金額:⑥のa.からd.に該当するもののうち、いずれか高い金額)

\*実際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。  
\*航空会社等の証明書および負担した費用の領収書をご提出ください。

①事故種別を選択してください (□にチェック)。	②予定していた出発便について ご記入ください。	③実際の出発便について ご記入ください。	⑥負担した費用を選択してください (□にチェック)。
<input type="checkbox"/> 出発便の遅延・欠航(運休)・搭乗不能 ⇒ ②、③、⑥にご記入ください。	出発予定空港名 出発予定便名 出発予定日時 月 日 時 分	実際の出発空港名 実際の出発便名 実際の出発日時 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> a.(3万円) 宿泊施設の客室料*1 <input type="checkbox"/> b.(1万円) 交通費*1 <input type="checkbox"/> 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*2 以下にご記入ください。 ( ) <input type="checkbox"/> d.(5千円) 食事代*1
	<input type="checkbox"/> 乗継遅延 ⇒ ④、⑤、⑥にご記入ください。	④予定のフライトについて ご記入ください。 乗継予定空港名 到着予定日時 月 日 時 分 到着予定便名 乗継予定便の出発予定日時 月 日 時 分	
<input type="checkbox"/> 上記以外 ⇒ 自由記入欄と⑥にご記入ください。	自由記入欄(事故の概要をご記入ください)		<small>*1 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。 *2 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いいます(払い戻し可能な費用を除きます)。</small>

11

賠償責任に関するご請求 (他人の物に損害を与えた場合・他人にケガをさせた場合) 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 またはおケガ の程度 NATURE AND EXTENT OF DAMAGE, EXTENT OF INJURY	
フリガナ 被害者住所 ADDRESS OF CLAIMANT	〒 - - TEL - -	請求金額 AMOUNT OF CLAIM	通貨 CURRENCY

**海外旅行保険 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(旅行者・保険の対象となる方) 記入日(請求日) 20XX年 X月 30日

請求者 CLAIMANT **アンソウ タロウ** 被保険者との関係 **被保険者本人** (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、親権者が請求する必要があります。)

住所 ADDRESS 〒100-8050 **東京都千代田区丸の内1-10-1** TEL(自宅) 090-1234-XXXX 2 申出の連絡先: 03-3285-XXXX

性別 MALE  男 (M) FEMALE  女 (F) 年齢 40 歳

勤務先 OCCUPATION **東海日動工業(株)**

**2** 被保険者名 INSURED NAME **丸の内** **丸の内**

**3** 証券・保険契約証・被保険者証番号・クレジットカード名 9876543210 3 保険期間・旅行期間 20XX年 5月 1日 ~ 20XX年 5月 9日

**4** 委任状 被保険者もしくは親権者(被保険者が未成年の場合)が、保険金請求手続きを代理する場合は、被保険者または親権者がご記入ください。

**5** 委任者 **アンソウ タロウ** 署名 住所 **東京都中央区中央1-1-1** TEL 03-3543-XXXX

**6** 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 20XX年 5月 11日 AM 11:00 国名・場所 **アメリカ合衆国・ニューヨーク**

事故状況 **おけが・ご病気に至らなかった経緯またはおけがの発生した経緯をご記入ください。 Please describe the accident, injury or sickness in detail.**  
**友人と5番街で買い物中、50丁目交差点付近で見知らぬ男性の背後にぶつかると同型ハンコンを落とすとして破損した。またぶつかった際に転倒し、右足首を捻挫した。**

警察届出 POLICE REPORT **届出警察官名 NAME OF POLICE** **丸の内** **届出受理番号 REPORT NO.**

証人欄 WITNESSES **上記の通り事故を確認した** 住所 ADDRESS **東京都中央区中央1-1-1**  
**名前 保険 次郎** TEL TELEPHONE **03-3543-XXXX**

**7** 他に保険契約等 (OTHER INSURANCE CONTRACTS)

他に契約している海外旅行保険がありますか? **有** 海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちですか? **有**

保険金請求の有無 **有** 保険金請求の有無 **有**

**8** 保険金振込先 振込先(ゆうちょ銀行以外)とゆうちょ銀行の口座内容を記入ください。 Use the bank account information of a banking institution (except for Japan Post Bank) or Japan Post Bank below.

振込先 BANK **丸の内** ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK

支店 BRANCH **丸の内** 支店コード(BRANCH NO.) **001**

口座番号(7ケタ) ACCOUNT No. **12345678**

**7** おけが・ご病気に関するご請求 (CLAIM ON INJURY OR SICKNESS) 保険金請求額が30万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または添付の診断書を必ずお取り付ください。 (When the amount of claim exceeds 300,000, you must submit a medical certificate or the physician's fee in the certificate in English.)

初診日 20XX年 5月 3日 DAY 7 保険金請求額 THE AMOUNT OF CLAIM (MEDICAL FEE & OTHERS) **100.00** 通貨 CURRENCY **US\$** 金額 AMOUNT **100.00**

傷患または疾病名および症状 右足首捻挫

入院 ADMISSION  有 YES  無 NO

病院名 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?  有 YES  無 NO

治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日

**8** 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	メーカー・型番・ブランドなど	購入店・購入先	数量	購入価格(税込)	購入年月日	修理費	領収書・取扱説明書・保証書等の有無
000カメラ	AFX-8	いろはカメラ	1	35,000円	07.3.10		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
△△△型ハンコン	XXX-XXX	ほへとネット	1	100,000円	09.10.10		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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?  はい **9**  いいえ

\*本サービスは、本紙に記載されている価格で提供させていただきます。お支払いの際は、本紙に記載されている価格をご案内させていただきます。本サービスの提供は、お客様の旅行中に発生した破損に限り、本サービスの提供は、本紙に記載されている価格で提供させていただきます。お支払いの際は、本紙に記載されている価格をご案内させていただきます。

**9** 航空機寄託手荷物遅延のご請求 (お支払金額: 10万円) \*実際に負担した費用に関わらず、定額の保険金をお支払いします。 \*航空会社等の証明書および負担した費用の領収書を提出してください。

①事故種別を選択してください (□にチェック) ②実際の到着便についてご記入ください。 ③実際の手荷物受取時刻等をご記入ください。 ④手荷物がお手元に届くまでの間に購入したレンタル料の費用を選択してください (□にチェック)。

目的地において、航空機の到着から6時間以内に手荷物を受け取れなかった。 ⇒ ①、②、④にご記入ください。

実際の到着日時 **8月 5日 19時 分** 実際の手荷物受取日時 **8月 6日 10時 分**

実際の到着空港 **ホノルル国際空港** 実際の手荷物受取地 **ホノルル国際空港**

実際の到着便 **JL7XX**

自由記入欄(事故の概要をご記入ください)

**10** 航空機遅延・欠航のご請求(お支払金額: aからdに該当するものうちいちいち高い金額) \*実際に負担した費用に関わらず、定額の保険金をお支払いします。 \*航空会社等の証明書および負担した費用の領収書を提出してください。

①事故種別を選択してください (□にチェック) ②予定していた出発についてご記入ください。 ③実際の出発についてご記入ください。 ④負担した費用を選択してください (□にチェック)。

出発予定空港名 **ホノルル国際空港** 実際の出発空港名 **ホノルル国際空港**

出発予定便名 **JL7XX** 実際の便名 **JL7XX**

出発予定日時 **8月 10日 9時 分** 実際の出発日時 **8月 10日 16時 分**

到着予定便名 **JL7XX** 実際の到着便名 **JL7XX**

到着予定日時 **8月 10日 12時 分** 実際の到着日時 **8月 11日 13時 分**

自由記入欄(事故の概要をご記入ください)

**11** 賠償責任に関するご請求 (他人の財物に損害を与えた場合・他人にケガをさせた場合) LIABILITY CLAIM (When causing property damage and/or bodily injury to others)

被害者名 NAME OF CLAIMANT **丸の内** 被害者住所 ADDRESS OF CLAIMANT **丸の内** TEL **丸の内**

請求金額 AMOUNT OF CLAIM **丸の内** 通貨 CURRENCY **丸の内**

- 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 お持ちの場合、保険証券、保険契約証または被保険者証のコピーをご提出ください。
- 4 事故状況、おけが・ご病気の状況ができるだけ具体的に記入してください。
- 5 他に同種の保険契約がある場合は必ずご記入ください。携行品損害保険金をご請求の場合は、携行品の損害を補償する他の保険契約を含みます。
- 6 保険金の振込先となりますので、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記入してください。)
- 7 保険金請求額が30万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書または添付の診断書のお取り付けが必要となります。
- 8 購入時の領収書原本、取扱説明書、または保証書を添付してください。破損の場合は、写真、見積書をご提出ください。
- 9 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。
- 10 航空会社またはこれに代わるべき第三者(旅行業社等)の事故証明書および負担した費用の領収書をご提出ください。

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) _____		<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)		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?)				
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)	<input type="checkbox"/> 1.Healed (治癒)	
Total (合計)	Amount of received (領収金額)		<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)	
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) _____				