

保険金請求のご案内

このたびのご災難につき心からお見舞い申し上げます。

保険金をできるだけ早くお支払いいたしたく存じますので、必要書類をお取りそろえのうえ、お早めにご提出くださいますようお願い申し上げます。

本書面は海外旅行保険の保険金請求書です。お客さまがご請求される保険金の種類により下表のとおり記入項目が異なります。それぞれ必要な記入項目にご記入ください。

保険金の種類と記入項目														
記入項目 保険金の種類	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭
	請求日・保険金請求者	被保険者	委任状	保険契約	事故日	他の保険契約等	保険金振込指定欄	事故の状況	傷害・疾病保険金	携行品(または生活用動産)損害保険金	賠償責任保険金	各種費用保険金	同意書	診断書
治療費用保険金	○	○	△ (注1)	○	○	○	○	○	○				○	△ (注2)
携行品(生活用動産)損害保険金	○	○	△ (注1)	○	○	○	○	○		○				
賠償責任保険金	○	○	△ (注1)	○	○	○	○	○			○			
各種費用保険金	○	○	△ (注1)	○	○	○	○	○				○		

(注1)「委任状」欄は、保険金のご請求を第三者に委任される場合に、被保険者ご本人が自署押印あるいは署名ください。

(注2)「診断書」欄は、保険金のご請求額が10万円を超える場合に、医師に記入を依頼してください(医療機関所定の診断書をご提出いただいても差し支えありません)。

◆死亡、後遺障害、救済者費用保険金をご請求の場合は、当社から保険金請求書類をご案内しますので、当社までご連絡いただきますようお願いいたします。

保険金請求書の記入方法のご説明

ステップ1 お客さまがご請求される保険金の種類により、記入項目(①～⑭)をご確認ください。

ステップ2 記入例を参照いただきながら、保険金の種類に応じた記入項目にご記入をお願いします。

ステップ3 本保険金請求書以外に保険金請求に必要な書類がございますので、ご用意ください。
保険金請求に必要な書類は、海外旅行保険サービスガイドの「保険金のご請求に必要な書類」に掲載しております。

ステップ4 本保険金請求書と保険金請求に必要な書類を添えて、当社までご提出ください。

※記入方法について、ご不明な点がございましたら、当社担当センターまでお問い合わせください。

保険金のご請求方法・ご請求に必要な書類など、保険金のご請求に関する詳細は、海外旅行保険サービスガイド「Ⅲ. 事故が起こった場合の手続き」をご覧ください。

■個人情報の取扱いに関する同意

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、次のとおり取得・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、貴社が保険事故の関係者(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があること。
- ②保険金支払の健全な運営のために、貴社が一般社団法人 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があること。
- 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、貴社が再保険引受会社に提供を行うことがあること。
- ④保健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、貴社が保険業法施行規則に基づき、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。
- ⑤他の保険契約等がある場合、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ために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、損害保険金の額等支払保険金・費用に関する情報)を、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。また、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、貴社から提供を受け、利用すること。

■他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意

同一の損害または費用に関して、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。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します(貴社または他の保険契約等の保険会社・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)。

また、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に同意します。

海外旅行保険 保険金請求書

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

記入例は5ページ

裏面の「個人情報の取扱いに関する同意」と「他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意」をお読みいただき、ご同意いただいたうえで、保険金をご請求ください。

三井住友海上火災保険株式会社 宛

TO: MITSUI SUMITOMO INSURANCE COMPANY, LIMITED

下記事故について関係書類を添付のうえ保険金を請求します。

本保険金請求に関して、裏面の「個人情報の取扱いに関する同意」および「他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意」とおり同意します。

保険金は下記指定の口座へ振り込んでください。口座への振込をもって保険金を受領したものと認めます。

お ね が い

1. 太枠内をご記入ください。
2. 必ず請求者ご本人が自署押印あるいは署名願います。
3. 保険金のご請求は、原則として被保険者(治療を受けられた方等の保険の対象者)ご本人が行ってください。
ご本人が未成年者の場合は親権者となります。
4. 訂正された箇所には必ず請求印をご押印ください。

【キャッシュレス・メディカルサービス】

医療機関にてキャッシュレス・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当該医療機関に委任します。また、当該保険において支払対象外と判断した治療費用については、可及的速やかに病院、医師、または貴社に支払うことを誓約します。

CASHLESS MEDICAL SERVICE

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 Mitsui Sumitomo Insurance CO.,LTD.(hereinafter "MSI")'s cashless medical services. I hereby further agree to reimburse, as soon as practicable, either the Medical Service Providers or MSI at the direction of MSI, for the amount already paid by MSI in case that MSI is found not to be liable to pay such amount under the policy covering the Insured Patient.

1 請求日・保険金請求者										
請求日 DATE	年 Y	月 M	日 D	住所 ADDRESS						日中ご連絡の取れる電話番号 TEL
				〒 -						<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 ()
保険金請求者 CLAIMANT	フリガナ							印 (SIGNATURE)	被保険者との関係	
氏名 NAME							<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 受任者 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他 ()			

2 被保険者(保険の対象となる方) INSURED									
フリガナ							生年月日・性別 DATE OF BIRTH・SEX	職業 OCCUPATION	
氏名 NAME	(保険金請求者と同じ)						年 月 日 男・女 Y M D M・F		

3 委任状 POWER OF ATTORNEY 保険金のご請求を第三者に委任する場合は、下記の委任状欄に被保険者の自署押印あるいは署名をお願いします。									
私は上記の保険金請求者を代理人と定め本事故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。 I, the undersigned, authorize the claimant to claim and receive the insurance benefit on my behalf in connection with the accident described herein.				記入日 DATE	年 Y	月 M	日 D	印 (SIGNATURE)	
				〒 -					
				被保険者住所 ADDRESS OF INSURED					
				被保険者 NAME OF INSURED					

4 保険契約 POLICY	
証券番号(契約証券号) POLICY NO.	契約者名 POLICY HOLDER

5 事故日 DATE OF OCCURRENCE			
ご病気によるご請求の場合は、「初診日」をご記入ください。			
年 Y	月 M	日 D	

6 他の保険契約等 OTHER INSURANCE			
今回の事故で、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う他の保険契約等がありましたら、下記欄に必ずご記入ください。 また、他に海外旅行保険が付帯されているクレジットカードをお持ちの場合は、カードの内容についてご記入のうえ、パスポートの写(当該旅行の日本出入国のスタンプ押印のページ)をご提出ください。			
他の保険契約等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒「あり」の場合は下記にご記入ください。		
他にご契約されている保険	保険会社名	保険の種類	証券番号
海外旅行保険が付帯されたクレジットカード	カード会社名	カード番号	保険金請求
	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> NICOS		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> NICOS		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> その他()			

7 保険金振込指定欄 APPOINTMENT OF BANK ACCOUNT									
振込先金融機関 口座番号 (BANK)	銀行・信用金庫 その他 ()	支店 (BRANCH)	預金種目 (普通・総合・貯蓄・当座)	口座番号 (A/C NO.)	代理店使用欄				
	ゆうちょ銀行* JAPAN POST BANK	① 店番	② 通帳記号	③ 通帳番号	④ 口座番号 (A/C NO.)	請求書受付日 年 月 日			
口座名義 (A/C NAME)	フリガナ	センター受付印							

*ゆうちょ銀行への振込を指定される場合は、口座種類をご確認のうえ、以下の通りご記入ください。

・送金機能付総合口座「旧ば・る・る」…①(振込用の店番・預金種目・口座番号)、または②(通帳記号・通帳番号)のいずれかをご記入ください。

・上記以外の口座…①(振込用の店番・預金種目・口座番号)をご記入ください。②への振込はご利用いただけませんので、ご注意ください。

事故の状況・ご損害の内容をご記入いただく書式

8 事故の状況 DETAILS OF OCCURRENCE	
事故日時・受傷日・症状が現れた日 DATE AND TIME OF OCCURRENCE	年 月 日 Y M D <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M. : 頃(現地時間) 国名・場所(都市) COUNTRY AND PLACE (CITY)
損害・ケガ・病気の状況 NATURE OR CONDITION OF SICKNESS OR INJURY / CIRCUMSTANCE OF ACCIDENT	
警察の届出 (盗難事故の場合にご記入のうえ、POLICE REPORT をご提出ください。)	第三者の証明(CERTIFICATE OF THE THIRD PERSON) (盗難事故で警察の届出がない場合は、第三者の証明をお願いします。)
届出警察署 NAME OF POLICE	住所 ADDRESS
届出日 DATE 年 月 日 Y M D	氏名 NAME
受理番号 REPORT NO.	電話番号 TEL NO.
	被保険者との関係 RELATION TO THE INSURED
	(印) (SIGNATURE)

以下は、ご請求される保険金の種類に応じて、該当する記入項目をご記入ください。

9 傷害・疾病保険金 INJURY OR SICKNESS											
初診日 FIRST DAY OF TREATMENT	年 月 日 Y M D ご病気によるご請求の場合には、今回のご病気で初めて病院に行かれた日をご記入ください。										
ご病気のご請求の場合にご記入ください。	以前に同じ症状で受けたことがありますか？ Have you had any prior treatment(s) for the same condition? <input type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO (「はい」の方) それはいつですか？ If yes, when? 年 月 日 Y M D 以前に同様のご病気で治療を受けた病院はどちらですか？ Name of the hospital previously treated 病院名										
ご請求額 CLAIMED AMOUNT 実際に支払った通貨でご記入ください。 治療費・交通費等の領収書の本紙をご提出ください。	<table border="1"> <tr> <th>費 目</th> <th>治療費・入院費</th> <th>処方薬代</th> <th>その他(交通費等)</th> <th>合計(TOTAL AMOUNT)</th> </tr> <tr> <td>金 額 (通貨名)</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>	費 目	治療費・入院費	処方薬代	その他(交通費等)	合計(TOTAL AMOUNT)	金 額 (通貨名)	()	()	()	()
費 目	治療費・入院費	処方薬代	その他(交通費等)	合計(TOTAL AMOUNT)							
金 額 (通貨名)	()	()	()	()							
	現地で「キャッシュレス・メディカルサービス」をご利用されましたか？ <input type="checkbox"/> はい YES (病院名) <input type="checkbox"/> いいえ NO										
◆当社から医療機関へ確認等をする場合に必要となりますので、「同意書」⑬にもご記入・ご押印のうえ、ご提出ください。 ◆保険金のご請求額が10万円を超える場合には、「診断書」⑭のご提出をお願いいたします(医療機関所定の診断書をご提出いただいても差し支えありません。)											

10 携行品(または生活用動産)損害保険金 BAGGAGE CLAIM (HOUSEHOLD GOODS)					
損害品目(型式・品番等詳細に) DAMAGED/STOLEN ITEM	数量 Q'NTY	購入店(購入場所) PLACE OF PURCHASE	購入時期 DATE OF PURCHASE	購入価格(通貨名) PRICE	領収書・保証書の有無 RECEIPT
			年 月 頃	()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ATTACHED NIL
			年 月 頃	()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ATTACHED NIL
			年 月 頃	()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ATTACHED NIL
			年 月 頃	()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ATTACHED NIL
			年 月 頃	()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ATTACHED NIL
◆損害品目のご記入にあたり、紙面が不足する場合には、別紙に同じ要領でご記入のうえ、ご提出ください。 ◆「領収書・保証書」欄に「あり」をご選択された場合には、お手元に保管されている領収書・保証書をご提出ください。					

11 賠償責任保険金 LIABILITY	
賠償の区分 <input type="checkbox"/> 財物損害 PROPERTY DAMAGE <input type="checkbox"/> 人身損害 BODILY INJURY	財物損害・人身損害の程度 DAMAGE OR INJURY OF OTHER PARTY
相手方氏名・住所 NAME AND ADDRESS OF OTHER PARTY	
住所 ADDRESS	損害賠償額 CLAIMED AMOUNT
氏名 NAME	電話番号 TEL NO.
◆示談書のご提出が困難な場合には、「賠償金の支払いを証する書類」をご用意ください。また、「示談書」に代わる書式が必要となりますので、当社担当センターまでご連絡ください。	

12 各種費用保険金 EXPENSES				
該当する区分の□にレでチェックし、ご記入ください。航空会社の証明がある場合にはご提出ください。				
<input type="checkbox"/> 航空機遅延費用等 FLIGHT DELAY	<input type="checkbox"/> 出発遅延 DEPARTURE DELAY 出発予定便 月 日 時 分 発() 便 代替便 月 日 時 分 発() 便 <input type="checkbox"/> 乗継遅延 ARRIVAL DELAY FOR CONNECTION 到着便・空港名 月 日() 便 空港 実際の到着時刻 月 日 時 分 乗継予定便 月 日 時 分 () 便 代替便 月 日 時 分 () 便			
<input type="checkbox"/> 航空機寄託手荷物遅延等費用 BAGGAGE DELIVERY DELAY	目的地空港名 空港 到着便名 便 実際の到着時刻 月 日 時 分 実際の手荷物引渡日時 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 引渡なし			
上記以外の費用 <input type="checkbox"/> 旅行変更費用 <input type="checkbox"/> 緊急一時帰国費用 <input type="checkbox"/> 旅行中の事故による緊急費用 <input type="checkbox"/> ペット預入延長費用 <input type="checkbox"/> その他()				
費用の明細 領収書の本紙を添付してください。支払金額は実際に支払った通貨でご記入ください。				
支出した項目 ITEMS OF EXPENDITURES	費用支払の日時 SERVICE DATE OF TIME	費用支払の場所 SERVICE PLACE	支払金額(通貨名) EXPENSE PAID	合計(通貨名) TOTAL AMOUNT
	年 月 日		()	
	年 月 日		()	()
	年 月 日		()	

おケガ・ご病気による保険金のご請求用の書式

13 同意書 AGREEMENT OF AUTHORIZATION 治療費用保険金をご請求の場合にご記入願います。	
受傷日または今回のご病気ですべて初めて病院に行かれた日 Date of injury or first treatment(sickness)	年 月 日 Y M D
被保険者 (患者) Insured(Patient)	住所 (Address) 生年月日 (Date of birth) 年 月 日 Y M D
<p>三井住友海上火災保険株式会社 宛 貴社の社員またはその業務委託先が、上記患者に関する保険金支払の目的の範囲内で、医療機関から以下医療情報を直接取得・利用※することに同意します。 なお、本状は上記患者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。</p> <p>医療機関 御中 上記患者の貴院での受療に関して、三井住友海上火災保険株式会社の社員またはその業務委託先による以下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。</p> <p>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</p> <p>署名・押印欄 (Signature) 住所 (Address) ----- 氏名 (Name) (印) (SIGNATURE) ----- 患者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 法定相続人 <input type="checkbox"/> その他 () (Relation to the insured) Self Guardian Heir Other ()</p> <p>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。 CAVEAT: Authorization must be given personally by the Insured Patient, provided that it may nevertheless be given on behalf of the Insured Patient by his or her guardian, heir, agent, or any other person legally so authorized.</p> <p>※保健医療等の特別な非公開情報 (センシティブ情報) の利用の目的は、保険業法施行規則により、業務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されています。 Such sensitive information of individuals as medical or hygienic information shall NOT be obtained, used or disseminated to any third parties EXCEPT for such occasion as we obtain the insured's consent to permit us to do so for the purpose of proper insurance services and to the necessary extent, as provided in Rule 53-10 of the Japanese Insurance Codes.</p> <p>同意書のご署名・ご押印のお願い 保険金をご請求いただいた際に、当社にて治療内容等につき医療機関へ確認し、または、画像診断のフィルムその他検査資料の貸出を受けることがあります。当社がこれらの診療情報を医療機関から直接取得する場合、患者ご自身 (未成年者の場合は親権者) から同意が得られている旨を医療機関に提示する必要があります。つきましては、上記内容をご確認いただき、全ての項目をご記入のうえ、ご署名・ご押印くださいますようお願い申し上げます。 なお、医療機関が本状の本紙を必要とする場合は、本紙は医療機関へ提出し、当社は本状の写を保管します。</p>	
<p>To:Mitsui Sumitomo Insurance Co.,Ltd. I, the undersigned, hereby irrevocably authorize Mitsui Sumitomo Insurance Co., Ltd. (hereinafter "MSI") to obtain any and all factual information related to an insurance claim(s) filed or to be filed against MSI, including but not limited to medical, physical, clinical, mental or psychological condition (hereinafter "Medical Information") of the Insured Patient from any relevant organization or individuals, including but not limited to any hospital(s), clinic(s), physician(s), medical doctor(s), therapist(s) and any other organization(s) or person(s) who will or have attended, examined, inspected or provided medical services of any kind (hereinafter "Medical Service Providers"). This authorization shall be irrevocable, valid and in effect until the final settlement of insurance claims.</p> <p>To:Medical Service Providers I, the undersigned, hereby irrevocably authorize any Medical Service Providers to furnish MSI with such Medical Information as hereinabove defined, including but not limited to: 1. Medical record and/or report describing the details of medical services and/or medicines rendered 2. Medical opinion as regards the cause(s) and symptom(s) of the injury or sickness of the Insured Patient, chronological history, nature and period of the medical treatment rendered, preexisting medical, physical, mental or clinical condition and present or possible disability, if any, of the Insured Patient; and 3. Any other form of medical records, including but not limited to X-Ray, MRI or any other information recorded in optical, electronic or magnetic medium.</p>	

以下は、治療費用保険金をご請求される場合で、ご請求額が 10 万円を超える場合に、医師に記入を依頼してください。

14 診断書 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT		
患者名 NAME OF PATIENT	患者生年月日 PATIENT'S DATE OF BIRTH	治療の期間とその方法 DATE AND TYPE OF MEDICAL TREATMENT <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診 通院または往診回数 回 OUTPATIENT HOME VISIT HOW MANY? TIMES FROM 年 月 日 TO 年 月 日 Y M D Y M D
疾病の兆候が現れた日時またはケガをした日時 DATE AND TIME OF ACCIDENT OR FIRST APPEARANCE OF SYMPTOM(S) 年 月 日 午前 : A.M. (Y) (M) (D) 午後 : P.M.		入院した場合の入院期間 TERM OF HOSPITALIZATION FROM 年 月 日 TO 年 月 日 Y M D Y M D
診断名 DIAGNOSIS		後遺障害の見込 POSSIBILITY OF IRRECOVERABLE FUNCTIONAL IMPEDIMENT AND/OR DISMEMBERMENT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
事故に起因するものですか？ IS IT CAUSED BY ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		診断日 DATE OF FINAL ASSESSMENT 1. 治癒 HEALED 年 月 日 2. 継続中 TREATMENT CONTINUED Y M D 3. 中止 DISCONTINUED
疾病または傷害の状態及び経過 NATURE AND CONDITION OF SICKNESS OR INJURY		病院名・医師名 NAME OF HOSPITAL/DOCTOR 住所 ADDRESS 電話番号 TEL NO. ファクシミリ番号 FAX NO.
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか？ HAS PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR SYMPTOM(S)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		担当医ご署名・ご押印 SIGNATURE OF ATTENDING PHYSICIAN (印) (SIGNATURE)
YESの場合、以前の症状に関して患者は治療を受けていましたか？それはいつのことですか？ IF YES, DESCRIBE WHETHER AND WHEN PATIENT RECEIVED TREATMENT FOR PRIOR SYMPTOM(S)		作成年月日 DATE OF STATEMENT 年 月 日 Year(Y) Month(M) Day(D)
現在の状態に影響する他の疾患 DESCRIBE ANY OTHER DISEASE OR INFIRMITY AFFECTING PRESENT CONDITION		

(記入項目①～⑦の記入例)

海外旅行保険 保険金請求書
OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

(記入例は5ページ)

裏面の「個人情報の取扱いに関する同意」と「他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意」をお読みいただき、ご同意いただいたうえで、保険金をご請求ください。

お ね が い

1. 太枠内をご記入ください。
2. 必ず請求者ご本人が自署押印あるいは署名願います。
3. 保険金のご請求は、原則として被保険者(治療を受けられた方等の保険の対象者)ご本人が行ってください。ご本人が未成年者の場合は親権者となります。
4. 訂正された箇所には必ず請求印をご押印ください。

三井住友海上火災保険株式会社 宛
TO: MITSUI SUMITOMO INSURANCE COMPANY, LIMITED

下記事故について関係書類を添付のうえ保険金を請求します。
本保険金請求に関して、裏面の「個人情報の取扱いに関する同意」および「他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意」との同意をします。
保険金は下記指定の口座へ振り込んでください。口座への振込をもって保険金を受領したものと認めます。

【キャッシュレス・メディカルサービス】
医療機関にてキャッシュレス・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当該医療機関に委任します。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、可及的速やかに病院、医師、または貴社に支払うことを誓約します。

CASHLESS MEDICAL SERVICE
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 Mitsui Sumitomo Insurance CO., LTD. (hereinafter "MSI")'s cashless medical services. I hereby further agree to reimburse, as soon as practicable, either the Medical Service Providers or MSI at the direction of MSI, for the amount already paid by MSI in case that MSI is found not to be liable to pay such amount under the policy covering the Insured Patient.

① **請求日・保険金請求者**

請求日 DATE: 2014 年 4 月 1 日
住所 ADDRESS: 〒101-0011 東京都千代田区神田駿河台3-9
フリガナ: ミットモ カスオ
氏名 NAME: 三友一男
TEL: 03(3297)XXXX
関係: 本人 受任者 親権者 その他

② **被保険者(保険の対象となる方) INSURED**

フリガナ: ミットモ ハナコ
氏名 NAME: 三友花子
生年月日・性別 DATE OF BIRTH・SEX: 1975 年 1 月 1 日 男・F
職業 OCCUPATION: 主婦

③ **委任状 POWER OF ATTORNEY** 保険金のご請求を第三者に委任する場合は、下記の委任状欄に被保険者の自署押印あるいは署名をお願いします。

私(三友一男)は上記の被保険者を代理人と定め本事故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。
I, the undersigned, authorize the claimant to claim and receive the insurance benefit on my behalf in connection with the accident described herein.

記入日 DATE: 2014 年 4 月 1 日
被保険者住所 ADDRESS OF INSURED: 〒101-0011 東京都千代田区神田駿河台3-9
被保険者氏名 NAME OF INSURED: 三友花子

④ **保険契約 POLICY**

証券番号(契約証番号) POLICY NO.: E123456789
契約者名 POLICY HOLDER: 三友一男

⑤ **事故日 DATE OF OCCURRENCE**

ご病気によるご請求の場合は、「初診日」をご記入ください。
2014 年 3 月 9 日

⑥ **他の保険契約等 OTHER INSURANCE**

他の保険契約等の有無 なし あり ⇒ 「あり」の場合は下記にご記入ください。

他にご契約されている保険

保険会社名	保険の種類	証券番号	保険金請求
〇〇保険会社	海外旅行保険	24681357	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
カード会社名	カード番号		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
海外旅行保険が付帯されたクレジットカード	VISA <input checked="" type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> JUAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> その他	4890-XXXX-XXXX-XXXX	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	VISA <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> JUAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

⑦ **保険金振込指定欄 APPOINTMENT OF BANK ACCOUNT**

振込先 三井住友 (銀行) 信用金庫 神田 支店 (BRANCH)
口座番号 (A/C NO.): 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ: ミットモ カスオ

代理店使用欄
請求書受付日: 年 月 日
センター受付印

ご記入日をお書きください。

必ず請求者ご本人(※1)が自署押印あるいは署名ください。

平日中のご連絡先をご記入ください。

保険金請求を他の方に委任する場合は、被保険者の自署押印あるいは署名が必要となります。

お持ちのクレジットカードに海外旅行保険が付帯されているかおわかりにならない場合は、当社で確認いたしますので、ご記入をお願いします。

保険金請求者の指定口座へお支払いいたします。(※2)
保険金振込指定欄は、通帳またはキャッシュカードをご確認のうえ、正確にご記入ください。ご記入内容に不備や誤りがあるとご入金が遅れることがあります。

姓と名の間は1マスあけてください。濁点(・)と半濁点(゜)は一文字として次のマスにご記入ください。

ゆうちょ銀行への振込を指定される場合は、口座種類を確認のうえ、以下のとおりご記入ください。

- ・送金機能付総合口座「旧ば・る・る」(※) …①(振込用の店番・預金種目・口座番号)、または、②(通帳記号・通帳番号)のいずれかにご記入ください。
- ・上記以外の口座 …①(振込用の店番・預金種目・口座番号)をご記入ください。②への振込はご利用いただけませんのでご注意ください。

(※)送金機能付総合口座「旧ば・る・る」の確認方法

- ・通帳見開き(1ページ目)の「ご利用欄」の「振込口座開設」という項目に○印またはチェック(レ点)がある。
- または
- ・通帳見開き(1ページ目)の「ご利用欄」または「備考欄」に「通常貯金ご利用に上限額 ××××× 円」の表示がある。

(※1) 保険金請求者について

保険金請求者は、原則として被保険者(治療を受けられた方等の保険の対象者)本人となります。おケガまたはご病気をされた方が未成年の場合、親権者の方が保険金請求者となります。また、被保険者に保険金をご請求できない事情がある場合は、保険約款に定める「代理請求人制度」(※)に基づき、被保険者の代理人が保険金をご請求することができます。

(※) 保険始期が平成22年1月1日以降のご契約が対象となります。詳しくは、弊社または代理店にお問い合わせください。

(※2) 保険金振込口座について

保険金振込口座は、保険金請求者ご本人の口座、または、保険金請求者にご指定いただいた口座(例、ご家族の方の口座など)にお支払いいたします。

保険金お支払い時の外貨換算方法について

お客さまが外貨にて費用を負担された場合、原則として、保険金請求書を当社で受付した日の前日の三菱東京UFJ銀行のTTSレートにて日本円に換算して保険金をお支払いします。お客さまにて外貨交換されたときのレート適用をご希望される場合には、当該レートを証する書類(外貨交換時の金融機関の計算書、クレジットカードの利用明細書等)をご提出ください。

〔記入項目 8～12 の記入例〕 ※下記は複数の事故に対する保険金請求をまとめて記入しています。
 実際にご請求される際には、ご請求される保険金の種類に応じた記入項目にご記入ください。

事故の状況はできるだけ詳しくご記入ください。

警察での届出内容をご記入のうえ、盗難届出証明書をご提出ください。警察にお届けいただいたにもかかわらず、盗難届出証明書が発行されなかった場合でも、お届けになった警察・届出日・受理番号をご記入ください。

ご病気になられた方については、質問に対してご回答願います。

傷害・疾病治療費用のご請求額の費目、合計額それぞれご記入ください。領収書の本紙をご提出ください。

品目が多くて、紙面不足の場合は、別紙に同じ要領でご記入のうえご提出ください。なお、購入価格は定価ではなく、実際に購入された価格をご記入ください。

賠償事故の被害者・被害状況・損害賠償額をご記入ください。

航空機遅延・寄託手荷物遅延費用の場合、空港名・便名等をご記入ください。

支出された費用の内訳・金額をご記入ください。支出された費用の領収書の本紙をあわせてご提出ください。

(記入例は6ページ)

8 事故の状況・ご損害の内容をご記入いただく書式

8 事故の状況 DETAILS OF OCCURRENCE

事故日時・受傷日・症状が現れた日
 DATE AND TIME OF OCCURRENCE 2014年3月9日 5:30 (現地時間)
 A.M. P.M. M D

国名・場所(都市)
 COUNTRY AND PLACE (CITY) アメリカ ラスベガス空港

傷害・ケガ・病気の状態
 NATURE OR CONDITION OF SICKNESS OR INJURY / CIRCUMSTANCE OF ACCIDENT
 空港の階段で足がすべり転倒、転倒したときに足とひねってしまい、そのまま空港のフロアに倒れて治療を受ける。医師から捻挫と診断を受けた。転倒した際に手に持っていたデジタルカメラを落とし破損していった。

警察の届出
 (盗難事故の場合にご記入のうえ、POLICE REPORTをご提出ください。)

第三者の証明(CERTIFICATE OF THE THIRD PERSON)
 (盗難事故で警察の届出がない場合は、第三者の証明をお願いします。)

届出警察官 NAME OF POLICE 住所 ADDRESS 東京都中央区八重洲1-3-7
 届出日 DATE 年 月 日 氏名 NAME 佐井 次郎
 受理番号 REPORT NO. 電話番号 TEL NO. 03-1111-3213
 被保険者との関係 RELATION TO THE INSURED 友人 (SIGNATURE)

以下は、ご請求される保険金の種類に応じて、該当する記入項目をご記入ください。

9 傷害・疾病保険金 INJURY OR SICKNESS

初診日
 FIRST DAY OF TREATMENT 2014年3月9日
 Y M D

ご病気のご請求の場合にご記入ください。
 Have you had any prior treatment(s) for the same condition? はい YES いいえ NO
 (「はい」の方) それいつですか? 年 月 日
 If yes, when? Y M D
 以前に同種のご病気でご治療を受けた病院はどちらですか? 病院名

ご請求額 CLAIMED AMOUNT
 実際に支払った過渡でご記入ください。
 治療費・交通費等の領収書の本紙をご提出ください。

費目	治療費・入院費	処方薬代	その他(交通費等)	合計(TOTAL AMOUNT)
金額(通貨名)	120.00 (US.\$)	300.00 (US.\$)	()	150.00 (US.\$)

現場で「キャッシュレス・メディカルサービス」をご利用されましたか? はい YES (病院名) いいえ NO

◆弊社から医療機関へ連絡等をする場合に必要となりますので、「同意書」にもご記入・ご押印のうえ、ご提出ください。
 ◆保険金の請求金額が10万円を超える場合には、「診断書」のご提出をお願いします(医師機関所定の診断書をご提出いただいても差し支えありません。)

10 旅行品(または生活用動産)損害保険金 BAGGAGE CLAIM (HOUSEHOLD GOODS)

損害品目(品名・品番詳細) DAMAGED/STOLEN ITEM	数量 QNTY	購入店(購入場所) PLACE OF PURCHASE	購入時期 DATE OF PURCHASE	購入価格(通貨名) PRICE	領収書・保証書の有無 RECEIPT
デジタルカメラ △△社製 B10	1	駿河台電気店	2013年1月頃	35,000 (円)	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>
			年 月 頃	()	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>
			年 月 頃	()	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>
			年 月 頃	()	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>
			年 月 頃	()	あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>

◆損害品目のご記入にあたり、範囲が不足する場合には、別紙に同じ要領でご記入のうえ、ご提出ください。
 ◆「領収書・保証書」欄に「あり」をご選択された場合には、お手元に保管されている領収書・保証書をご提出ください。

11 賠償責任保険金 LIABILITY

賠償の区分 財物損害 PROPERTY DAMAGE 人身損害 BODILY INJURY

相手方氏名・住所 NAME AND ADDRESS OF OTHER PARTY
 住所 ADDRESS ラスベガス
 氏名 NAME ホテル〇〇 電話番号 TEL NO.

財物損害・人身損害の程度 DAMAGE OR INJURY OF OTHER PARTY
 カーペット汚損

損害賠償額 CLAIMED AMOUNT
 300.00 US.\$

◆賠償事故のご提出が困難な場合には、「賠償金の支払い」を証する書類をご用ください。また、「所願書」に代わる書式が必要となりますので、当社担当センターまでご連絡ください。

12 各種費用保険金 EXPENSES

該当する区分の「レ」でチェックし、ご記入ください。航空会社の証明がある場合にはご提出ください。

航空機遅延費用等
 FLIGHT DELAY DEPARTURE DELAY 出発予定 3月1日10時50分(DL998 便)
 代替便 3月2日10時50分(DL998 便)

乗継遅延
 ARRIVAL DELAY FOR CONNECTION 到着便・空港名 月 日 時 分 () 空港
 乗継予定便 月 日 時 分 () 便
 代替便 月 日 時 分 () 便

航空機寄託手荷物遅延等費用
 BAGGAGE DELIVERY DELAY 目的地空港名 ラスベガス 空港
 到着便名 DL998 便
 実際の到着時刻 3月2日15時20分
 実際の手荷物引渡日時 3月2日17時00分 引渡なし

上記以外の費用 旅行変更費用 緊急一時帰国費用 旅行中の事故による緊急費用 ペット入院延長費用 その他()

費用の内訳 領収書の本紙を添付してください。支払金額は実際に支払った過渡でご記入ください。

支出した項目 ITEMS OF EXPENDITURES	費用支払の日時 SERVICE DATE OF TIME	費用支払の場所 SERVICE PLACE	支払金額(通貨名) EXPENSE PAID	合計(通貨名) TOTAL AMOUNT
ホテル宿泊費	2014年3月1日	ホテルラスベガス	300.00 (US.\$)	300.00 (US.\$)
	年 月 日		()	()
	年 月 日		()	()

やむを得ず、警察や航空会社等の証明書が取得できなかった場合は、「第三者の証明」欄に家族以外の同行者に記入していただくください。

キャッシュレス・メディカルサービスをご利用の有無と、ご利用された医療機関をご記入ください。

領収書・保証書の有無をご記入ください。お手元に領収書・保証書を保管されている場合は、ご提出ください。

〔記入項目 13 の記入例〕

被保険者の住所・氏名・生年月日をご記入ください。

13 同意書 AGREEMENT OF AUTHORIZATION

治療費用保険金をご請求の場合にご記入願います。

受傷日または今回のご病気でご入院/初診の日
 Date of injury or first treatment(sickness) 2014年3月9日
 Y M D

被保険者(患者)
 Insured(Patient) 住所(Address) 東京都千代田区神田駿河台3-9
 三友 花子
 生年月日(Date of birth) 1975年1月1日
 Y M D

三井住友海上火災保険株式会社 宛
 貴社の社員またはその業務委託先が、上記患者に関する保険金支払の目的の範囲内で、医療機関から以下医療情報を直接取得・利用することと同意します。
 なお、本社は上記患者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。

医療機関 御中
 上記患者の貴院での治療に関して、三井住友海上火災保険株式会社の社員またはその業務委託先による以下医療情報に関する開示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。
 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

To:Mitsui Sumitomo Insurance Co.,Ltd.
 I, the undersigned, hereby irrevocably authorize Mitsui Sumitomo Insurance Co., Ltd. (hereinafter "MSI") to obtain any and all factual information related to an insurance claim(s) filed or to be filed against MSI, including but not limited to medical, physical, clinical, mental or psychological condition (hereinafter "Medical Information") of the Insured Patient from any relevant organization or individuals, including but not limited to (any hospital(s), clinic(s), physician(s), medical doctor(s), therapist(s) and any other organization(s) or person(s) who will or have attended, examined, inspected or provided medical services of any kind (hereinafter "Medical Service Providers"). This authorization shall be irrevocable, valid and in effect until the final settlement of insurance claims.

To:Medical Service Providers
 I, the undersigned, hereby irrevocably authorize any Medical Service Providers to furnish MSI with such Medical Information as hereinafter defined, including but not limited to:
 1. Medical record and/or report describing the details of medical services and/or medicines rendered
 2. Medical opinion as regards the cause(s) and symptom(s) of the injury or sickness of the Insured Patient, chronological history, nature and period of the medical treatment rendered, preexisting medical, physical, mental or clinical condition and present or possible disability, if any, of the Insured Patient; and
 3. Any other form of medical records, including but not limited to X-Ray, MRI or any other information recorded in optical, electronic or magnetic medium.

2014年4月1日
 Y M D

署名・押印
 (Signature) 住所(Address) 東京都千代田区神田駿河台3-9
 氏名(Name) 三友 花子
 患者との関係 本人 親権者 法定相続人 その他()
 Self Guardian Other ()

原則として患者ご本人のご署名をお願いします。患者が未成年の場合は、親権者の方が署名ください。
 CAVEAT: Authorization must be given personally by the Insured Patient, provided that it may nevertheless be given on behalf of the Insured Patient by his or her guardian, heir, agent, or any other person legally so authorized.

受傷日(ご病気によるご請求の場合は「初診日」)をご記入ください。

ご記入日をお書きください。

原則として、被保険者ご本人が自署押印あるいは署名ください。被保険者が未成年の場合は、親権者をご記入ください。