

海外旅行保険金請求書(リスク細分型特定手続用)

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM FOR SPECIFIC PROCEDURE

ツェアィイ海外火災保険株式会社 御中 TOJII Accident & Fire Insurance Co., Ltd.

本書の記載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。保険金請求にあたり、下記3項目について保険金請求書裏の誓言をもって同意いたします。なお、本書の写しを提出する本書と同じ效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, after appending my signature thereto. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

1. 医療機関の提供および事故調査に関する同意 AUTHORIZATION FOR PROVISION OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION ON THE CASE
 本人(被保険者)またはその家族、医師、および関係者、または本件事故に関係する諸機関および関係者が、貴社またはその被保険者に、被保険者に関するすべての医療、傷害または事故の記録を提供することを承諾します。

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, or any government authority or other person who is related to the accident, to furnish JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd. or its authorized representative with any and all information or documents with respect to any sickness, injury or accident that relates to this case.

2. 同一の傷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の存在(共済契約)など名称を問わず、同一の傷害または費用に対して保険金を支払う契約を有し、クレジットカードに付帯された海外旅行保険を含みます。本書面では同意としますが、かかる保険契約で定められた保険金額を超えて保険金額を支払った場合には、その超過した額について、貴社または他の保険契約の遺棄(無効)会社へ貴社へ貴社に返還します。
 ◎ 他の保険契約の存在がある場合、貴社がその保険契約の遺棄(無効)会社へ、貴社に対して、貴社の負担部分を超える額を支払いたしません。

3. 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と判断において、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に必要な場合には、国内・海外の警察等(官、調査機関)等に提供することになります。また、他の保険契約の存在がある場合、その保険契約の遺棄(無効)会社へ、貴社に対して、貴社の負担部分を超える額を支払うために必要な情報(本人氏名、保険契約の内容、傷害発生事実に関する情報、支払保険金額に関する情報)を提供すること、もしくは、その遺棄(無効)会社へ、貴社から提供を受け、利用すること、その遺棄(無効)会社へ提供すること、もしくは、貴社から提供を受け、利用することに同意します。
 ◎ 詳しくは、特約(たびび)ホームページ(http://taoigo.jp)の「個人情報の取扱い」をご参照ください。

共通 ※保険金請求書は紙媒体(保険の対象となる方)ご本人です。紙媒体が不足の場合、印刷済請求書は返却となります。

知照欄・証券番号	TA0017108	記入日	年 月 日
フリガナ	タビノ ホケン	被保険者の属性	
氏名		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 関係者 <input type="checkbox"/> 他()	
住所	〒104-6016 東京都中央区晴海オフィスタワーX16階		
ご希望の連絡手段	TEL ※日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。		
	① 自宅・携帯(勤務先)	012() 345() 4567	
	② 自宅・携帯(勤務先)		
	FAX	職業・勤務先	
	e-mail	生年月日	性別
		1985年 1月 1日	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
フリガナ	氏名	生年月日	性別
		年 月 日	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
同一の傷害または費用を補償する他の保険契約の存在はございますか? <small>(「あり」「なし」以外の場合は、お名前と欄にご記入ください)</small>		海外旅行保険が付帯されたクレジットカードをお持ちですか? (上記2・を参照) <small>(「あり」「なし」以外の場合は、お名前と欄にご記入ください)</small>	
保険会社名	<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 三井住友 <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> JUFJ <input type="checkbox"/> WOODS <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アマックス <input type="checkbox"/> セゾ <input type="checkbox"/> アフラック <input type="checkbox"/> アフラック <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> クレディ <input type="checkbox"/> セゾ <input type="checkbox"/> UIC <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> NEW <input type="checkbox"/> JTB旅行カード <input type="checkbox"/> JTB (他) <input type="checkbox"/> 他()		
証券番号			
事故または疾病が発生した日時	2019年 6月 3日 10時頃		
事故または疾病が発生した場所	病名: 脳血管障害	場所:	
事故の状況、病状の内情などについてご記入ください			
エレベーターで転んで腕を骨折した			

請求書送付先 〒104-6016 東京都中央区晴海 オフィスタワーX16階 ツェアィイ海外火災保険株式会社	① 下記口座へ振込希望	② 銀行・信用金庫その他()	③ 請求書送付先	④ 請求書送付先
	金融機関	支店	口座番号	
	ゆうちょ銀行	支店	口座番号	
	フリガナ	支店	口座番号	
口座名義	支店	口座番号		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 関係者 <input type="checkbox"/> 同行者 <input type="checkbox"/> 旅行会社 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿				
<input type="checkbox"/> ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿				
<input type="checkbox"/> ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿				
<input type="checkbox"/> ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿				

II 治療費用

初診日 年 月 日 傷病または疾病名および症状 入院 〇あり 〇なし	以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし “あり”の場合、いつですか? 年 月～年 月 “あり”の場合、治療されていたか? 治療された時期はいつですか? <input type="checkbox"/> 治療していた (年 月) <input type="checkbox"/> 治療していません																																		
治療に要した費用など <input type="checkbox"/> 負担あり <input type="checkbox"/> 負担なし	入院または通院のための交通費 <input type="checkbox"/> 負担あり <input type="checkbox"/> 負担なし																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>治療費・手術費等 (薬代、レントゲン検査検査費、 検査費、通院費、入院費、 など)</td> <td>¥・\$ ()</td> </tr> <tr> <td>医師の診断書費 (弊社費用)</td> <td>¥・\$ ()</td> </tr> <tr> <td>治療のために必要な通院費</td> <td>¥・\$ ()</td> </tr> <tr> <td>入院前/必要になった医師診察料通院費 入院に必要以上の自費負担</td> <td>¥・\$ ()</td> </tr> <tr> <td>他 ()</td> <td>¥・\$ ()</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>¥・\$ ()</td> </tr> </tbody> </table>	項目	金額	治療費・手術費等 (薬代、レントゲン検査検査費、 検査費、通院費、入院費、 など)	¥・\$ ()	医師の診断書費 (弊社費用)	¥・\$ ()	治療のために必要な通院費	¥・\$ ()	入院前/必要になった医師診察料通院費 入院に必要以上の自費負担	¥・\$ ()	他 ()	¥・\$ ()	合計	¥・\$ ()	<table border="1"> <thead> <tr> <th>交通機関</th> <th>利用回数</th> <th>区間・経路・回数</th> <th>金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¥・\$ ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¥・\$ ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>¥・\$ ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>合計</td> <td>¥・\$ ()</td> </tr> </tbody> </table> <p> <input type="checkbox"/>区内交通機関の場合は、区間と回数を入力してください。 <input type="checkbox"/>タクシーの場合は、乗回数を入力してください。 <input type="checkbox"/>自家用車の場合は、区間・距離と回数を入力してください (金額の記入は不要です)。 </p>	交通機関	利用回数	区間・経路・回数	金額				¥・\$ ()				¥・\$ ()				¥・\$ ()			合計	¥・\$ ()
項目	金額																																		
治療費・手術費等 (薬代、レントゲン検査検査費、 検査費、通院費、入院費、 など)	¥・\$ ()																																		
医師の診断書費 (弊社費用)	¥・\$ ()																																		
治療のために必要な通院費	¥・\$ ()																																		
入院前/必要になった医師診察料通院費 入院に必要以上の自費負担	¥・\$ ()																																		
他 ()	¥・\$ ()																																		
合計	¥・\$ ()																																		
交通機関	利用回数	区間・経路・回数	金額																																
			¥・\$ ()																																
			¥・\$ ()																																
			¥・\$ ()																																
		合計	¥・\$ ()																																

III 携行品損害/生活用財産損害 ◆記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙にご記入ください。

盗難・火災等の場合、届出警察署 (官公署) :	届出番号 :																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>損害項目 (品名・品番・時刻等)</th> <th>数量</th> <th>購入金額</th> <th>購入した場所・店</th> <th>購入年月日</th> <th>償収済</th> <th>損害の状態 (賠償の場合に償収済が記入)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	損害項目 (品名・品番・時刻等)	数量	購入金額	購入した場所・店	購入年月日	償収済	損害の状態 (賠償の場合に償収済が記入)						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
損害項目 (品名・品番・時刻等)	数量	購入金額	購入した場所・店	購入年月日	償収済	損害の状態 (賠償の場合に償収済が記入)																														
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																															
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																															
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																															
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																															

IV 個人賠償責任

所有者氏名 住所 TEL 物件の種類、損害の程度 請求金額 ¥・\$ ()	賠償者氏名 住所 TEL 病院・医師氏名 傷害名 住所 TEL
--	--

V 航空機遅延/航空機寄託手荷物遅延 航空会社等の証明書および費用を負担したことの分かる書類をご提出ください。

DATE OF OCCURRENCE: YEAR MONTH DAY 事故日 年 月 日	NAME OF AIR CARRIER 航空会社名
◆該当する事故種別の〇にチェックし、その下の事項をご記入ください。 PLEASE CHECK ONE BOX AND FILL OUT BOXES BELOW.	
<input type="checkbox"/> DEPARTURE DELAY <input type="checkbox"/> 出発遅延	<input type="checkbox"/> ARRIVAL DELAY FOR CONNECTION <input type="checkbox"/> 乗り継ぎ遅延
<input type="checkbox"/> CANCELLATION <input type="checkbox"/> 欠航 (運休)	<input type="checkbox"/> OVERBOOKING <input type="checkbox"/> 予約超過
DEPARTURE PORT 出発空港	CONNECTION PORT 乗り継ぎ空港
FLIGHT SCHEDULE TO DESTINY 出発予定日	ARRIVAL FLIGHT TO CONNECTION PORT 乗り継ぎ地への到着便
SCHEDULED DEPARTURE TIME 出発予定日時	ACTUAL ARRIVAL DATE & TIME 乗り継ぎ地への到着日時
MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分
ACTUAL DEPARTURE DATE & TIME 実際の出発日時	SCHEDULED DEPARTURE DATE & TIME 乗り継ぎ出発予定日時
MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分
ACTUAL CONNECTION FLIGHT 代替便	SCHEDULED DEPARTURE DATE & TIME 乗り継ぎ出発予定日時
MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分
ACTUAL DEPARTURE DATE & TIME 代替便の出発日時	SCHEDULED DEPARTURE DATE & TIME 乗り継ぎ出発予定日時
MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> BAGGAGE DELIVERY DELAY <input type="checkbox"/> 機内手荷物遅延	<input type="checkbox"/> EVENTUAL DELIVERY <input type="checkbox"/> 手荷物引渡
DESTINATION PORT 到着空港	ARRIVAL FLIGHT 到着便
ARRIVAL DATE & TIME 到着日時	ARRIVAL DATE & TIME 到着日時
MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> NOT DELIVERED <input type="checkbox"/> 引渡なし	EVENTUAL DELIVERY DATE & TIME 手荷物引渡日時
MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分

目 各種費用 ご請求される費用の□にチェックし、ご記入ください。

- 救援者費用
 航空機遅延費用
 航空機寄託手荷物遅延費用
 弁護士費用
 テロ等対応保険金
 旅行キャンセル費用
 旅行中断費用
 ペット預入延長保険金
 緊急一時帰国費用

支出した費用（お支払対象となる項目については1ページの「主な支払項目」をご参照ください。）

支出した項目	人数・宿泊数等	支出日	内容(ご利用の区間、ホテル名等)	金額
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		

◆旅行キャンセル費用/旅行中断費用のご請求の場合、以下もご記入ください。

旅行代金	予定されていた旅行日程 年 月 日 ~ 年 月 日	旅行を取りやめた日 年 月 日	取消料、満期料等
------	------------------------------	--------------------	----------

◆緊急一時帰国費用のご請求の場合、以下もご記入ください。

一時帰国の理由(被害者またはご親等以外の親族について発生した場合) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 急病 <input type="checkbox"/> 直前する航空機または船舶が行方不明 <input type="checkbox"/> 遺失	理由発生日 月 日	帰国日 月 日	再出国日 月 日
---	--------------	------------	-------------

目 診断書 Medical Certificate 医師に記入を依頼してください。

患者氏名 Patient's name	患者生年月日 Patient's Date of Birth
症状が現れた日 Date of illness (first symptom) or injury	妊娠による疾病ですか? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 妊婦何週目でしょうか? If yes, how many weeks pregnant is the patient? 週数 週日
初診日 Date of first consultation	来院前の投薬はありますか? Describe any other prescribed medication prior to visit
他の疾病の影響はございますか? Describe any other disease affecting present condition	いつ頃でしょうか? If yes, give approx date 以前の症状で実際に治療を受けましたか? If yes, did patient receive any treatment for prior symptoms by any doctor?
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 symptoms? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	治療の期間 Period of your treatment <input type="checkbox"/> Out patient 外来 Date <input type="checkbox"/> Home visit 自宅 Date <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From To
傷病名および経過 State diagnosis or nature of illness or injury	
他の機関で治療を受けたならば、その住所、病院名 Name & address of facility where services were rendered for this illness or injury	転院日 Date of transfer
治療日 Date of recovery	ホテルでの静養が必要でしたか? Did you instruct the patient to stay in a hotel room for recuperation? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From To 必要であればその理由 If yes, please specify reason
職業看護師の行迹が必要でしたか? Was professional nursing required? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From To	
電話 Tel	日付 Date
住所 Address	署名 Signature
	医師 Attending physician

目 第三者の証明 親族以外の第三者に記入を依頼してください。公的機関や添乗員等の証明書がある場合、記入は不要です。

事故日時 Date & time	事故場所 Place
事故状況 Describe of the accident	
上記を証明します Verify the above is true and correct	
住所 Address	電話 Tel
氏名 Name	
	署名 Signature

備考事項 - 旅行中の事故で、第三者の証明書を取得できない場合には、下記にその理由をご記入ください。

第三者証明書は下記理由により取得できませんが、有念した事故の内容に、相違ありません。

理由:

署名

海外旅行保険金請求書(リスク細分型特定手続用)

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM FOR SPECIFIC PROCEDURE

ジェイアイ損害火災保険株式会社 御中 TOJIF Accident & Fire Insurance Co., Ltd.

本書の記載内容が事実と相違ないことを保証し、保険金を請求します。保険金請求にあたり、下記項目について保険金請求者兼被害者の署名をもって同意いたします。なお、本書の写真欄より本書と同じ顔写真があるものも必要です。

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, after appending my signature thereto. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

1. 医療機関の提供および事故調査に関する同意 All INFORMATION FOR PROVISION OF MEDICAL SERVICES AND INFORMATION ON THE CASE 医療機関がご提供されたすべての医療記録、診断書、処方箋、検査結果、またそのほかの書類、またはその複製を、またはまたはその複製を、被保険者に関するすべての医療、治療またはその他の記録を提出することを許可します。

I hereby authorize any hospital, physician or other person who has attended or will attend me, or any government authority or other person who is related to the accident to furnish JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd. with all authorized representative with any and all information or documents with respect to my sickness, injury or accident that relate to the above case.

2. 同一の傷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の他(別添付)の保険契約、任意の保険契約を含む、同一の傷害または費用に対して保険金または費用を請求する他の保険契約の旨はご記載ください。本書面ではお断りします。)から、保険契約で定められた保険金額の額を超えて保険金額の支払を受けた場合には、その超過した額について、貴社または他の保険契約の他の保険会社と、共同でへ返戻します。② 他(別添付)の旨がある場合は、貴社がその保険契約の他の保険会社と、共同でに対して、貴社の負担部分を超える額を請求いたします。

3. 個人情報(の取扱い)本件事故に關して、保険金支払および保険事故の調査などに必要と認められる場合、個人情報を取扱、利用すること、また法律等による場合や調査のために必要と認められる場合、国内・海外の業務委託先、調査先等へ提供することに同意します。また、他の保険契約がある場合は、その保険契約の他の保険会社と、共同でに対して、貴社の負担部分を超える額を請求するために必要な情報(支払責任等)の提供、調査等業務に關する情報、支払保険金額に關する情報)を提供すること、もしくは、その他の保険会社と、共同で提供を受け利用すること、その他の保険会社と、共同で貴社へ提供すること、もしくは、貴社から提供を受けること)に同意します。

※ 詳しくは、<http://taisho.jp> (個人情報の取扱い)をご参照ください。

共通 ※保険金請求書は必ず印鑑(保険の対象となる方)でご記入です。印鑑欄が空欄の場合、印鑑を貼る必要はありません。

契約書・証券番号	TA00070901	記入日	2016年10月23日
フリガナ	ホケン タロウ	被保険者の印鑑	
氏名	保塚 太郎	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 他()	
住所	〒104-6016 東京都中央区晴海1-8-10 晴海アイランド トリトンスクエア オフィスタワーX16階		
この商品の連絡手段	① 電話 ※日中連絡の取れる電話番号をご記入ください。 ① <input type="checkbox"/> 自宅携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 () ② <input type="checkbox"/> 自宅携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ()	職業・勤務先	
フリガナ	保塚 太郎	生年月日	性別
氏名	保塚 太郎	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
同一の傷害または費用を補償する他の保険契約の旨はご記載くださいか?	海外旅行保険が付帯されたクレジットカードをお持ちですか? (上記2. を参照)		
<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし (ほかの場合、詳細を下記にご記入ください)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ほかの場合、詳細を下記にご記入ください)		
保険会社名	<input checked="" type="checkbox"/> JUCB <input type="checkbox"/> 住邦住友 <input type="checkbox"/> JOC <input type="checkbox"/> JUF <input type="checkbox"/> NICOB <input type="checkbox"/> CIB <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アメリカン <input type="checkbox"/> セゾン <input type="checkbox"/> セゾン <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> VIEW <input type="checkbox"/> JTB旅行サービス <input type="checkbox"/> JTB (他)		
証券番号			
事故または疾病が発生した日時	2016年10月20日 19時頃		
事故または疾病が発生した場所	名目: アメリカ		
事故の状況、疾病の内容などについてご記入ください。	詳細をご記入ください。		

① 下記口座へ振込希望											
金融機関	① ジェイアイ 銀行・信用金庫 ② その他()	店番	1 0 0	預金種目	口座番号						
振込口座	市ヶ谷 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/>	1	0	普通	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	ホケン タロウ	通帳記号	1	0	通帳番号						
口座名義	保塚 太郎	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 同行者 <input type="checkbox"/> 旅行会社 <input type="checkbox"/> その他()									
<input type="checkbox"/> 上記以外の住所へのお手送りを送付してください <input type="checkbox"/> ジェイアイ損害火災保険株式会社が提供する補償業者へ直接お支払いください <input type="checkbox"/> 現金書留を行った郵便・郵便へ直接お支払いください Please pay to the hospital / doctor directly. <input type="checkbox"/> その他へ直接お支払いください											

※初診日・症状（診断名）・入院有無・治療歴・ご負担された費用および
交通費をご記入ください。

1 治療費用

初診日 2016年 10月 21日	以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか？ "あり"の場合、いつですか？ 年 月 日 "あり"の場合、治療されていりましたか？治療された期間はいつですか？ □治療していた (年 月) □治療していません				
傷病または疾病名および症状					
入院 あり □なし					
治療に要した費用など	負担あり □負担なし				
項目	金額	交通機関	利用日	区間・経路・回数	金額
治療費・手術費等 (薬代、レントゲン検査料、検査料、入院料、入院費、入院料、入院料 など)	2,000- 15.00	タクシー	10/21	ホテルへ病院・1往復	25.00
医師の診断書費 (弊社費用)		地下鉄	10/23	赤十字前へ病院・1往復	320-
治療のために必要と認められた薬料		合 計			320- 25.00
入院前治療となった医師診察料、手術費、入院に必要と認められた薬料		◆公共交通機関の場合は、区間と回数をご記入してください。 ◆タクシーの場合は、乗降回数をご記入してください。 ◆自家用車の場合は、区間・回数と回数を記入してください。(金額の記入は不要です)。			
他 ()					
合 計	2,000- 15.00				

2 携行品損害/生活用財産損害 ◆記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙にご記入ください。

盗難・火災等の場合、品名・品番 (賞状等) :	品出番号 :					
品名 (型名・品番・品名)	数量	購入金額	購入した場所・店	購入年月日	備付書 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	損害の状況 (記録の場合に品名や数量を記入)
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

3 個人賠償責任

所有者氏名 ジェイアイホテル	賠償者氏名
住所 Waikiki 330 Royal Hawaiian Avenue, Honolulu, HI 96815 TEL. 808-921-1737	住所 TEL
財物の種類、損害の程度 電気スタンド (フード)	病院・医師氏名 備番号
請求金額 \$ 80.00	住所 TEL

4 航空機遅延/航空機寄託手荷物遅延 航空会社等の証明書および費用を負担したことの分かる書類をご提出ください。

DATE OF OCCURRENCE 年 月 日	NAME OF AIR CARRIER 航空会社名	
◆該当する事故種類の□にチェックし、その下の事項をご記入ください。 PLEASE CHECK ONE BOX AND FILL OUT SPACES BELOW		
<input type="checkbox"/> DEPARTURE DELAY 出発遅延 <input type="checkbox"/> CANCELLATION 欠航 (運休) <input type="checkbox"/> INTERFERING 予約妨害	<input type="checkbox"/> ARRIVAL DELAY FOR CONNECTION 乗継遅延	<input type="checkbox"/> BAGGAGE DELIVERY DELAY 託手荷物遅延
航空会社にこの用紙への記入を依頼していただくか、 もしくは航空会社の所定の様式の証明書を取得いただくことも 結構です。		
DEPARTURE POINT 出発空港 FLIGHT ALLOWED TO DEPART 出発予定便 SCHEDULED DEPARTURE 出発予定日時	MINERAL CONNECTION FLIGHT 乗継便 SCHEDULED DEPARTURE DATE & TIME 乗継便出発予定日時	EVENTUAL DELIVERY 手荷物引渡 <input type="checkbox"/> DELIVERED <input type="checkbox"/> NOT DELIVERED EVENTUAL DELIVERY DATE & TIME 引渡日時
ACTUAL DEPARTURE 出発日時 MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	ACTUAL DEPARTURE DATE & TIME MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分
ACTUAL CONNECTION FLIGHT 乗継便 SCHEDULED DEPARTURE DATE & TIME 乗継便出発予定日時	ACTUAL DEPARTURE DATE & TIME MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分	MONTH DAY HOUR MIN 月 日 時 分

Ⅱ 各種費用 ご請求される費用の□にチェックし、ご記入ください。

- 救護者費用
 航空機遅延費用
 航空機寄託手荷物遅延費用
 弁護士費用
 テロ等対応保険金
 旅行キャンセル費用
 旅行中断費用
 ペット預入延長保険金
 緊急一時帰国費用

支出した費用（お支払対象となる項目については1ページの「主な支払項目」をご参照ください。）

支出した項目	人数・宿泊数等	支出日	内容（ご利用の機関、ホテル名等）	金額
下着・下シャツ		10月19日	ジェイアイスーパー	\$20.00
カニソリ・化粧水		10月19日	ジェイアイドラッグストア	\$10.00
宿泊費		10月23日	ジェイアイホテル	\$80.00
交通費（タクシー代）		10月23日	ジェイアイ空港⇨ジェイアイホテル	往復\$45.00
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		

◆旅行キャンセル費用／旅行中断費用のご請求の場合、以下もご記入ください。

旅行代金	予定されていた旅行日程 年 月 日 ~ 年 月 日	旅行を取りやめた日 年 月 日	取消料、滞約料等
------	------------------------------	--------------------	----------

◆緊急一時帰国費用のご請求の場合、以下もご記入ください。

一時帰国の理由（長官署名または2週間以内の範囲について発生したもので） <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 焼傷 <input type="checkbox"/> 預乗する航空機または船舶が行方不明 <input type="checkbox"/> 遺棄	理由発生日 月 日	帰国日 月 日	再帰日 月 日
---	--------------	------------	------------

Ⅲ 診断書 Medical Certificate 医師に記入を依頼してください。

患者氏名 Patient's name	患者生年月日 Patient's Date of Birth
症状が現れた日 Date of illness (first symptom) or injury	妊娠による疾病ですか？ Is condition due to pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
初診日 Date of first consultation	妊娠何週目でしょうか？ If yes, how many weeks pregnant is the patient? <input type="checkbox"/> 週目
他の疾病の名称 Describe any of	医師に記入を依頼してください。 病院所定の診断書でも結構です。 ※通常、1か月未満の通院の場合は取得いただくなくても結構です。 (必要な際は担当者よりご連絡させていただきます。)
患者は以前に病 Has patient ever	
治療の期間 Period of your treatment	<input type="checkbox"/> Out patient 外来 Date: To: <input type="checkbox"/> Home visit 自宅 Date: To: <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From: To:
病名および経過 State diagnosis or nature of illness or injury	
他の機関で治療を受けたならば、その住所、病名 Name & address of facility where services were rendered for this illness or injury	転院日 Date of transfer
治癒日 Date of recovery	ホテルでの滞在が必要でしたか？ Did you instruct the patient to stay in a hotel room for recuperation? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From: To: 必要であればその理由 If yes, please specify reason
職業看護士の対応が必要でしたか？ Was professional nursing required? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From: To:	
電話 Tel	日付 Date
住所 Address	署名 Signature
	医師名 Attending physician

Ⅳ 第三者の証明 親族以外の第三者に記入を依頼してください。公的機関や宗議員等の証明書がある場合、記入は不要です。

発給日時 Date & time 事故場所 Place 公的証明や宗議員等の証明がない場合、ご家族以外に第三者に記入を依頼してください。 公的証明が旅行会社の場合、その会社の所定の様式のものでも結構です。	遺棄事故・旅行中の事故で、第三者の証明書がなくてもよい場合には、下記にその理由をご記入ください。 第三者証明書は下記理由により取得できない場合は、下記にその理由を明記し、申請する必要があります。 理由： 第三者の証明も取得できない場合は被保険者本人がご記入ください。
署名 Name	署名 Signature