

●裏面の記入方法については、裏面をご覧ください。

保険金を請求される方で本人がご署名ください。

- おケガまたはご病気をされた方が未成年者の場合は、親権者の方がご記名いただき、保険金請求者欄にご署名ください。
- 事情によりご本人が請求できない場合は、法定代理人または法定相続人の方が、ご記名いただき、保険金請求者欄にご署名ください。

忘れずに押印してください。

- 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。
- 海外で保険金請求される場合は、ご署名だけで結構です。

他の保険会社にご請求可能な保険契約がある場合は、内容をご記入ください。

- 右記のクレジットカードには、海外旅行保険がセットされていますので、該当のカードをお持ちであれば、ご記入をお願いいたします。

おケガまたは発病された時の状況について、詳しくご記入ください。

! ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

治療費用専用

AIU損害保険株式会社 御中

●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。
●被保険者と支払先口座名義人が異なる場合、被保険者は支払先口座名義人が保険金を受領することについて同意のうえ署名・捺印します。
●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。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過した額について、貴社または他の保険契約などの損害保険会社・共済などへ直ちに連絡します(貴社または他の保険契約などの保険会社・共済から送達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。

ご記入日 20XX年 9月 10日

1 被保険者(旅行者・保険の対象となる方)・保険金請求者

契約証・証券番号	123456XXXX-0001	企業包括契約の方はID No.もご記入ください	
フリガナ	エイアイ ユウ	日中のご連絡先 (自宅・勤務先・携帯)	(090-XXXX-△△△)
お名前	永愛 優	E-Mailアドレス	aaa@xxx.com
被保険者名	ご住所 日本国内 〒130-0000 東京都墨田区錦糸X-X-201	性別	男(女)
	勤務先 XX会社	生年月日	19XX年 1月 1日 XX才

保険金請求者が被保険者(旅行者・保険の対象となる方)と異なる場合のみご記入ください

フリガナ		日中のご連絡先 (自宅・勤務先・携帯)	
お名前		E-Mailアドレス	
ご住所 〒			

2 他の保険契約などについて

●該当するものがある場合は必ずご記入ください。

他に契約されている海外旅行保険	会社名	証券番号
お持ちの海外旅行保険付帯クレジットカードに〇印をつけてください	各種ゴールドカード (CB) (三井住友VISA) (UC) (DC) (MC) (シティ)	
	(NICOS(ニコス)) (オリコ) (ジャックス) (ライブ) (アプラス) (GF) (VIEW) (ダイナース) (アメックス)	
	(VISAエグゼクティブ) (VISAアミティエ) (JCBネクサス・グランデ) (JAL) (ANA) (UA) (NW)	
	その他海外旅行保険付帯カード (カード名:)	

3 おケガ・ご病気・事故の状況

発症日と初診日をご記入ください。

おケガ	年 月 日	ご病気	発症 20XX年 9月 2日	初診 20XX年 9月 2日	1日頃	国名	アメリカ
						都市名	ホノルル

おケガ・ご病気に至った経緯・症状など詳しくご記入ください
ホノルル到着直後から腹痛があり、ホテルで休んでいたが、翌日も回復せず、発熱もあったため病院へ行った。

1) 過去に今回のおケガご病気と同じ症状で治療を受けたことがありますか	いいえ	病院名		委任状	
	はい	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	私は、私を治療した病院・医師、その他()を代理人と定め、当該事故に係る保険金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。	署名日
その症状は治癒していましたか	いいえ	はい			年 月 日

4 保険金支払先

●貯蓄口座へのお振込みはできません。

東西	銀行	J A	錦糸町	支店	ゆうちょ銀行
信用金庫	信用組合				
店番号	口座番号	通帳記号	通帳番号		
(普通・総合) / 当座	1 0 : 0 1 2 3 4 5 6 7	1	0		
口座名義(カタカナ)	エイアイ ユウ				
左つめでご記入ください					

代理人受付日	保険会社受付日
年 月 日	年 月 日

304-181 1/2

この書類を作成された日付をご記入ください。

ご連絡先をご記入ください。

- ご自宅あるいは日中のご連絡先をお忘れなくご記入ください。
- E-Mailアドレスをお持ちでしたら、ご記入ください。

AIUから直接病院へ支払いを希望される場合は必ずご署名ください。また、保険金請求を代理人に委任される場合もご記入ください。

保険金の支払先をご指定ください。

- 通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。
- 口座番号は、右づめでご記入ください。
- ゆうちょ銀行の場合は、下図を参考にしてください。

(ゆうちょ銀行の例)

記号	番号
11960	1234561
おなまえ	
おとこ (郵便番号 130-0000)	
東京都墨田区錦糸	
×-×-201	

株式会社 ゆうちょ銀行

印紙税中の納付につきらる。収入印紙を貼付

通帳とお振付用紙は、別々に保管してください。

! ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

診断書欄は病院にご記入いただきご提出ください。

● 病院備え付けの診断書でも結構です。

AIU INSURANCE COMPANY, Ltd.

5 診断書 Medical Certificate ● 診断書は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	他の疾病の影響はございますか。 Describe any other disease affecting present condition	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
初診日 Date of first consultation	妊婦による疾病ですか。 Is condition due to pregnancy?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
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?	いつ頃でしょうか。 If yes, give approx. date	/ /
治療の期間 Period of your treatment	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?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
<input type="checkbox"/> 外来 Out patient	<input type="checkbox"/> 往診 Home visit	<input type="checkbox"/> 入院 Confinement
傷病名および経過 State diagnosis or nature of illness or injury	治療の期間 Date From / / To / /	
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.	転医日 Date of transfer	/ /
治癒日 Date of Recovery	後遺障害の有無(ケガの場合) Prognosis (in case of injury)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Good Poor
職業看護師の付添が必要でしたか。 Was professional nursing required?	自 From / / 至 To / /	
住所 Address	日付 date / /	電話 Tel (- -)
署名 Signature	担当医 Attending physician	

6 同意書

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.

■ 保険金支払いに必要な医療情報の提供に関わる同意
被保険者を診察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.

■ 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、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、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請求するために必要な情報(支払責任額など契約内容、損害額など)事出に関する情報、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 漢字 **永愛優** 記入日 20XX年 9月10日

Signature of Insured ローマ字

内容をご確認の上、ご署名ください。

● 海外で保険金請求される場合は、ご署名だけ(ご捺印不要)で結構です。

● ご署名の場合、パスポートと同じご署名でお願いいたします。