## 新·海外旅行保険/海外旅行総合保険/海外旅行傷害保険保険金請求書

損害保険ジャパン株式会社 行【TO:SOMPO JAPAN INSURANCE INC.】

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4項目について保険金請求者欄の署名をもって同意します。 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。

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

〈1〉個人情報の取り扱いに関する同意 AUTHORIZATION FOR MY PERSONAL INFORMATION 損保ジャパン(以下、「当社」と言います。)は、本保険金請求に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り 扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うこと(以下、「当社業務」と言います。)に利用します。また、下記①から⑤まで、当社業務上必要とす

扱う商品・合権サービスの条付・提供、アクケートの美施、等を行うこと(以下、「当在業務」と言います。引に利用します。また、下記しからしまで、当在業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。
①当社が、当社業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、保険金の請求・支払いに関する関係先(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)、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
②当社が、保険制度の健全な運営のために、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、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ります。

③当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。)があ

のよう。 の当れが、国内外のグループ会社や提携先会社に提供を行い、その会社が取り扱う商品・サービスの案内・提供およびその判断等に利用することがあります。なお、保健 一日が、国インシティブ情報(人種・信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、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します。当社の個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)、グループ会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)をご覧ください。

⑤契約の安定的な運用を図るために、被保険者の保険金請求情報等を契約者に対して提供することがあります。

Sompo Japan Insurance Inc. (hereinafter referred to as the "Company") uses personal information regarding this insurance claim in order to perform activities such as judgment on insurance underwriting or claim payouts, fulfillment of this insurance policy, provision of ancillary services, notification/provision of the Company's products/services such as nonlife insurance, and implementation of a questionnaire (hereafter referred to as "the Company's Activities"). In addition, the Company

acquires, uses, provides or registers such personal information to the extent the Company needs for its operations in the manners listed (i) to (v) below.

(i) The Company may provide such personal information to its business contractors (including agents), insurance brokers, and parties involved in the claim/payment of insurance benefits (such as repair shops, medical institutions, nonlife/mutual insurance companies, parties involved in the insured events, etc.), or receive such personal information from these parties for the Company's Activities. These parties include businesses outside of Japan.

personal information from these parties for the Company's Activities. These parties include businesses outside of Japan.

(ii) The Company may provide such personal information to or resister it with organizations such as The General Insurance Association of Japan, The Life Insurance Association of Japan, General Insurance Rating Organization of Japan, other nonlife insurance companies, etc., or receive such personal information from these organizations and companies to ensure sound operation of the insurance system.

(iii) The Company may provide such information to reinsurance companies, etc., in Japan or overseas (including provision of such information from a reinsurance company, etc., to another reinsurance company, etc.), in order to conclude reinsurance contracts or receive reinsurance benefits, etc.

(iv) The Company may provide such personal information to its group companies or partner companies in Japan or overseas, and they may use it for notification or provision of their products/services and judgment of such notification or provision.

(v) The Company may provide information of the insured's insurance claim, etc., to the policyholder to ensure the stable management of the insurance contract.

(v) The Company may provide information of the insured s insurance claim, etc., to the policyholder to ensure the stable management of the insurance contract. Use of sensitive information such as on healthcare (including sensitive information such as race, creed, social status, medical case history, criminal history, or criminal victimhood status) is restricted to purposes such as securing appropriate management of our businesses and other purposes as deemed necessary in accordance with applicable laws, regulations, and other rules. For details of the Company's handling of personal information (including personal information of non-residents of Japan), group companies, partner companies, etc., visit the Company's official website (https://www.sompo-japan.co.jp/)

、 被保険者を診療または治療したすべての病院、医師および関係者、または本件事故に関する諸機関および関係者が、損保ジャパンまたはその指名する者に、被保険者に 関するすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承認します。なお、本書の写真複写も同じ効力があるものと認めます。

日本の 1 日本の 2 日本の a photocopy of this authorization shall also be considered as effective and valid as the original.

くる)キャッシュレスメディカルサービスに関する委任・同意 AUTHORIZATION FOR CASHLESS MEDICAL SERVICE 病院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を病院または医師に委任します。その治療費用が当該保険で支払対象外と判明した場合には、当該治療費用を遅滞なく病院・医師(または損保ジャパン)に支払うことを誓約します。

When "CASHLESS MEDICAL SERVICE" is provided for me by the hospital or medical provider, I authorize the hospital or medical provider to make an insurance claim for the medical expenses for my treatment. In case the medical expenses turn out not to be payable under insurance policy, I pledge myself to pay such medical expenses as not covered under the insurance policy to the hospital or medical provider (or to Sompo Japan) without delay.

expenses as not covered under the insurance policy to the hospital or medical provider (or to Sompo Japan) without delay.

〈4〉他の保険契約等の保険金請求に関する同意 AUTHORIZATION FOR INSURANCE CLAIMS FROM OTHER POLICIES 同一の損害または費用に対して、支払責任を負う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いません。以下同様とします)から、保険契約等で定められた保険金等の額を超えて支払を受けた場合には、その超えた額を損保ジャパン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力ます。(損保ジャパンまたは他の保険契約等の損害保険会社・共済等いる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、損保ジャパンかその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、損保ジャパンの負担すべき部分(他の保険契約等がないとする場合に各損害保険会社・共済等が支払うべき保険金等の額の合計額に対する損保ジャパンの支払うべき額の割合をて人補損害額に乗じて得た額)を超えて支払った額を求償するごとに同意します。
I agree that if I receive payments such as insurance payouts that exceed the amount of insurance money, etc., stated in the policy under which this claim is made or in any other policies, etc., (insurance contracts, mutual aid contracts or any other contracts under whatever name they are known and under which payouts, etc., are made to cover the same damage or cost; and the same applies in this contract) for the same damage or cost, with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded, [If Sompo Japan, other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded, [If Sompo Japan, other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded, procedures for such repayment, I shall follow the procedures.]

In the case of the existence of other insurance contracts, etc., I agree that Sompo Japan may claim any excess of the amount it is obliged to payout from the non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., are concluded.

## 裏面の記入例をご参照のうえ、状況・損害の程度を具体的にご記入ください。

						****					4						
¥	J	記入日	年	月	日		住所	₹	_	(フ	リガナ)						
١		(DATE)	(YEAR) (M	ONTH) (I	DAY)	保険	(ADDRESS)		都道府	息							
	_	^/				金譜	署名・捺印	(フリガナ)				+ 親	(フリガナ)				
ı		契約証・ 証券番号				保険金請求者 (CL	(NAME- SIGNATURE)				<b>(B)</b>	未成年の場合) 対権者(請求者が					<b>(£)</b>
							生年月日		年	月	日生		生年月日		_		
	1	呆険期間	年	月	日	AIMANT)	性別	□男(Male	e)	emale)		ימ י	工十万口		年	月	日生
١	,	SURANCE PERIOD)	年	~ 月	日	Ë	日中連絡の取 電話番号 (TEL		(	)				□ 自宅 (Home)	・□勤務 (Office)		携帯 lobile)
		,					メールアドレ	<b>/</b> ス									

2																								
		金融	フリ ガナ	 		 銀行	(信割	1	フリ ガナ	 	 	本	店	口座	(普 通)		店番				口座都	号		
	に関するの	機関				農協	)(信託 )(信組 )、労金 ちょ銀行						店)	種類	(当 座)									
	るちない。	口座 名義												ゆき	うちょ銀行	<del>-</del>	通帳記号							
	書先	(カタ カナ)												Japar	n Postal B	ank	通帳番号							
(	受取人ご住保険金ご請求 保険金ご請求 等はご記入は不	者と同じ	Ŧ	-	-										※金融機	機関と	ゆうちょ銀行のし	いずれた	いの欄に	こご言	己入くか	どさい	ı <sub>o</sub>	

		_					_	
14	代理店記入欄	受領日	20	年	月	日	受領者	
損害保険ジャパン株式会社の個人情報保護宣言等については	ま、下記の当社	公式。	ウェブサイト	をご確認	ください	١,	,	

(20011087) 401057 - 0200

※加工版の娃座、 丁刊物の娃座、 知惧に因すると萌ぶの物口、 表面もと記入へたとし

2	回の件で、同一の損害または費用を補償する他の保険契約等(共済契約を含みます。)をすべてご記入ください。
	□ 無 □ 有 「有」の場合は以下をご記入ください。
他の保险	保険契約·会社名
険 契 約	海外旅行傷害保険が付帯されているクレジットカード カード番号  □ 三井住友VISA □ UC □ JCB □ DC □ NICOS  □ JAL □ ANA □ その他 ( )
	保険金請求の有無 □ 無 □ 有
	以下をご記入ください。⑤、⑥、⑦は該当する欄をご記入ください。
	複数の事故に関する保険金請求を行う場合は、保険金請求書を追加でご請求ください。もしくは、本紙のコピーをとりご記入いただくか、 各々の事故発生日や事故内容が分かるようにご記入ください。
	日時 (DATE AND TIME) AM : 第三者による現認書
	年 月 日 PM : 私は、左記事故が事実に相違ないことを証明致します。
	HET (DI A OF)

場所(PLACE) 住所 (ADDRESS) 事故・疾病の状況 (CIRCUMSTANCES) の 状 況 氏名(NAME) (印) 入院の場合ご記入ください: 月 Н 退院日 月 入院日 ※治療費領収書、事故証明書、ポリスレポート、旅行会社の 届出警察(POLICE)/受理番号(No.) 証明等、別紙による証明を取得されている場合は、上記 への記入は不要です。

		以前に、今	回ご請求され	る症状で治	療を受けた	ことがありま	ますか。 あ <sup>2</sup>	る場合は	いつですか	1							
	(1)					ない		ある(	年		月頃)						
	治	今回の治療	で入院される	ましたか				=	キャッシュレ	ス治療!	ナービスは和	川用され	ました	:לי			
	原費			□はい	$\Box$ l $)$ l	え					□はし	١ [	しいい	え			
	治療費等の場合		DICAL CHARG	E) 薬代	(MEDICIN	IE)		·	PORTATION	, ,	他 (OTHER	RS)			ΓΟΤΑΙ	.)	
	場合	(US\$)	,		US\$		`	S\$ ) -□ )			US\$ )			100	JS\$ .—□		
		その他	,		その他)(	)	`	の他 (	)		その他)(	)		2	の他 (		)
			添付のうえ、														
			購入価格は必														
ご			S品名 ED ITEMS		コー・形式 L NO. ETC.	数量 QUANTITY		、地・店 URCHASE		入年月 PURCHA		価格(通 HASE PF			の有無 EIPT	保証書 GUAR	
自自										年	月	(	)	(有)	(無)	(有)	(無)
身										年	月	(	)	(有)	(無)	(有)	(無)
の	(2)									年	月	(	)	(有)	(無)	(有)	(無)
	携行									年	月	(	)	(有)	(無)	(有)	(無)
の損害・治療	携行品損害の場合									年	月	(	)	(有)	(無)	(有)	(無)
	害の	携行品キャ	ッシュレス・リケ	ペアサービ	ス※をご利用	_  されていま <sup>:</sup>	すか? □	はい	いいえ([い	いえ」の	」 D場合、これ	から利用	されま	すか?	□はし	<i>1</i> □ <i>l</i>	ハいえ
僚   の	場場		ヤッシュレス・リ														
状			お送りいただく アサービスセ:												9。)161	里か个山	見記る
況		携行品損害	に関するご注	 注意点													
等		●携行品の	明細紙面不足 損の場合、時	足の場合は	別紙に同じ	要領でご記入	のうえ、流	ふ付くださ	さい。 中期間1年	につま1	0% - 20	0/42時)	の海り	ロもごふー	ピハキオ		
			損の場合、時 行品であって							にノゼー	U% ~ ≥U	70性反)	り過り	HかCC	20129	0	
		●同種の補 さい。	償を行う他の	D保険契約	等がある場	合は、分担し	て保険金	をお支払	することと	なり、二	重にお支払	すること	はで	きません	ぃので予	めご了	'承く
		20%									費用明細	1 (谷川)	た沃ん	H 7/	ノださい	) (	通貨
	(3)	出発遅延	出発予定例	更·予定日B	寻 乗継う 	ア定便の出発	予定日時	代智	替便·出発日	時	宿泊					············	
	航旅										食事	·				(	
	航空機遅		月	日	便	月 日	便	月	日	便	交通					(	
	遅取 延緊										通信	·				(	
	延の場合緊急費用	乗継遅延	n±	. ,	\5%	n±.	/\7%		п±	/\9%	旅行サービス					(	
	合用		時	7.	発	時	分発		時	分発	合計					······	
		▗▓▗░▆▘▄ ▗▓▗▓▜ ▗▓▗▓	 ※の遅延、	千芦物(	ン:   R Z L   B	立/堂/二段5	オスズミ	± <del>√</del> b⁄n+		<u></u> 石土. ろ		_				(	

B															
Y		旅 (航事	航空機寄託手荷物遅延・	旅行事故緊	急費用等の	)場合									
	自身	る政機	目的地到着日時:	年	月	日	時	便	荷物が到	着した日時	: 年	月	日	時	
	のそ	その他費用工機寄託手	支出区	内容				支払	日			支払額(i	通貨)		
	の他費用損害	S他費用損害 緊急費用等の場合) 寄託手荷物遅延・						年	月	日			(		)
	損害	場延・						年	月	日			(		)

## ※以下は第三者に被害を与えた場合にご記入ください。

		***************************************		
		※賠償事故で、相手方と示談書を交わさない場合に示談書に代	えて提出いただく書類です。	
	-	1310 3 At 1 2 1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	害賠償請求を受け、 9を支払いましたが、当事者双方の了解により示談書を作成いたしませんでし	た つきまし
1 0		は、以上のとおり賠償行為が終了しておりますので示談	書にかえて本確認書並びに損害賠償金の支払いを証する書類を提示し、保険金	
0. 財催責任	音	します。 被保険者	住所	(印)
員任		(未成年の場合は親権者)	氏名	U

責任	代末院士(未成年の場合は						( <u>f</u>	<b>D</b> )
	*ЦТ	下は医療機関にて	ご記入いただ	くものです。	,			
ATTENDING	3 PHYSICIAN' S	SSTATE	MENT (	診断書	*治療費	間が10万円以下の	)場合、省略可	能です。
Patient' s Name (Last I	Name, First Name)		Patient' s	Date of Bi	thday(患者生	年月日)	SEX (性別)	
患者名(姓名)			Month (月 <u>)</u>				□M (男)	□F(女)
Date of illness (first sy	mptoms) or Injury(症状が現れ	た日)				妊娠による病気で	すか?)	
		(47-47)	□YES (はし	-	NO (いいえ)	/-A ble 6 - 1 - 1	153	
Date the Patient first o	consulted you for this condit	ion (初診日)	Diagnosis o	or condition	of illness or ii	njury (診断名または	<b>証状)</b>	
If Patient was injured, p	please give place of accident	t(傷害事故の場合	 c、受傷場所をご	記入ください	1)			
Month (月 <u>)</u> Day (日	e or similar prior illness, plea 引)Year(年) ease affecting present cond				注症有りの場合	、最初の発病日を	ご記入くださ	:U)
Date(s) of Services (治	· 							
Home Visit(s) (往診) Outpatient Care (外来) Inpatient (入院)	Month(月) Day			月) Day (日)	(まで)	How many? How many?		Times (回) Times (回)
Date of final assessme		Day(日)_						
	2.Treatment is continuing (継編						(死亡)	
	ired?(付添看護必要性の有無)		YES 要		,	U 小要 AMOUNT PAID		
Date of service (治療日)	Fully describe procedure supplies furnished(治療内			Char (治療費	PC /	受領済金額)		
						BALANCE DUE 未受領金額)		
,	TOTAL CH (合計		'					
Address(住所)								
Phone number(電話番号	<del>!</del> )							
Fax number (ファクシミリ	番号)							
Date of preparation (作	成日付) Month (月 <u>)</u>	Day (日)	Year (年)	Sie	gnature (署名また	は記名捺印) of attend	ding physiciar	 n (担当医)
				2.0			C , ,	

## 新・海外旅行保険/海外旅行総合保険/海外旅行傷害保険保険金請求書の記入例

この用紙は、「保険金請求書」「個人情報の取扱いに関する同意書」「キャッシュレス治療サービス利用に関する委任・同意書」「他の保険契約等の保険金請求に関する同意書」「事故状況説明書」「診断書」となっております。

「保険金請求書」「事故状況説明書」は記入例をご参照のうえ正確にご記入ください。「診断書」は治療を受けた場合、現地の病院で記入してもらってください。

| DEAH | 20XX年 8 月 1 日 | (pcf. AR) (pcf. MCN/TH) (pcf. AR) (pcf.

保険金のご請求は、被保険者(保険の対象となる方)が必ずご自分でご記入、ご捺印ください。未成年の場合は、親権者または後見人の方が、ご記入、ご捺印ください。

海外で保険金をご請求される場合、パスポートと同じサインをお願いします。

保険金振込指図欄のご記入に相違がありますと、照会等のためにお振り込みが遅れることがありますので、お間違えのないようご記入ください。

記入例をご参照のうえ、状況、程度を具体的にご記入ください。

他の同種の保険契約がある場合には必ずご記入ください。

同種の保険契約とは、海外旅行総合保険、 新・海外旅行保険、海外旅行傷害保険、クレ ジットカードに付帯する海外旅行傷害保険、 普通傷害保険、傷害総合保険、家族傷害保 険、交通事故傷害保険等をいいます。

携行品損害保険金、傷害治療費用保険金を ご請求の場合は、警察等、公的機関の証明書 などをご提出ください。

で事情によりお取付けのできない場合は同 行の添乗員もしくは第三者の証明が必要と なります。

記入欄が不足の場合は同じ要領で別紙にご 記入のうえ添付してください。

6			無	□ 有	「有」の場合は	お以下を	ご記入くださ	い。								
	他	保	険契約·会社	名						契約証	番号					
	の保															
	険	海		呆険が付帯され						カード	野号					
	契約		三井住友\ JAL	/ISA □ □ ANA	UC □ □ その他	JCB	□ DC		cos							
		保	険金請求の	有無	□ #	₩ □	有									
				1	以下をご記	己入くた	<b>さい。</b> ⑤	. 6. 7la	該当す	「る欄をこ	記入	ください。				
				関する保険金譜 E日や事故内容				追加でご請	求ください	1。もしくは、	本紙の	コピーをとり	ご記入い	ただくか、		
		B	時 (DATE A		年 7	月	<u>2</u> В	Al	и : vD 9 :		¥/.1+			よる現認書	- STEPH WA	.=7
		塩	所(PLACE)	20XX			<u> </u>	PI	W) 9 :	00	+			DE-60 ICC	. BILLIOTEX	J & 3
	*	"	,	アメリカ	1 ハワイ	H						(ADDRES: t京都千)				
	故	事	故・疾病の状	況(CIRCUM	STANCES)	)						K4Vap 1	1442	-		
	の状			屋で写真												
	況			子を壊した。 同時に、ケ												
						州兀	( /ame 25	X11/00			氏名	(NAME)				
		시		記入ください:									損保	花子		(印)
		F	入院日	年 LICE) / 受理	月 新品(No.)	B	退院日	年	月	日				*、ポリスレポー		
		/mi	出警察 (PU	LIUE) / 受埋i	新号 (NO.)							月等、別紙に。 D記入は不要		を取得されてい	る場合は	、上記
G																
E	<u> </u>		以前に、今	回ご請求される	る症状で治療							E).				
•	)-  -	(1)					ことがありま jない	ますか。あるは □あ	ఠ (	年	月頃		カました	-tn		
•	)- 	油		回ご請求される			ない		ఠ (	年		i) ビスは利用さ □はい	:れました			
•	-	治療費等の	今回の治療 治療費 (ME	で入院されま DICAL CHARGE	したか □はい ※代(M	<b>Z</b> UNU	ない	□あ-     交通費(Ti	a (	年ッシュレス治	療サート	ごスは利用さ □はい OTHERS)		nえ 合計 (TOTA	L)	
•	)-	油	今回の治療 治療費(ME US\$	で入院されま DICAL CHARGE US \$120.00	したか □はい ※代(M	✓ LNU	ない	□あ 交通費 (TI	ANSPOR	年ッシュレス治	療サート の他(C	ごスは利用さ □はい OTHERS)		A計(TOTA USS) (ユーロ)	US \$12	0.00
•		治療費等の	今回の治療 治療費(ME US\$ ユーロ その他	で入院されま DICAL CHARGE US \$120.00	したか □はい 薬代(M	☑ ☑UNU MEDICIN S\$	[ない nえ E)	□あ 交通費 (TI : US\$ : ユーロ : その#	anspor	年 ツシュレス治 (TATION)   i	療サート	ごスは利用さ □はい OTHERS)		がえ 合計 (TOTA US\$) コーロ	L) US \$12	00.00
•	<b>)</b> -	治療費等の	今回の治療 治療費 (ME じい エーロ ・その他 ※領収書を 購入年月・1	で入院されま DICAL CHARGE US \$120.00 () ( ) ( ) 添付のうえ、5 購入価格は必ず	したか □はい ② 葉代(M ② ご ※ (3) ※ (3) ※ (4) ※ (5) ※ (5) ※ (6) ※ (7) ※ (7)	✓いい MEDICIN S\$ つ の他: ( いした費	がい いえ (E) ) 用は、通貨等 又証は必ず消	□あ 交通費(Ti : US\$ : このが 単位もご記入 耐ください。	る( #ヤ RANSPOR ください。 購入価格	年 ツシュレス治 (TATION) 1 ) 。 Bは通貨単位	療サート この他(() ここ ここ ここ ここ	ごスは利用さ □はい OTHERS) い い (ください。	_\.\\ )	A計(TOTA USS) ユーロ その他)	US \$12 (	)
•		治療費等の	今回の治療 治療費 (ME 以 子の 子の 物 (ME ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	で入院されま DICAL CHARGE US \$120.00 ( )	したか □はい ご 薬代(M ごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごご	✓いい MEDICIN S\$: ○ の が ・ に い し た 費 さ い ・ 形 式	ない Nえ IE) ) 用は、通貨場	□あ:   交通費(Ti ( US\$ ( ユーロ・ ( その))	a ( キャ RANSPOR ください。 購入価格	年 ツシュレス治 (TATION) 1 )	療サート (US) (ユー) (をご記)	ごスは利用さ □はい OTHERS) 記 記 能)(	□いし ) (通貨)	A計(TOTA USS) (ユーロ)	US \$12 (	) Iの有
•	で 自	治療費等の	今回の治療 治療費 (ME いい シューロ ・その根 ※領収書を 購入年月・ 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	で入院されま DICAL CHARGE US \$120.00 ( ) 添付のうえ、5 購入価格は必言	したか □はい ご 薬代(M ごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごごご	☑UNU MEDICIN SS: □□ の性: ( いした費 さい。鋼I ・・形式 IO. ETC.	がない  Nえ  E)  用は、通貨等  双証は必ず  数量	文通費(Ti USS ユーに その性 単位もご記入 断付ください。 購入地 PLACE PUR	a ( キャ RANSPOR ください。 購入価格	年 ツシュレス治 (TATION) る ) Bは通貨単位 購入年 WHEN PURI	療サート CO他(CUS でご記) その記 F月 CHASED	□はい □はい DTHERS) ( ( に に に に に に に に に に に に に に に に に	□いし ) (通貨) E PRICE	合計(TOTA USS ユーロ 元の他) 第収書の有無 RECEIPT	US \$12 ( 保証書 GUAR	) Iの有 IANTE
		治療費等の場合	今回の治療 治療費 (ME いい シューロ ・その根 ※領収書を 購入年月・ 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	で入院されま DICAL CHARGE US \$120.00 ( ) ( ) ( ) ( ) 添付のうえ、5 購入価格は必言 BB名 ED ITEMS	したか □はい E) 薬代(N ・U ・ご ・で ・で ・で ・で ・で ・で ・・・・・・・・・・	☑UNU MEDICIN SS: □□ の性: ( いした費 さい。鋼I ・・形式 IO. ETC.	がい Nえ IE) 用は、通貨等 双証は必ずる 数量 QUANTITY	文通費(Ti USS ユーに その性 単位もご記入 断付ください。 購入地 PLACE PUR	る( PANSPOR i) i) ください。 購入価格 i・店 CHASED	年  TATION)  TATION)  の  TATION)  の  TATION)  TATION)  TATION)  TATION  TATIO	療サート (USS) (Eの他(C (Eの記) (をご記) 月 (HASED) 7月	□はい □はい DTHERS) ( ( に に に に に に に に に に に に に に に に に	□いし ) (通貨) E PRICE (円)	合計(TOTA USS 2—D 子の他) 第収書の有無 RECEIPT 有)無	US \$12 ( 保証書 GUAR	) Iの有 IANTE 無
	自身の損	治療費等の場合 (2)	今回の治療 治療費 (ME いい シューロ ・その根 ※領収書を 購入年月・ 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	で入院されま DICAL CHARGE US \$120.00 ( ) ( ) ( ) ( ) 添付のうえ、5 購入価格は必言 BB名 ED ITEMS	したか □はい E) 薬代(N ・U ・ご ・で ・で ・で ・で ・で ・で ・・・・・・・・・・	☑UNU MEDICIN SS: □□ の性: ( いした費 さい。鋼I ・・形式 IO. ETC.	がい Nえ IE) 用は、通貨等 双証は必ずる 数量 QUANTITY	文通費(Ti USS ユーに その性 単位もご記入 断付ください。 購入地 PLACE PUR	る( PANSPOR i) i) ください。 購入価格 i・店 CHASED	年  TATION)  ITATION)  Blは通貨単位  IIIATION  WHEN PUR  20XX 年  年	療サート (USS (ユー) (その配) (その配) (その配) (AASED 7月 月	□はい □はい DTHERS) ( ( に に に に に に に に に に に に に に に に に	□いし ) (通貨) EPRICE	合計(TOTA USS 2—D 子の他) 第収書の有無 RECEIPT (有) (無)	US \$12 ( 保証書 GUAR (有)	) IOANTI 無 無
-	自身の損害・	治療費等の場合 (2)	今回の治療 治療費 (ME いい シューロ ・その根 ※領収書を 購入年月・ 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	で入院されま DICAL CHARGE US \$120.00 ( ) ( ) ( ) ( ) 添付のうえ、5 購入価格は必言 BB名 ED ITEMS	したか □はい E) 薬代(N ・U ・ご ・で ・で ・で ・で ・で ・で ・・・・・・・・・・	☑UNU MEDICIN SS: □□ の性: ( いした費 さい。鋼I ・・形式 IO. ETC.	がい Nえ IE) 用は、通貨等 双証は必ずる 数量 QUANTITY	文通費(Ti USS ユーに その性 単位もご記入 断付ください。 購入地 PLACE PUR	る( PANSPOR i) i) ください。 購入価格 i・店 CHASED	年  TATION)  TATION)  の  TATION)  の  TATION)  TATION)  TATION)  TATION  TATIO	療サート (USS) (Eの他(C (Eの記) (をご記) 月 (HASED) 7月	□はい □はい DTHERS) ( ( に に に に に に に に に に に に に に に に に	□いし ) (通貨) E PRICE (円)	合計(TOTA USS 2—D 子の他) 第収書の有無 RECEIPT 有)無	US \$12 ( 保証書 GUAR (有) (有)	) Iの有 IANTE 無 無 無 無 無 無
•	自身の損害・治	治療費等の場合 (2) 携行品損害	今回の治療 治療費 (ME USS) : 100 (ME : 新収書を ・ 類入年月・ 類 DAMAG カ	で入院されま DICAL CHARGE US \$120.0( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	したか □はい ) 薬代(M ) ※ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	✓ ✓ いい MEDICIN Sis : ○の他: ( いした養細 ・形式 IO. ETC.	はい Nえ IE) ) 用は、通貨に 双証は必ず没 数量 QUANTITY 1	□あ 交通費(TT USS (USS (ACC) (AC)	る( キャ RANSPOR ください。 購入価格 I・店 CHASED	年  TATION)  BISは通鏡単位  MISP PUR  20XX 年  年  年  年  になく「「いいぶ	療サート CO他(CUSTING) をご記 用 CHASED 7月 月 月		□いし (通貨) E PRICE (円) ( ) ( )	のえ	US \$12 ( 保証書 GUAR (有) (有)	) ANTI 無 無 無
•	自身の損害・治療の	治療費等の場合 (2)	今回の治療 治療費 (ME USS) ・ 第170分割 ・ 第47年月 ・ 第5日本 ・ ※携行品キャ ・ ※携行品品キャ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	で入院されま DICAL CHARGE US \$120.00(  ((()))  (())	したか □はい ②	✓ VULU MEDICIN SS :	がない に ) 用は、通貨料 数量 QUANTITY 1	□あ 交通費(TT ・USS ・スープ ・スー ・スー ・スー ・スー ・スー ・スー ・スー ・スー	る( #PANSPOR : ( ください。 順入価格 : 店 CHASED	年  TATION)  RIA 通線単位  開入年  PF  中  中  中  中  中  中  中  中  中  中  中  中  中	療サート その他(C C E E E E E E E E E E E E E		□UNU (通貨) E PRICE (円) ( ) ( ) ( ) IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	(A) (TOTA (1985) (198	US \$12 ( ( 保証書 ( ( 有) (有) (有) (有) (有) (1) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ	) ANTI 無 無 無 無 無 無 無 に た の を お の に の に の に に の に の に に に に に に に に に に に に に
<b>(</b> E	自身の損害・治療の状況	治療費等の場合 (2) 携行品損害	今回の治療 (Missing Missing Missi	DICAL CHARGE US \$120.00 US \$120	したか □はい ②	✓ Unu MEDICIN MEDIC	がない    「ス   F	□あり (1938年) (1938404) (1938404) (1938404) (1938404) (1938404) (1938404) (19	る( RANSPOR が が が に に に に に に に に に に に に に	年  TATION)  Bは通貨単位  編入 4  WHEN PURI  20XX 年  年  年  たいえ(「いいらぬきます。(ただします。)  ないませんだした。	療サート その他(C C E E E E E E E E E E E E E		□UNU (通貨) E PRICE (円) ( ) ( ) ( ) IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	(A) (TOTA (1985) (198	US \$12 ( ( 保証書 ( ( 有) (有) (有) (有) (有) (1) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ	) fon fanti 無 に 無 に 無 に 無 に 無 に 無 に た の の の に に の に に に に に に に に に る に に る に る に る に 。 に 。 に 。 に 。 に 。 に 。 に る に る に 。 に 。 に 。 に 。 に 。 に 。 に る に 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。 。
•	自身の損害・治療の状	治療費等の場合 (2) 携行品損害	今回の治療 (Microsoft Amage of Microsoft Amage of Mic	DICAL CHARGES US \$120.00 US \$12	したか □はい ②	▼ VIVI MEDICIN MEDI	がはい	□あり (13歳 (13歳 (13歳 (13歳 (13歳 (13歳 (13歳 (13歳	ます。 「 は に は に は に は に は に は に は に は に は に に に に に に に に に に に に に	年  TATION)  A  SIA  WHEN PUN  第  F  F  F  F  F  F  F  F  F  F  F  F	療サート での他(USISTED) である での他(USISTED) である では、 できない できない できない アイカー アイカー アイカー アイカー アイカー アイカー アイカー・アイル アイル アイル アイル アイカー・アイル アイル アイル アイカー・アイル アイル アイル アイル アイル アイル アイル アイル アイル アイル	ごスは利用さ □はい DTHERS) さい ではい ではい ではい ではい のではい のではい ではい ではい ではい ではい ではい ではい ではい	□いし ) (通貨) E PRICE (円) ( ) ( ) ( ) ( ) ill用される 類いたうえい製品が、 さご参照く。	(元)	US \$12 ( 保証書 ( ( 有) (有) (有) (有) (有) (有) (本) (こと) (こと) (こと) (こと) (こと) (こと) (こと) (こと	) (ANTE (無) (無) (無) (無) (元) (ANTE (無) (無) (無) (元) (ANTE (無) (無) (元) (ANTE (無) (元) (ANTE (無) (元) (ANTE (元) (元) (ANTE (
	自身の損害・治療の状況	治療費等の場合 (2) 携行品損害	今回の治療 治療費(ME は い ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	TC入院されま  DICAL CHARGE  US \$120.00  (	したか □はい ② 製件(M) ② 製件(M) ② 製作(M) ② 製作(M) ② 製作(M) ② 製作(M) ② 製作(M) ※ (M)	▼Uいい MEDICIN MEDICI	がない    (本)   (**)		まない。 AANSPOR ( ください。 に は に は に は に に は に に に に に に に に に に	年  WHEN PURI  20XX 年  年  以スジーン  WHEN PURI  20XX 年  年  年  いスジーン  にいたがられた  にはいた  にはい	療サート (	ごスは利用さ □はい DTHERS) 前に 前に に に に に に に に に に に に に に	□しい ) (通貨) E PRICE ( 円) ( ) ( ) ( ) ( ) 川用される がいい ので がい ので	A 合計 (TOTA	US \$12 ( 保証書 (現) (有) (有) (方) (方) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ) (こ	) 有ANTE 無::無::無::無:: いいが 理な
	自身の損害・治療の状況	治療費等の場合 (2) 携行品損害	今回の治療 治療費(ME は い ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	POTENTIAL CHARGES US \$120.00 (こ)	したか  はい  はい  はい  はい  はい  はい  はい  はい  はい  は	<ul> <li>✓ いい (MEDICIN) (MEDI</li></ul>	がない (は、通貨場) (は、通貨場) (は、通貨場) (は、通貨場) (は、)ができます。	□あり	る( キャ イスANSPOR (ください、 勝いに限める は指定修理でする くごさいである。 にはないではないできる。 はないでをもなできる。 はなできる。 はなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをも	年  ボATION)   マーカー   マ	療療サート での他(USS) 100 を 月 日 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	ごスは利用さ □はい DTHERS) 語: このでは、 開入価格 PURCHASE 36,800 36,800 ま、これから乗 お取り寄せば カットガイドを ~ 20%程 お支払する。	(通報) (通報) PPRICE (円) (()) (()) (()) (()) (()) (()) (())	A 合計 (TOTA	US \$12 ( ( 保証書 GUARA ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	) の有TE (無):無):無):(無):(元):(元):(元):(元):(元):(元):(元):(元):(元):(元
•	自身の損害・治療の状況	治療費等の場合 (2) 携行品損害	今回の治療 (Missan-new parties) (Missan-new parties)	TC入院されま  DICAL CHARGE  US \$120.00  (	したか  はい  はい  はい  はい  はい  はい  はい  はい  はい  は	<ul> <li>✓ いい (MEDICIN) (MEDI</li></ul>	がない    (本)   (**)	□あり	る( キャ イスANSPOR (ください、 勝いに限める は指定修理でする くごさいである。 にはないではないできる。 はないでをもなできる。 はなできる。 はなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをも	年  WHEN PURI  20XX 年  年  以スジーン  WHEN PURI  20XX 年  年  年  いスジーン  にいたがられた  にはいた  にはい	療療サート での他(USS) 100 を 月 日 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日		(通報) (通報) PPRICE (円) (()) (()) (()) (()) (()) (()) (())	A 合計 (TOTA	US \$12 ( ( 保証書 GUARA ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	) 有ANTE (無:無:無:無:) (これ) (こn)
	自身の損害・治療の状況	治療費等の場合 (2) 携行品損害の場合 (3)	今回の治療 (Misspan (Mis	EDICAL CHARGE US \$120.00 US \$12	したか □はい ② 薬代(N) ② 薬代(N) ② 薬代(N) ② 薬代(N) ② 薬の(N) ② ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※	▼	がない    A		る( キャ ( ください。 原入価格 に のに報題が がさいたさい。 に のに限り は、定 のに限り は、定 のに関わる に で に で に で に で に の に に に に に に に に に に に に に	年	療サート (1885年) (1895年) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (18954004) (	ごスは利用さ □はい DTHERS) 語: このでは、 開入価格 PURCHASE 36,800 36,800 これから乗 お取り寄せば カットガイドを ~ 20%程 お支払する。	(通報) (通報) PPRICE (円) (()) (()) (()) (()) (()) (()) (())	A 合計 (TOTA	US \$12 ( ( 保証書 GUARA ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	) の有TE (無::無::無::無:) / ス理な
•	自身の損害・治療の状況	治療費等の場合 (2) 携行品損害の場合 (3)	今回の治療 (Missan-new parties) (Missan-new parties)	POTENTIAL CHARGES US \$120.00 (こ)	したか  はい  はい  はい  はい  はい  はい  はい  はい  はい  は	▼	がない (は、通貨場) (は、通貨場) (は、通貨場) (は、通貨場) (は、)ができます。	□あり	る( キャ イスANSPOR (ください、 勝いに限める は指定修理でする くごさいである。 にはないではないできる。 はないでをもなできる。 はなできる。 はなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをもなでをも	年  ボATION)   マーカー   マ	療療サート での他(USS) 100 を 月 日 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日		(通報) PPRICE (円) ((円) (()) (()) (()) (()) (()) (())	A 合計 (TOTA	US \$12 ( ( 保証書 GUARA ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	) の有TE (無::無::無::無:) / ス理な
•	自身の損害・治療の状況	治療費等の場合 (2) 携行品損害の場合	今回の治療 (Misspan (Mis	EDICAL CHARGE US \$120.00 US \$12	したか □はい ② 薬代(N) ② 薬代(N) ② 薬代(N) ② 薬代(N) ② 薬の(N) ② ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※	▼	がない    A		る( キャ ( ください。 原入価格 に のに報題が がさいたさい。 に のに限り は、定 のに限り は、定 のに関わる に で に で に で に で に の に に に に に に に に に に に に に	年  WHENPINE  「現場会社からない。」  「は、現場会社からない。」  「は、は、現場会社からない。」  「は、いいない。」  「は、いいない。」  「は、いいない。」  「は、いいない。」  「は、いいない。」  「は、いいない。」  「は、いいない。」  「は、いいないない。」  「は、いいないないないないないないないないないないないないないないないないないない	療 かけ		(通報) ) ((通報) ) PRICE (円) ( 円)	A 合計 (TOTA	US \$12 ( ( 保証書 GUARA ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) (	) の有TE (無::無::無::無:) / ス理な

賠償額を証する領収書等がある場合、被害者の方の氏名、賠償金の支払年月日、支払済みの賠償金額をご記入することにより、示談書にかえることができます。被保険者の方が署名・捺印してください。損害賠償額を証する領収書・振込証を添付してください。

6																
~		類		航空機寄託手荷物遅延	·旅行事故緊	急費用等の場合										
	自身	その事品	多機	目的地到着日時:	年	月 E	3 8	9 便		荷物が到着し	た日時:	年	月	日	膊	
	のその	他費	£ [	支出	内容			3	弘日				支払額 (通	貨)		]
	ご自身のその他費用損害	用損害が	荷物						年	月	日			(		)
	刀損害	語行事故緊急選用等の場合)	離						年	月	В			(		)
Ġ	<u> </u>				3	※以下は第三者	fに被害 <sup>2</sup>	を与えたは	場合に	ご記入くださ	さい。					
K	厂	П	※賠付	償事故で、相手方と示談	書を交わさなし	ハ場合に示談書に	代えて提	出いただく	割類で	<b>f</b> .						٦
	第三者へ	H		事故により、被害者	○×ホテル			青求を受け								
▶	者への	確認書	は、は	XX 年 7 月 2 以上のとおり賠償行為:	日に賠償金 が終了してま							)示談書を作成 いを証する書				
	の賠償責任	書	しま	<i>5</i> °		被保険者	住所	東京都線	宿区	西新宿1-26-1				4	ii)	
	荏				(未成	年の場合は親権者)	氏名	損保	太良	K				N.	257	

※保険金のご請求にあたり、当社にご提出いただいた書類(保険金請求書、診断書、領収書等)の原本については、ご返却いたしかねますので、あらかじめご了承ください。