

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

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.

保険金の支払先 に関する指図書	金融機関	フリガナ _____ (銀行・信託・債権・債権・債券・貸付・ゆうちょ銀行)	フリガナ _____ (本店・支店)	口座種類 ゆうちょ銀行 Japan Postal Bank	普通当貯 ☐ ☐ ☐ ☐	店番 	口座番号 		
	口座名義(カタカナ)				通帳記号				
					通帳番号				
受取人ご住所 (保険金ご請求者と同じ時はご記入は不要です)	〒 _____			※金融機関とゆうちょ銀行のいずれかの欄にご記入ください。					
代理店記入欄				受領日 20__年__月__日	受領者 				

(1)	治療費等の場合	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すか。ある場合はいつですか □ない □ある（ 年 月頃）										
		今回の治療で入院されましたか □はい □いいえ					キャッシュレス治療サービスは利用されましたか □はい □いいえ					
		治療費 (MEDICAL CHARGE)		薬代 (MEDICINE)		交通費 (TRANSPORTATION)		その他 (OTHERS)		合計 (TOTAL)		
		US\$ ユーロ その他： ()		US\$ ユーロ その他： ()		US\$ ユーロ その他： ()		US\$ ユーロ その他： ()		US\$ ユーロ その他： ()		
		※領収書を添付のうえ、外貨でお支払いした費用は、通貨単位もご記入ください。										
(2)	携行品損害の場合	購入年月・購入価格は必ずご記入ください。領収証は必ず添付ください。購入価格は通貨単位をご記入ください。										
		損害品名 DAMAGED ITEMS	メーカー・形式 MODEL NO. ETC.	数量 QUANTITY	購入地・店 PLACE PURCHASED	購入年月 WHEN PURCHASED	購入価格(通貨) PURCHASE PRICE	領収書の有無 RECEIPT	保証書の有無 GUARANTEE			
						年 月	()	有 無	有 無			
						年 月	()	有 無	有 無			
						年 月	()	有 無	有 無			
						年 月	()	有 無	有 無			
						年 月	()	有 無	有 無			
						年 月	()	有 無	有 無			
						年 月	()	有 無	有 無			
						年 月	()	有 無	有 無			
携行品キャッシュレス・リペアサービス※をご利用されていますか？ □はい □いいえ（「いいえ」の場合、これから利用されますか？ □はい □いいえ） ※携行品キャッシュレス・リペアサービスについては、リペアサービスセンター（指定修理会社）から必要書類をお取り寄せ頂いたうえで、損保ジャパン委託の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。また本サービスのご提供は、日本国内に限ります。（ただし、一部取扱いができない製品がございます。）修理が不可能な場合は、リペアサービスセンターからご連絡させていただきます。※本サービスのご請求方法詳細につきましてはポケットガイドをご参照ください。												
携行品損害に関するご注意点 ●携行品の明細紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入のうえ、添付ください。 ●盗難や全損の場合、時価額ベースで計算するため減価償却（物により、ご使用期間1年につき10%～20%程度）の適用がございました。 ●高額な携行品であっても、1個、1組または1対について10万円が限度額です。 ●同種の補償を行う他の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ので予めご了承ください。												
(3)	旅行事故緊急費用 航空機遅延の場合	出発遅延 □	出発予定便・予定日時	乗継予定便の出発予定日時	代替便・出発日時	費用明細（領収書を添付してください）（通貨）						
			月 日 便	月 日 便	月 日 便	宿泊費	()					
		乗継遅延 □	時 分 発	時 分 発	時 分 発	時 分 発	食事代	()				
							交通費	()				
							通信費	()				
							旅行サービス取消料	()				
					合計	()						

※航空機の遅延、手荷物の遅延、賠償に関するご請求の場合、裏面もご記入ください

6

④自身その他費用損害 (航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用等の場合) その他費用損害	航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用等の場合																
	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
	支出内容					支払日					支払額(通貨)						
						年 月 日					()						
						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。

7

第三者への賠償責任 確認書	※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。 前記事故により、被害者 殿から損害賠償請求を受け、 年 月 日に賠償金 円を支払いましたが、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。つきましては、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、保険金の請求をいたします。 被保険者 住所 (未成年の場合は親権者) 氏名
	

※以下は医療機関にてご記入いただくものです。

8

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)

※治療費用が10万円以下の場合、省略可能です。

Patient' s Name (Last Name, First Name)			Patient' s Date of Birthday (患者生年月日)			SEX (性別)	
患者名 (姓名)			Month (月) Day (日) Year (年)			☐ M (男) ☐ F (女)	
Date of illness (first symptoms) or Injury (症状が現れた日)			Is condition due to pregnancy ? (妊娠による病気ですか?) ☐ YES (はい) ☐ NO (いいえ)				
Date the Patient first consulted you for this condition (初診日)			Diagnosis or condition of illness or injury (診断名または症状)				
If Patient was 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)							
If Patient has had same or similar prior illness, please give first date of manifestation (既往症有りの場合、最初の発病日をご記入ください) Month (月) Day (日) Year (年)							
Describe any other disease affecting present condition (他の疾患の影響がありますか?)							
Date(s) of Services (治療または入院期間)							
Home Visit(s) (往診) From Month (月) Day (日) Year (年) (から) to Month (月) Day (日) Year (年) (まで) How many ? Times (回)							
Outpatient Care (外来通院) From Month (月) Day (日) Year (年) (から) to Month (月) Day (日) Year (年) (まで) How many ? Times (回)							
Inpatient (入院) From Month (月) Day (日) Year (年) (から) to Month (月) Day (日) Year (年) (まで)							
Date of final assessment (診断日) Month (月) Day (日) Year (年) ☐ 1.Healed (治癒) ☐ 2.Treatment is continuing (継続中) ☐ 3.Referred (転院・転医) ☐ 4.Discontinued (中止) ☐ 5.Death (死亡)							
Was private nurse required? (付添看護必要性の有無) ☐ YES 要 days (日間) ☐ NO 不要							
Date of service (治療日)		Fully describe procedures, medical services of supplies furnished (治療内容をご記入ください)			Charge (治療費用)		AMOUNT PAID (受領済金額)
							BALANCE DUE (未受領金額)
TOTAL CHARGE (合計)							
Address (住所)							
Phone number (電話番号)							
Fax number (ファクシミリ番号)							
Date of preparation (作成日付) Month (月) Day (日) Year (年)				Signature (署名または記名捺印) of attending physician (担当医)			

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。

1	記入日 (DATE)	20XX年 8 月 1 日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	住所 (ADDRESS)	〒 160 - 8338 (フリガナ) 東京都港区新宿区 西新宿 1-26-1			
	契約種 証券番号	JJ0001234567	署名・捺印 (NAME-SIGNATURE)	フリガナ) ソノモ タロウ	捺印 指紋を捺印する (指)		
2	保険期間 (INSURANCE PERIOD)	20XX年 7 月 1 日 20XX年 7 月 8 日	生年月日 (DATE OF BIRTH)	19XX 年 2 月 23 日	性 別	男 (Male) / 女 (female)	生年月日 年 月 日 生
			白紙・白紙の宛先 電話番号 (TEL)	00 (0000) 0000			☒ 自宅 (Home) ☐ 勤務先 (Office) ☐ 携帯 (Mobile)
			メールアドレス				

2	に記入する 保険料の支払	金融機関 ヒマワリ	住所 〒 160 - 8338 東京都港区新宿区 西新宿 1-26-1	店舗 種類	店番	口座番号
	口座名 (タカカ)	ソノモ タロウ	新宿 (本店) (支店)	ゆうちょ銀行 Japan Postal Bank	通帳記号	口座番号
					通帳番号	

※金融機関とゆうちょ銀行のいずれかの欄にご記入ください。

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。

ご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。

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。

③ 今回の件で、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。

他 の 保 険 契 約	☐ 無 ☐ 有 「有」の場合は以下をご記入ください。	契約証番号
	保険契約・会社名	
	海外旅行傷害保険が付帯されているクレジットカード ☐ 三井住友VISA ☐ UC ☐ JCB ☐ DC ☐ NICOS ☐ JAL ☐ ANA ☐ その他()	カード番号
	保険金請求の有無 ☐ 無 ☐ 有	

④ 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記入ください。もしくは、本紙のコピーをとりご記入いただく。
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。

事 故 の 状 況	日時 (DATE AND TIME) 20XX 年 7 月 2 日 AM : PM 9 : 00 第三者による観望者	私は、左記事故が事実と相違ないことを証明します。
	場所 (PLACE) アメリカ ハワイ州	住所 (ADDRESS) 東京都千代田区
	事故・疾病の状況 (CIRCUMSTANCES) ホテルの部屋で写真を撮ろうとしたところ、誤って椅子に付きまじ椅子を壊した。また、この際、持っていたカメラを破壊すると同時に、ケガをしたので病院で治療を受けた。	
	入院の場合にご記入ください： 入院日 年 月 日 退院日 年 月 日 旅行会社の届出警察 (POLICE / 受理番局 (No.)	氏名 (NAME) 損保 花子 (印)
		*治療費徴収書、事故証明書、ポリスレポート、旅行会社の説明等、別紙により証明を取得されている場合は、上記への記入は不要です。

⑤

(1) 治療費の負担割合
□ 前に、今回ご請求される状況の治療を受けたことがありますか。ある場合はいつですか
□ ない □ ある (年 月 日)
今回の治療で入院されたましたが キャッシュレス治療サービスは利用されましたか
□ はい □ いいえ □ はい □ いいえ

治療費 (MEDICAL CHARGE)	薬代 (MEDICINE)	交通費 (TRANSPORTATION)	その他 (OTHERS)	合計 (TOTAL)
US \$120.00				US \$120.00

*領収書をお持ちの方へ、外貨でお支払いした費用は、通貨単位もご記入ください。

(2) 携行品等の損害・治療の状況
購入年月・購入価額は必ずご記入ください。保証金は必ず添付ください。購入価格は通貨単位をご記入ください。

商品名目 DAMAGED ITEMS	メーカー・元号 MODEL NO. ETC.	数量 QUANTITY	購入価格 (通貨) PURCHASE PRICE	購入年月 WHEN PURCHASED	保証金の有無 RECEIPT	保証書の有無 GUARANTEE
カメラ	xx	1	○○デパート	20XX 年 7 月 36,800 (円)	(有)	(有)

旅行品キャッシュレス・リペアサービスをご利用されていますか？ □はい □いいえ (いいえ) の場合、これら利用されますか？ □はい □いいえ
※旅行品キャッシュレス・リペアサービスについては、リペアサービスセンター (指定修理店) をお知らせいただき、提携ショップ (委託の修理店) へお送りいただくこととなります。また本サービスの提供は、日本国内に限ります。(ただし、一時的に限りできない商品があります。) 提携の修理店は、リペアサービスセンターからご連絡させていただきます。※本サービスの請求方法詳細につきましてはポストガイドを参照してください。

携行品損害に関するご注意点
●旅行品の明細帳不足の場合は別紙に同じ事項でのご記入の上、添付ください。
●全額が全額の損害、賠償額ベースで計算するたため保証価値 (値) にあり、ご使用開始1年につき10%〜20%程度の減価がございます。
●最終的な賠償分でもっとも、1個、1組または1組について10万円を上限とさせていただきます。
●同様の補償を行う他の保険契約等がある場合は、別途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ので予めご了承ください。

(3) 旅行品損害の賠償金額の算出
出発予定・予定日時 乗継予定便の出発日保証 代替便・出発日時 費用明細 (領収書を添付してください) (通貨)

出発予定	月	日	時	分	秒	代替便	月	日	時	分	秒	旅行品損害取料	合計
○						○							

※航空機の遅延、手荷物の遅延、賠償に関するご請求の場合、裏面にもご記入ください

6 ①自身への賠償請求

航空機荷託手荷物遅延・旅行事故緊急費用等の場合

賠償請求権の有無を有する旨を
賠償請求権行使期限満了日の前日までに
航空機荷託手荷物遅延・旅行事故緊急費用等の場合

目的地到着日時: 年 月 日 時 便 荷物到着した日時: 年 月 日 時

支出内額	支払日	支払月額 (通貨)
年 月 日	年 月 日	()
年 月 日	年 月 日	()

※以下は第三者に被害を与えた場合に記入ください。

7 ②第三者への賠償請求

賠償事故で、相手方と示談書をつかわない場合に示談書に代えて提出いただく様です。

事故状況により、被害者 ○××××× から損害賠償請求を認め、
 20XX年 7月 2日に賠償金 15,000 円を支払いましたが、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。つきましては、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賠償書並びに損害賠償金の支払いを証する書類を提示し、保険金の請求をいたします。

被害者 住所 東京都新宿区西新宿1-36-1
 (未成年の場合は親権者) 氏名 損保 太郎

⑧

※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。