

記入例

保険金請求書は、1事故・1病気に付き、1通の提出をお願いいたします。

※数日間にわたり継続して治療する場合は、請求書1枚にまとめていただいで構いません。

※複数の病院に通院された場合でも、1事故・1病気ごとにまとめていただいで構いません。

本帰国済の場合は、をご記入ください。

※住所欄は日本現住所、勤務先欄は派遣当時の学校名をご記入ください。

押印又はサインをお忘れなく。

メールでご提出いただく場合は、必ずチェックしてください。

他に同種の保険契約がある場合は、必ずご記入ください。

領収書(原本)を必ず、添付してください(P.19(注2)をご参照ください)。

必ず、日本国内の口座をご指定ください。記載事項に誤りがないようご注意ください。

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM 海外旅行保険金請求書(表・裏ともご記入ください)

保険金請求日: 2022 年 5 月 1 日

TO: TOKIO MARINE AND NICHIDO FIRE INSURANCE CO., LTD.
東京海上日動火災保険株式会社 御中

本書の内容が事実と相違ないことを断り、保険金を請求いたします。保険金請求にあたり、下記の項目に同意いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと扱います。

1. 傷害・疾病に関する請求の場合
東京海上日動火災保険株式会社またはその指定する者(以下、「貴社」という)が保険金の支払いをするために必要な範囲で、各種情報※を取得・利用することに同意します。
※被保険者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を含みます。
2. 重複保険がある場合 (ご注意! 治療費関連につき、2重に保険金を受け取ることは出来ません。追加補償契約も重複保険に該当します)
同一の損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)がある場合につき、以下の事項について同意します。
① 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すること(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済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)。
② 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。
③ 他の保険契約等がある場合、他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・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本保険請求に関する私の個人情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金に関する情報)を、求償のため、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、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、及び、貴社から提供を受け、利用すること。
3. 他の保険会社などへの照会等
他の保険契約等がある場合、私は、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、支払保険金に関する情報)を提供すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また、貴社から提供を受け、利用することについて同意します。
(ご注意)
<保険金のお支払い案内>円滑な保険金のお支払いのため、契約者である団体や保険金お振込先にお支払いの内容を通知させていただくことがございます。
<個人情報利用目的>弊社及び東京海上グループ各社は、お客様の個人情報を、保険引当の判断、保険事故への対応および保険のお支払い案内を行うために利用させていただきます。
詳細は、この冊子のP.43をご参照ください。

保険金請求書

派遣年度	証券番号
20 22 年度派遣	T123456789

※ 派遣年度と証券番号は必ずご記入ください(証券番号は、P.10で確認できます)。
※ 保険金請求についての効力は保険事故の翌日から起算して3年間です。

本帰国済 (本帰国済の場合のみ、左欄をチェックしてください)

住所 ADDRESS	23 Elm Street Arlington Heights, Illinois 50974, U.S.A	勤務先 OCCUPATION	シカゴ 日本人学校()校 補習授業校	国名	アメリカ
連絡先 TEL FAX	E-mail hanakoisreallynice @ gmail.com 自宅 TEL 000-111-2222 FAX 000-111-2223 勤務先 TEL 000-222-3333 FAX 000-222-3334	個人番号	98765	フリガナ	サイタン ハナコ
		教師本人氏名	財団 太郎	ケガまたは病気になった方の氏名	財団 花子
		性別(SEX)	女	年齢	53 才
		生年月日	西暦 1968 年 7 月 18 日	ケガ、治療を受けた方の署名・捺印	財団 花子 (捺印)

請求する保険金の種類を選択してください。

請求種類 ケガ・病気の請求 歯科治療 死亡・後遺障害 その他

誓約事項 本制度に保険金請求した場合、他の保険契約等には重ねて請求しないことを誓約します。 → 確認済

他に保険契約等がありますか? 保険金請求をされていますか? 必ず、ご記入ください。

他の保険契約の有無 無 有 「有」の場合は、以下をご記入ください。

保険会社名 東京海上日動 証券番号 T123456789 保険金の請求 無 有

事故日直近の日本出国日 2022 年 4 月 5 日

海外旅行保険が付帯されているクレジットカード名称 (日本出国後90日間がお支払対象になります)

DC JAL JCB ANA AMEX CITI ダイナース その他 () 三井住友VISA カード番号: 1234-5678-9012-3456

保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM 事故状況を裏面にご記入ください

※傷害(疾病)治療費用保険金請求の際は、通院交通費の請求漏れにご注意ください。複数の通貨でお立て替えの場合はそれぞれの通貨をご記入ください。

治療費 通院交通費(歯科疾病治療の際の交通費は対象外です) 治療費: 140USDドル
 処方薬代 その他() 通院交通費: 10USDドル
保険金請求合計額 合計: 150USDドル

保険金銀行振込指図(必ず日本国内の口座をご指定ください)

保険金は下記口座にお支払いください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。

銀行 ミツビシUFJ 銀行 新丸の内 支店

普通 SAVINGS 店番 4 2 2 口座番号
 当座 CHECKING

口座名義人 ACCOUNT NAME サ イ タ ン ハ ナ コ (カタカナ)

ゆうちょ銀行 通帳記号(5ケタ) 1 0 通帳番号(8ケタ)

※ゆうちょ銀行の場合も、口座名義は左欄にご記入ください。

選択肢よりいずれかを必ず選択した上で、同行者の有無等の事故状況や治療状況をできるだけ具体的に記入ください。

日時 DATE AND TIME OF ACCIDENT / ILLNESS	場所 PLACE	自宅にて	
	病院 HOSPITAL	Nippon Clinic	TEL: 012-345-6789
	2022 年 5 月 20 日	<input checked="" type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
	診断名、病気・ケガの状況、医師の見解等 CIRCUMSTANCES (できる限り詳しくご記入ください)		
病気・ケガの状況	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 継続治療 (20 年 月 日初診分)	発症時期	<input type="checkbox"/> 現地発症 <input type="checkbox"/> 一時帰国中発症
	受診状況 本件の病気・ケガの治療は終了していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「いいえ」の場合は治療終了後にご請求をお願いいたします。		
	渡航開始前に今回と同じ病気・ケガについて治療を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい ⇒「はい」の場合は以前の治療期間をご記入ください。(年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ		
	↓ケガによる治療費のご請求の場合にご記入ください。病気による治療費のご請求の場合は不要です。 上記の通り事故を確認します		
DETAILS OF LOSS 証人欄	住所	23 Elm Street Arlington Heights, Illinois, 50974, U.S.A	
	電話番号	000-111-2222	署名・捺印 財団 太郎 (財)
	被保険者との関係	配偶者	

診断書欄は受診した病院で記入していただく。なお、請求額が10万円以下の場合には省略していただいて結構です。(受診内容によってはご依頼させていただく場合がございます。)

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)			
本診断書は保険金請求が10万円以上になる場合のみお取り付けください。また病院所定の診断書でも構いません。			
PATIENT'S NAME (Last Name, First Name) 患者氏名 (姓 名)		PATIENT'S BIRTHDAY (患者 生年月日) Month (月) Day (日) Year (年)	SEX (性別) M男 F女
DATE WHEN CURRENT ILLNESS (First symptom) APPEARED OR INJURY (Accident) OCCURED (発症日、受傷日) Month (月) Day (日) Year (年)		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)	
DIAGNOSIS OR CONDITION OF ILLNESS OR INJURY (診断名または症状)			
IF PATIENT WAS INJURED, PLEASE NOTIFY THE INJURED PART OF THE BODY. (傷害事故の場合、受傷部位をご記入ください)			
DATE(S) OF SERVICES (治療または入院期間)			
HOME VISIT(S) (往診)	FROM (月) (日) (年)	TO (月) (日) (年)	HOW MANY? (回)
OUT PATIENT CARE (外来通院)	FROM (月) (日) (年)	TO (月) (日) (年)	HOW MANY? (回)
HOSPITALIZATION (入院)	FROM (月) (日) (年)	TO (月) (日) (年)	
WAS PRIVATE NURSE REQUIRED? (付添看護必要性の有無) <input type="checkbox"/> YES 要す days (日間) <input type="checkbox"/> NO 不要			
ITEMIZED AMOUNT PAID TO HOSPITAL, CLINIC &/OR DOCTOR (治療実費の明細)			DATE OF FINAL ASSESSMENT M (月) D (日) Y (年)
CONSULTATION FEE (診療費)	LABORATORY TESTS (諸検査費)	MEDICATION (医療費)	<input type="checkbox"/> 1. HEALED (治癒) <input type="checkbox"/> 2. TREATMENT CONTINUING <input type="checkbox"/> 3. REFERRED (転院・転医) <input type="checkbox"/> 4. DISCONTINUED (中止) <input type="checkbox"/> 5. DEATH (死亡)
HOSPITALIZATION (入院費)	OPERATION (手術費)	OTHER CHARGES (その他)	
TOTAL (合計)			
ADDRESS (住所) PHONE NO. (電話番号) FAX NO. (ファクシミリ番号) DATE OF PREPARATION (作成日付) Month (月) Day (日) Year (年)			SIGNATURE (署名又は記名捺印) OF ATTENDING PHYSICIAN (担当医)

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM
海外旅行保険金請求書(表・裏ともご記入ください)

保険金請求日: 年 月 日

TO: TOKIO MARINE AND NICHIDO FIRE INSURANCE CO., LTD.
東京海上日動火災保険株式会社 御中

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求いたします。保険金請求にあたり、下記の項目に同意いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと認めます。

1. 傷害・疾病に関する請求の場合
東京海上日動火災保険株式会社(以下、「貴社」という)が保険金の支払いをするために必要な範囲で、各種情報※を取得・利用することに同意します。
※被保険者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を含みます。

2. 重複保険がある場合 (ご注意! 治療費関連につき、2重に保険金を受け取ることは出来ません。追加補償契約も重複保険に該当します)
同一の損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)がある場合につき、以下の事項について同意します。
①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すること(貴社または他の保険契約等の保険会社・共済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)。
②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。
③他の保険契約等がある場合、他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・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本保険請求に関する私の個人情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報)を、求償のため、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、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、及び、貴社から提供を受け、利用すること。

3. 他の保険会社などへの照会等
他の保険契約等がある場合、私は、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、支払保険金等に関する情報)を提供すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また、貴社から提供を受け、利用することについて同意します。
(ご注意)
＜保険金のお支払い案内＞円滑な保険金のお支払いのため、契約者である団体や保険金お振込先にお支払いの内容を通知させていただくことがございます。
＜個人情報の利用目的＞弊社及び東京海上グループ各社は、お客様の個人情報を、保険引受の判断、保険事故への対応および保険のお支払い案内を行うために利用させていただきます。
詳細は、この冊子のP.43をご参照ください。

保険金請求書	派遣年度 20 年度派遣	証券番号
---------------	------------------------	------

本帰国済 (本帰国済の場合のみ、左欄をチェックしてください) ※ 派遣年度と証券番号は必ずご記入ください(証券番号は、P.10で確認できます)。
※ 保険金請求についての時効は保険事故の翌日から起算して3年間です。

住所 ADDRESS	勤務先 OCCUPATION		日本人学校()校	国名	
	個人番号		補習授業校		
	教師本人氏名				
連絡先 TEL, FAX	E-mail		フリガナ		
	自宅	TEL	ケガまたは病気になった方の氏名		
		FAX	性別(SEX)	年齢	才
	勤務先	TEL	生年月日	西暦	年 月 日
		FAX	ケガ、治療を受けた方の署名・捺印 SIGNATURE		(フリガナ) 個人情報取扱同意 印兼用 印

請求する保険金の種類を選択してください。
 ケガ・病気の請求 歯科治療 死亡・後遺障害 その他

誓約事項 本制度に保険金請求した場合、他の保険契約等には重ねて請求しないことを誓約します。 → 確認済

他に保険契約等がありますか？ 保険金請求をされていますか？ 必ず、ご記入ください。

他の保険契約の有無 無 有 「有」の場合は、以下をご記入ください。
 保険会社名 証券番号 保険金の請求 無 有

事故日直近の日本出国日 海外旅行保険が付帯されているクレジットカード名称(日本出国後90日間がお支払対象になります)
 年 月 日 DC JCB AMEX ダイナース 三井住友VISA カード番号: JAL ANA CITI その他 ()

保険金請求額 AMOUNT OF CLAIM 事故状況を裏面に記入してください
 ※傷害(疾病)治療費用保険金請求の際は、通院交通費の請求漏れにご注意ください。複数の通貨でお立て替えの場合はそれぞれの通貨をご記入ください。
 治療費 通院交通費(歯科疾病治療の際の交通費は対象外です) 処方薬代 その他() 保険金請求合計額

保険金銀行振込指図(必ず日本国内の口座をご指定ください)

保険金は下記口座にお支払いください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。

フリガナ	フリガナ	銀行	支店
<input type="checkbox"/> 普通 SAVINGS	店番	<input type="checkbox"/> 当座 CHECKING	口座番号

ゆうちょ銀行 *通帳の「郵便振替口座開設(送金機能)」欄に○が付されていることを予めご確認ください。

通帳記号(5ケタ) 1 0

通帳番号(8ケタ)

※ゆうちょ銀行の場合も、口座名義は左欄にご記入ください。

口座名義人 ACCOUNT NAME (カタカナ)

病気・ケガの状況	日時 DATE AND TIME OF ACCIDENT / ILLNESS				場所 PLACE	
	年	月	日	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	病院 HOSPITAL	TEL:
	診断名、病気・ケガの状況、医師の見解等 CIRCUMSTANCES (できる限り詳しくご記入ください)					
	受診状況	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 継続治療 (20 年 月 日初診分)			発症時期	<input type="checkbox"/> 現地発症 <input type="checkbox"/> 一時帰国中発症
		本件の病気・ケガの治療は終了していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒「いいえ」の場合は治療終了後にご請求をお願いいたします。 渡航開始前に今回と同じ病気・ケガについて治療を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい ⇒「はい」の場合は以前の治療期間をご記入ください。(年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ				
DETAILS OF LOSS						
証人欄	↓ケガによる治療費のご請求の場合にご記入ください。病気による治療費のご請求の場合は不要です。					
	上記の通り事故を確認します					
	住所				署名・捺印	印
電話番号				被保険者との関係		

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)									
本診断書は保険金請求が10万円以上になる場合のみお取り付けください。また病院所定の診断書でも構いません。									
PATIENT'S NAME (Last Name, First Name) 患者氏名 (姓 名)				PATIENT'S BIRTHDAY (患者 生年月日) Month (月) Day (日) Year (年)		SEX (性別) M男 F女			
DATE WHEN CURRENT ILLNESS (First symptom) APPEARED OR INJURY (Accident) OCCURED (発症日、受傷日) Month (月) Day (日) Year (年)				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)					
DIAGNOSIS OR CONDITION OF ILLNESS OR INJURY (診断名または症状)									
IF PATIENT WAS INJURED, PLEASE NOTIFY THE INJURED PART OF THE BODY. (傷害事故の場合、受傷部位をご記入ください)									
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)	TO	Month (月)	Day (日)	Year (年)	HOW MANY? _____ TIMES (回)
OUT PATIENT CARE (外来通院)	FROM	Month (月)	Day (日)	Year (年)	TO	Month (月)	Day (日)	Year (年)	HOW MANY? _____ TIMES (回)
HOSPITALIZATION (入院)	FROM	Month (月)	Day (日)	Year (年)	TO	Month (月)	Day (日)	Year (年)	
WAS PRIVATE NURSE REQUIRED? (付添看護必要性の有無) <input type="checkbox"/> YES 要す days (日間) <input type="checkbox"/> NO 不要									
ITEMIZED AMOUNT PAID TO HOSPITAL, CLINIC &/OR DOCTOR (治療実費の明細)						DATE OF FINAL ASSESSMENT M (月) D (日) Y (年)			
CONSULTATION FEE (診療費)	LABORATORY TESTS (諸検査費)		MEDICATION (医療費)						
HOSPITALIZATION (入院費)	OPERATION (手術費)		OTHER CHARGES (その他)			<input type="checkbox"/> 1. HEALED (治癒) <input type="checkbox"/> 2. TREATMENT CONTINUING <input type="checkbox"/> 3. REFERRED (転院・転医) <input type="checkbox"/> 4. DISCONTINUED (中止) <input type="checkbox"/> 5. DEATH (死亡)			
TOTAL (合計)									
ADDRESS (住所) PHONE NO. (電話番号) FAX NO. (ファクシミリ番号) DATE OF PREPARATION (作成日付) Month (月) Day (日) Year (年)						SIGNATURE (署名又は記名捺印) OF ATTENDING PHYSICIAN (担当医)			