

三井住友海上火災保険株式会社 御中

TO: MITSUI SUMITOMO INSURANCE COMPANY, LIMITED

この書面に記載した事故について事実と相違ないことを確認し、関係書類を添付のうえ保険金を請求いたします。

※ご提出いただく書類については「保険金のご請求に必要な書類」をご覧ください。

## (1) 個人情報の取扱いに関する同意

本保険請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、次のとおり取得・利用・提供することに同意します。

- ① 保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等）・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、貴社が保険事故の関係者（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）、業務委託先（保険代理店を含む）、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- ② 保険金支払の健全な運営のために、貴社が(株)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・共済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ること。
- ③ 再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、貴社が再保険引受会社に提供を行うことがあること。
- ④ 保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）については、貴社が保険業法施行規則に基づき、保険業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て取得・利用・提供を行うこと。
- ⑤ 他の保険契約等がある場合、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（支払責任額契約の内容、損害額等事故に関する情報、損害保険金の額等支払保険金・費用に関する情報）を、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。また、その損害保険会社・共済が貴社へ提供すること、貴社から提供を受け、利用すること。

## (2) 他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意

同一の損害または費用に関して、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、保険契約等で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払いを受けた場合には、保険契約等で定められた保険金等の額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します（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は、その方法に従います。）。

また、他の保険契約等がある場合、貴社がその保険会社等の損害保険会社・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に同意します。

## (3) キャッシュレス・メディカルサービス CASHLESS MEDICAL SERVICE

医療機関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権を当該医療機関に委任します。また、当該保険において支払対象外と判明した治療費用については、可及的速やかに病院、医師、または貴社に支払うことを誓約します。

I, the undersigned, hereby irrevocably authorize the Medical Service Providers to file a claim for and on behalf of me and/or the Insured Patient, for the costs of medical services rendered pursuant to Mitsui Sumitomo Insurance CO., LTD. (hereinafter "MSI")'s cashless medical services. I hereby further agree to reimburse, as soon as practicable, either the Medical Service Providers or MSI at the direction of MSI, for the amount already paid by MSI in case that MSI is found to not be liability to pay such amount under the policy covering the Insured Patient.

① 請求日 DATE 20 年 月 日  
Y M D ※保険金請求書はできるだけ速やかに当社宛ご提出ください。  
※訂正された箇所には必ず請求印をご押印ください。

保険金請求者 CLAIMANT	住所 ADDRESS	〒 -	日中ご連絡の取れる電話番号 TEL
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 ( )
※未成年者の場合は親権者	自署押印 あるいは署名 (SIGNATURE)		被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 受任者 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 相続人（または死亡保険金受取人）

② 被保険者（保険の対象となる方） INSURED	
フリガナ	生年月日・性別 DATE OF BIRTH・SEX
氏名 NAME	職業 OCCUPATION
（保険金請求者に同じ）	年 月 日 男・女 Y M D M・F

保険金請求者は原則として被保険者ご本人です。被保険者ご本人と異なる場合は委任状にご署名ご押印が必要です。

③ 委任状 POWER OF ATTORNEY	
私は上記の保険金請求者を代理人と定め本事故にかかる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。 I, the undersigned, authorize the claimant to claim and receive the insurance benefit on my behalf in connection with the accident described herein.	被保険者住所 ADDRESS OF INSURED 〒 - 被保険者ご署名、ご押印 SIGNATURE OF INSURED 年 月 日 印

④ 契約内容		
証券番号 (契約証券番号) POLICY NO	契約者名 POLICY HOLDER	
	保険期間 INSURANCE PERIOD 年 月 日 ~ 年 月 日 Y M D Y M D	
他の保険契約 OTHER INSURANCE ※海外旅行保険がセットされるクレジットカードをお持ちの場合は、パスポートの写し（パスポートの番号・氏名記載ページおよび当該旅行の日本出入国のスタンプ押印ページ）もご提出ください。	契約 請求 保険会社 (クレジットカード会社) 保険の種類 (クレジットカード種類) 証券番号 (クレジットカード番号)	
<input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 有 YES	<input type="checkbox"/> 有 YES <input type="checkbox"/> 有 YES	
<input type="checkbox"/> 無 NO <input type="checkbox"/> 無 NO	<input type="checkbox"/> 無 NO <input type="checkbox"/> 無 NO	

⑤ 保険金振込指定欄 保険金は下記の指定口座にお支払いください。 APPOINTMENT OF BANK ACCOUNT	
振込先金融機関口座番号 (BANK)	銀行 信用金庫 その他 ( )
	支店 (BRANCH) 預金種類 口座番号 (A/C NO)
ゆうちょ銀行 (※)	① 店番 預金種目 ② 通帳記号 1 0 通帳番号 1
フリガナ	
口座名義	

左記口座振込完了をもって当該保険金を受領したものと認めます。

代理店使用欄
請求書受付日
年 月 日

※ゆうちょ銀行への振込を指定される場合は、口座種類をご確認のうえ、以下の通りご記入ください。

- ・送金機能付総合口座「旧ば・る・る」…①(振込用の店番・預金種目・口座番号)、または、②(通帳記号・通帳番号)のいずれかにご記入ください。
- ・上記以外の口座…①(振込用の店番・預金種目・口座番号)をご記入ください。②への振込はご利用いただけませんのでご注意ください。

**⑥ 事故の状況（病気・ケガ・携行品・賠償事故等） DETAILS OF OCCURRENCE**

事故日時・受傷日・症状が現れた日 DATE AND TIME OCCURRENCE	発生した場所 PLACE OF OCCURRENCE
年 月 日 午前 : A.M. Y M D 午後 : P.M.	国名 場所 COUNTRY PLACE
病気の症状・事故の状況 NATURE OR CONDITION OF SICKNESS OR INJURY/CIRCUMSTANCE OF ACCIDENT	初診日 FIRST DAY OF TREATMENT
	年 月 日

ご病気のご請求の場合にご記入ください。

1) 以前に同じ症状で治療を受けたことがありますか? Have you had any prior treatment(s) for the same condition?  はい YES  いいえ NO

2) それはいつですか? If so, when? \_\_\_\_\_

3) 以前に同様のご病気で治療を受けた病院名 Name of the hospital previously treated? \_\_\_\_\_

警察 届出欄	届出警察署 NAME OF POLICE	証人欄	住所 ADDRESS _____
	受理番号 REPORT NO.		氏名 NAME _____ 印
		電話番号 TEL NO. _____	被保険者との関係

**⑦ 治療費・緊急歯科治療等のご請求の場合（領収書原本を添付ください）（MEDICAL EXPENSES）CLAIM**

治療費用等合計額 MEDICAL EXPENSES INCURRED	現地で「キャッシュレス・メディカルサービス」を受けられましたか? <input type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO 病院名 _____
---------------------------------------	---

※損害品目の記載にあたり、紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入の上、添付ください。

**⑧ 携行品（または生活用動産）（HOUSEHOLD GOODS AND PERSONAL BELONGINGS）CLAIM**

損害品目（型式、品番等詳細に） DAMAGED/STOLEN ITEM	数量 Q'NTY	購入価格 PRICE	購入店（購入場所） PLACE OF PURCHASE	購入年月日 DATE OF PURCHASE	領収書・保証書 RECEIPT	損害の状態 NATURE OF DAMAGE	社内使用欄
					有・無		
					有・無		
					有・無		
					有・無		
					有・無		

**⑨ 航空機遅延・航空機寄託手荷物遅延の場合（領収書原本を添付ください）（FLIGHT DELAY）CLAIM**

出発遅延 DEPARTURE DELAY	乗継遅延 ARRIVAL DELAY FOR CONNECTION	寄託手荷物遅延 BAGGAGE DELIVERY DELAY
出発予定便 月 日 時 分 ( 便 )	到着便・空港名 月 日 ( 便 ) 空港	目的地空港名
代替便 月 日 時 分 ( 便 )	乗継予定便 月 日 時 分 ( 便 )	実際の到着時刻 月 日 時 分
	代替便 月 日 時 分 ( 便 )	実際の手荷物引渡日時 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 引渡しなし

**⑩ 医師の診断書 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT ※医師に記入を依頼してください。**

患者名 NAME OF PATIENT	患者生年月日 PATIENT'S DATE OF BIRTH	治療の期間とその方法 DATE AND TYPE OF MEDICAL TREATMENT <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 往診 通院または往診回数 OUTPATIENT HOME VISIT HOW MANY? 回 自 年 月 日 至 年 月 日 FROM (Y) (M) (D) TO (Y) (M) (D)
疾病の兆候が現れた日時またはケガをした日時 DATE AND TIME OF ACCIDENT OR FIRST APPEARANCE OF SYMPTOM(S) 年 月 日 午前 : A.M. (Y) (M) (D) 午後 : P.M.	入院した場合の入院期間 TERM OF HOSPITALIZATION 自 年 月 日 至 年 月 日 FROM (Y) (M) (D) TO (Y) (M) (D)	後遺障害の見込 POSSIBILITY OF IRRECOVERABLE FUNCTIONAL IMPEDIMENT AND/OR DISMEMBERMENT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
診断名 DIAGNOSIS	診断日 DATE OF FINAL ASSESSMENT 年 (Y) 月 (M) 日 (D)	1. 治癒 HEALED 2. 継続中 TREATMENT CONTINUED 3. 中止 DISCONTINUED
事故に起因するものですか? IS IT CAUSED BY ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	病院名・医師名 NAME OF HOSPITAL/DOCTOR	住所 ADDRESS
疾病又は傷害の状態及び経過 NATURE AND CONDITION OF SICKNESS OR INJURY	電話番号 TELEPHONE No	ファクシミリ番号 FAX No
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	担当医ご署名・ご押印 SIGNATURE OF ATTENDING PHYSICIAN	
YESの場合、以前の症状に関して患者は治療を受けていましたか? それはいつのことですか? IF YES, DESCRIBE WHETHER AND WHEN PATIENT RECEIVED TREATMENT FOR PRIOR SYMPTOMS	作成年月日 DATE OF STATEMENT	
現在の状態に影響する他の疾患 DESCRIBE ANY OTHER DISEASE OR INFIRMITY AFFECTING PRESENT CONDITION	年 月 日 Year (Y) Month (M) Day (D)	

# 調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

○保険事故発生日 Date of Accident (\*) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

○受傷日 または 今回のご病気で初めて病院に行かれた日  
Date of injury or first treatment (sickness) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

○被保険者（患者） Insured (Patient)  
(住 所 Address) \_\_\_\_\_  
(氏 名 Name) \_\_\_\_\_  
(生年月日 Date of birth) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 三井住友海上火災保険株式会社 御中

To: Mitsui Sumitomo Insurance Co., Ltd.

貴社の社員またはその業務委託先が、私の保険金請求に関わる保険事故事実の調査を行う範囲内で、事故の事実に関わる情報を如何なる機関、個人等関係当事者より取得することに同意します。又同様に医療機関から下記医療情報を直接取得・利用※することに同意します。なお、本状は上記の傷病に関する貴社の保険金支払完了後に効力を失うものとします。

I, the undersigned, hereby irrevocably authorize Mitsui Sumitomo Insurance Co., Ltd. (hereinafter "MSI") to obtain any and all factual information related to an insurance claim(s) filed or to be filed against MSI including but not limited to medical, physical, clinical, mental or psychological condition (hereinafter "Medical Information") of the Insured Patient from any relevant organization or individuals, including but not limited to any hospital(s), clinic(s), physician(s), medical doctor(s), therapist(s) and any other organization(s) or person(s) who will or have attended, examined, inspected or provided medical services of any kind (hereinafter "Medical Service Providers"). This authorization shall be irrevocable, valid and in effect until the final settlement of insurance claims.

## 医療機関 御中

To: Medical Service Providers

上記患者の貴院での受療に関して、三井住友海上火災保険株式会社の社員またはその業務委託先による以下医療情報に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。

1. 診断書・診療報酬明細書
2. 傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見
3. 画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

I, the undersigned, hereby irrevocably authorize any Medical Service Providers to furnish MSI with such Medical Information as hereinabove defined, including but not limited to:

1. Medical record and/or report describing the details of medical services and/or medicines rendered
2. Medical opinion as regards the cause(s) and symptom(s) of the injury or sickness of the Insured Patient, chronological history, nature and period of the medical treatment rendered, preexisting medical, physical, mental or clinical condition and present or possible disability, if any, of the Insured Patient; and
3. Any other form of medical records, including but not limited to X-Ray, MRI or any other information recorded in optical, electronic or magnetic medium.

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
(yyyy/mm/dd)

(署名・押印欄) 住 所 Address \_\_\_\_\_

Signature

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
Name

患者との関係 : 本人・親権者・法定相続人・その他 [ \_\_\_\_\_ ]  
Relation to the insured : Self Guardian Heir Other ( \_\_\_\_\_ )

※原則として患者ご本人のご署名をお願いいたします。

※患者が未成年の場合は、親権者の方がご署名ください。

CAVEAT: Authorization must be given personally by the Insured Patient, provided that it may nevertheless be given on behalf of the Insured Patient by his or her guardian, heir, agent, or any other person legally so authorized.

※保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）の利用の目的は、保険業法施行規則により、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されています。

Such sensitive information of individuals as medical or hygienic information shall NOT be obtained, used or disseminated to any third parties EXCEPT for such occasion as we obtain the insured's consent to permit us to do so for the purpose of proper insurance services and to the necessary extent, as provided in Rule 53-10 of the Japanese Insurance Codes.

# 保険金請求書のご記入欄について

ご請求される保険金の種類にしたいが、保険金請求書の記入項目①～⑩欄のうち、下記欄にご記入いただきますようお願いいたします。

- ③「委任状」欄は、保険金請求者が被保険者ご本人と異なる場合に、被保険者ご本人がご署名ご押印ください。
- ⑩「医師の診断書」欄は、保険金のご請求額が5万円を超える場合に、医師に記入を依頼してください。

保険金の種類	保険金の種類を問わずご記入いただく欄						保険金の種類によりご記入いただく欄			
治療費用・緊急歯科費用保険金	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
賠償責任保険金	①	②	③	④	⑤	⑥				
携行品・生活用動産保険金	①	②	③	④	⑤	⑥	⑧			
航空機遅延・航空機手荷物遅延費用保険金	①	②	③	④	⑤	⑥			⑨	
その他の費用保険金	①	②	③	④	⑤	⑥				

## 保険金請求書記入例

Mitsui Sumitomo Insurance 海外旅行保険/特定手続用海外旅行保険 保険金請求書  
OVERSEAS TRAVEL INSURANCE FOR SPECIFIC PROCEDURE OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

三井住友海上火災保険株式会社 御中  
TO: MITSUI SUMITOMO INSURANCE COMPANY, LIMITED  
※この書面に記載した事故について事実と相違ないことを確認し、関係書類を添付のうえ保険金を請求いたします。  
ご提出いただく書類については「保険金のご請求に必要な書類」をご覧ください。

(1) 個人情報の取扱いに関する同意  
本保険金請求書に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、次のとおり取得・利用・提供することと同意します。  
① 保険契約の履行（損害賠償、保険金の算定等）、保険引当金の準備、各種サービスの提供のために、貴社が再保険事故の関係者（修理業者、医療機関、損害賠償の担当者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあり得る。利用・提供を行うこと。  
② 再保険契約の締結、再保険契約に基づき通知・報告、再保険の請求のために、貴社が再保険引当会社へ提供を行うことがあること。  
③ 再保険契約の特別な非公開情報（センシティブ情報）については、貴社が保険業法施行規則に基づき、保険業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て取得・利用・提供を行うこと。  
④ 貴社の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害賠償会社・共済等に対して、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（支払責任契約の内容、損害賠償率に関する情報、損害賠償の額等）を、貴社が再保険引当会社・共済等へ提供すること、貴社から提供を受け、利用すること。また、その損害賠償会社・共済等に対して、貴社から提供を受け、利用すること。  
⑤ 貴社の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害賠償会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を請求することと同意します。

(2) 他の保険契約等がある場合の保険金請求の取扱いに関する同意  
同一の被保険者または費用に関して、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（再保険契約、再保険契約その他いかなる名称であっても、同一の被保険者または費用に対して保険金を支払う契約）を、本欄で同一とします。かかる保険契約で定められた保険金等の額を超過して保険金等の支払いを受けた場合は、本欄で決定された保険金等の額を超過した額について、貴社または他の保険契約等の損害賠償会社・共済等へ返還します（貴社または他の保険契約等の損害賠償会社・共済から返還された額がある場合は、その方法に従います）。また、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賠償会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を請求することと同意します。

(3) キャッシュレス・メディカルサービス CASHLESS MEDICAL SERVICE  
医療機関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当該医療機関に委任します。また、当該保険金において支払対象外と判断した治療費用については、可及的速やかに病院、医師、またはそれに支払うことを要します。  
I, the undersigned, hereby irrevocably authorize the Medical Service Providers to file a claim for and on behalf of me and/or the insured patient, for the costs of medical services rendered pursuant to Mitsui Sumitomo Insurance CO., LTD. ("hereinafter" "MSI")'s cashless medical services. I hereby further agree to reimburse, as soon as practicable, either the Medical Service Providers or MSI at the direction of MSI, for the amount already paid by MSI in case that MSI is found to not be liable to pay such amount under the policy covering the insured patient.

① 請求日 DATE 20 09 年 4 月 1 日  
住所 ADDRESS 〒101-0011 東京都千代田区神田駿河台3-9  
フリガナ ミットモ カス オ  
自署押印ある場合は 三友 一男  
委任状 POWER OF ATTORNEY  
契約内容 契約期間 2009年3月1日～2009年3月10日  
保険金振込指定欄 三井住友 神田 1 2 3 4 5 6 7  
口座名義 三友 一男

⑥ 事故の状況 (病状・ケガ・携行品・賠償事故等) DETAILS OF OCCURRENCE  
事故日時・発生日・症状が現れた日 DATE AND TIME OF OCCURRENCE 2009年 3 月 9 日 午前 9:00 A.M.  
発生した場所 PLACE OF OCCURRENCE 国名 アメリカ 場所 ラスベガス空港  
病状の症状・事故の状況 NATURE OR CONDITION OF SICKNESS OR INJURY/CIRCUMSTANCE OF ACCIDENT 初診日 2009年 3 月 9 日  
空港の階段で足からすり抜けて転倒、転倒したときに足が折れてしまい、そのまゝ空港のクリニックにて治療を受ける。医師から捻挫と診断を受けた。帰国後日本の病院で継続治療を受けた。転倒した際に手に持っていたカメラと落下したカメラのレンズが壊れてしまった。  
二病状のご請求の場合にご記入ください。  
1) 以前に同じ病状の治療をうけたことがありますか? Have you had any prior treatment(s) for the same condition? はい YES いいえ NO  
2) それはいつですか? If so, when?  
3) 以前に同様の病状で治療を受けた病院名 Name of the hospital previously treated?  
届出警察官 NAME OF POLICE 住所 ADDRESS 東京都中央区新川2-27-2  
届出番号 REPORT NO. 氏名 NAME 佐井次郎  
電話番号 TEL. NO. 03-1111-3213 検査者との関係 友人  
⑦ 治療費・緊急歯科治療等のご請求の場合 (領収書原本を添付ください) (MEDICAL EXPENSES) CLAIM  
治療費用等合計額 MEDICAL EXPENSES INCURRED US\$ 120.00  
⑧ 携行品 (または生活用動産) (HOUSEHOLD GOODS AND PERSONAL BELONGINGS) CLAIM  
携行品名 (型式・品番等詳細) 数量 購入価格 購入店 (購入場所) 購入年月日 領収書・保証書  
⑨ 航空機遅延・航空機手荷物遅延の場合 (領収書原本を添付ください) (FLIGHT DELAY) CLAIM  
出発予定 3月1日 10時50分 到着便・空港名 到着地・空港名 目的空港名  
⑩ 医師の診断書 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT ※医師に記入を依頼してください。  
患者名 患者生年月日 治療の期間とその方法  
疾病又は傷害の状態及び経過 NATURE AND CONDITION OF SICKNESS OR INJURY  
現在の状態に影響する他の疾患 DESCRIBE ANY OTHER DISEASE OR INFIRMITY AFFECTING PRESENT CONDITION

ご記入のポイント★

① 保険金請求者  
請求日 : ご記入日となります。  
保険金請求者 : 保険金請求者は被保険者（治療を受けられた方等の保険の対象者）となります。ただし、被保険者が未成年である場合は親権者が保険金請求者となります。

③ 委任状  
保険金請求を他の方に委任する場合は被保険者の記名・押印または署名が必要となります。

④ 他の保険契約  
お持ちのクレジットカードに海外旅行保険がセットされているかわかりにならない場合は、当社にて確認いたしますのでご記入をお願いいたします。

⑤ 保険金振込指定  
保険金振込指定欄は、通帳またはキャッシュカードをご確認のうえ、正確にご記入ください。  
口座名義フリガナ欄の姓と名の間は、1マスあけてください。濁点（・）と半濁点（゜）は一文字として次のマスにご記入ください。  
ご記入に誤りがありますとご入金が遅れることがあります。  
訂正される場合は必ず訂正箇所にて二重線を引き請求印を押印ください。

⑥ 事故の状況  
事故の状況はできるだけ詳しくご記入ください。  
警察にお届けいただいたにもかかわらず、事故証明書が発行されなかった場合は、お届けになった警察署名・受理番号・届出日をご記入ください。  
やむをえず警察や航空会社等の事故証明書が取得できない場合は、証人欄にご家族以外の同行者に記入してください。

⑧ 携行品  
品目が多くて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。  
なお、購入価格は定価ではなく、実際に購入された価格をご記入ください。

## 保険金のご請求に必要な書類

下欄に○印がついている書類をご提出ください。なお、下記以外の書類のご提出をお願いすることがありますので、ご了承ください。

下表以外の保険金についてご請求される場合には、保険金請求に必要な書類を別途ご案内いたします。ご不明な点がございましたら、お気軽に当社または代理店にお問い合わせください。

必要書類名	保険金の種類	治療費用保険金(傷害・疾病)	緊急歯科治療費用保険金	後遺障害保険金(傷害)	死亡保険金(傷害・疾病)	救済者費用等保険金	賠償責任保険金		生活用動産保険金	携行品損害保険金	航空機遅延延滞費用等保険金	寄託手荷物遅延等費用保険金	その他の費用保険金	ご説明
							対人	対物						
<p>＜ご注意＞</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>☆印はこの保険金請求書に記入欄がある書類です。 ★印は当社所定の書類がありますので、必要な場合はお申し出ください。</li> <li>○は必ずご提出いただく書類です。 ◎は必ずご提出いただく書類です。 ◎は必ずご提出いただく書類の内容により当社からご提出をお願いする書類です。</li> <li>1回の事故で複数の保険金をご請求される場合、保険金の振込先が同じときは、保険金請求書のご提出は1通で結構です。</li> <li>診断書、事故証明書、領収書、示談書等は原則として本紙をご提出ください。</li> </ol>														
保険証券 (契約証または被保険者証)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	海外現地で保険金請求される場合には、ご契約内容の確認のため、クレーム・エージェント等に提示し、(写)をお渡しください。保険証券等はその後の旅行中も携行してください。
主にお客さまの保険金のご請求意思およびお支払い手続の確認のための書類	保険金請求書	☆	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	保険金ご請求の意思と保険金お振込先等の確認のためにご提出ください。必ずご署名またはご記名のうえ、ご押印および他の保険契約の有無等についてご記入をお願いいたします。
	印鑑証明書		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	保険金のご請求額が500万円を超える場合、または当社が提出をお願いした場合に、本人確認のためにご提出ください。保険金請求書等の押印欄には、印鑑証明書と同じ印影の印をご押印ください。
	委任状	☆ ★	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	保険金のご請求を第三者に委任される場合または保険金受取人が複数で代表の方に委任される場合に、ご提出ください。委任者が1名の場合は、保険金請求書の③「委任状」欄にご記入ください。保険金のご請求額が500万円を超える場合または当社がご提出をお願いした場合は、印鑑証明書もあわせてご提出ください。
	念書(親権者請求用)	★		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	死亡保険金の請求権者に未成年がいる場合には、親権者の方がご提出ください。
主に事故発生の状況・日時・場所・事故の原因・損害発生の有無を確認する書類	事故証明書		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	事故状況等の確認のために、公的機関・交通機関・宿泊施設・医療機関または旅行業者等の第三者による事故証明書をご提出ください。
	盗難届出証明書							○	○					盗難の事実確認のためご提出ください。最寄りの警察署に届け出たうえ、発行を依頼してください。お取り付けできない場合には、第三者による事故証明書の提出をお願いすることがございます。
	航空会社の事故(遅延)証明書								○	○	○			航空機内の事故や遅延等を証明する航空会社発行の証明書をご提出ください。お取り付けできない場合は、当初の旅行行程がわかる航空券または搭乗券の半券をご提出ください。なお、航空会社等からの賠償金等がある場合には、賠償金を差し引いて保険金をお支払いします。
	医師の診断書	☆	○		○	○	○	○					○	おケガやご病気等の内容確認のためにご提出ください。保険金請求書の⑩「医師の診断書」欄をご利用いただくことも可能です。保険金のご請求額が5万円以下の場合には原則として省略できます。なお、入院一時金をご請求される場合には、診断書のご提出をお願いする場合がございます。
	後遺障害診断書およびレントゲンフィルム等の検査資料	★		○		○	○	○						後遺障害保険金をご請求される場合は、症状が固定した時点または受傷日から180日を経過した時点でご提出ください。後遺障害の部位・程度により、レントゲンフィルム等の検査資料のご提出をお願いする場合がございます。
	死亡診断書または死体検案書				○	○	○	○						○
主に損害の額または費用の額を確認する書類	治療費用の領収書		○					○						治療内容と治療費をご負担されたことの確認のため、ご提出ください。
	損害明細書	☆ ★						○	○	○				損害品の内容確認のために保険金請求書の⑧「携行品(または生活用動産)」欄にご記入ください。記入欄が足りない場合は、⑨欄と同じ要領でご記入のうえ、添付してください。購入時期・購入金額の確認のため、お手元に損害品購入時の領収書・保証書を保管されている場合には添付していただくようお願いします。
	修理見積書・修理費用領収書 (修理不能の場合には、修理不能を証明する書類)							○	○	○				損害の額・費用の額等の確認のために、修理内容・金額の確認できるもの本紙をご提出ください。修理が不可能(全損)の場合、修理業者の発行する修理不能を証明する書類を提出していただくことがあります。
	治療費以外の費用の支出を証明する領収書		○			○	○	○	○	○	○		○	治療費以外の費用をご請求される場合には、その金額や内容の確認のためにご提出ください。ご請求の内容・単価等の確認できる明細書等をあわせてご提出ください。
	損害品の写真									○				事故状況・原因、損害または費用の額を確認するためにご提出ください。携行品損害保険金のご請求額が3万円以下で損害品を修理する場合には、写真の代わりに損害品のスケッチでも結構です。なお、修理が不可能(全損)の場合は損害品を提出していただくことがあります。
	示談書または損害賠償金の支払を証する書類	★						○	○	○				
外貨交換時のレートを証する書類		○						○	○	○			○	お客さまが外貨にて費用をご負担された場合、原則として、保険金請求書を当社で受付した日の前日の三菱東京UFJ銀行のTTSレートにて日本円に換算して保険金をお支払いします。お客さまにて外貨交換されたときのレート適用をご希望される場合には、当該レートを証する書類をご提出ください。
その他保険金のご請求に必要な書類	調査に関する同意書	☆	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	当社から医療機関へ確認等をする際に必要となりますので必ずご提出ください。当社が事故内容または損害内容の調査を行うために情報取得先から情報または資料を入手するために本書面が必要となる場合に、被保険者または保険金受取人のご同意を確認するため、当社から改めて同意書の提出をお願いします。
	除籍謄本(除籍全部事項証明書)および法定相続人の戸籍謄本(戸籍全部事項証明書)			○										死亡保険金をご請求される場合に、保険金受取人となる法定相続人の方の確認のためにご提出ください。被保険者の戸籍謄本は出生からおなくなりになるまでのすべてをご用意ください。被保険者の本籍地の市町村役場にて発行されます。遠隔地の場合は郵送による取付も可能です。なお、保険金受取人が指定されている契約では、法定相続人の戸籍謄本の提出は不要です。
	救済者が確認できる書類 (救済者代理人指定書 等)	★				○	○	○	○	○	○	○	○	救済者費用等保険金をご請求される場合に、親族が救済者となるときは、住民票等の被保険者と救済者の続柄が確認できる書類をご提出ください。親族以外の方が代理人となる場合は、当社所定の「救済者代理人指定書」をご提出ください。
	旅券(パスポート)の(写)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
旅券の再発給または渡航書の発給を受けたことを証明する書類								○	○	○			○	旅券(パスポート)の盗難または紛失による事故の場合は、旅券の再発行または渡航書の発給を受けたことの確認のため、大使館または領事館発行の旅券再発給または渡航書発給費用の領収書または再発給旅券または渡航書の番号・氏名記載ページ(発行日のわかるもの)の(写)をご提出ください。

## 保険金のお支払いに関するご案内

### ●保険金をお支払いする時期について

2010年1月1日以降に発生した保険事故に対して保険金をお支払いする場合、当社は【表①】(1)~(5)の事項の確認を行い、請求完了日(当社がお客さまにご提出を求めたすべての保険金請求書類(注1)を受領した日をいいます。)からその日を含めて30日以内に保険金をお支払いします。

ただし、【表②】に規定されている特別な照会や調査が必要な場合には、請求完了日からその日を含めて、【表②】(1)~(7)のいずれかの日数以内に保険金をお支払いします。

【表①】

確認する事項	
(1)	保険金の支払事由発生の有無の確認に必要な事項として、事故の原因、事故発生の状況、損害発生の有無および被保険者に該当する事実
(2)	保険金が支払われない事由の有無の確認に必要な事項として、保険金が支払われない事由としてこの保険契約において定める事由に該当する事実の有無
(3)	保険金を算出するための確認に必要な事項として、損害額(注2)および事故と損害との関係
(4)	保険契約の効力の有無の確認に必要な事項として、この保険契約において定める解除、無効、失効または取消の事由に該当する事実の有無
(5)	(1)~(4)までのほか、他の保険契約等の有無および内容、損害について被保険者が有する損害賠償請求権その他の債権および既に取得したものの有無および内容等、当社が支払うべき保険金の額を確定するために確認が必要な事項

【表②】

特別な照会や調査が必要な場合(注3、4)		日数
(1)	警察、検察、消防その他の公の機関による捜査・調査結果の照会	180日
(2)	医療機関、検査機関その他の専門機関(注5)による診断、鑑定等の結果の照会	90日
(3)	後遺障害の内容およびその程度を確認するための、医療機関による診断、後遺障害の認定に係る専門機関による審査等の結果の照会	120日
(4)	災害救助法(昭和22年法律第118号)が適用された災害の被災地域における調査	60日
(5)	日本国内において行うための代替的な手段がない場合の日本国外における調査	180日
(6)	損害を受けた保険の対象もしくは損害発生事由が特殊であることまたは同一構内に所在する多数の保険の対象が同一事故により損害を受けた場合における、専門機関による鑑定等の結果の照会	180日
(7)	災害対策基本法(昭和36年法律第223号)に基づき設置された中央防災会議の専門調査会によって被害想定が報告された首都直下地震、東海地震、東南海・南海地震またはこれらと同規模以上の損害が発生するものと見込まれる地震等による災害の被災地域における調査	365日

(注1) 保険金請求に必要な書類をいい、当社がお客さまに代わって取付けた書類も含まれます。

(注2) 保険の対象の再調達価額、保険価額を含みます。

(注3) 複数の事由に該当する場合は、そのうち最長の日数とします。

(注4) 本表にかかわらず、別途、特別な照会や調査が必要な場合および日数を定める場合や、お客さま等との協議による合意に基づき日数を延長させて頂くことがあります。

(注5) 医師・建築士のほか損害保険鑑定人等をいいます。

◇お客さまが正当な理由なく確認を妨げまたはこれに応じない(必要な協力を行わなかった場合を含みます。)ために確認が遅延した期間、その他の事情により保険金のお支払い手続きができない期間は、日数に算入しません。

◇同一の事故により同一の保険契約から複数の種類の保険金・費用をお支払いする場合には、保険金請求権の発生時期や保険金請求書類が異なる保険金・費用についても、特別のご要望が無い限り、すべての保険金・費用について、当社がお客さまにご提出を求めたすべての保険金請求書類(注1)を受領した日からその日を含めて上記日数以内に保険金・費用をお支払いします。その際、いずれかの保険金について特別な照会や調査が必要な場合には、そのうち最長の日数以内にすべての保険金・費用をお支払いします。

### ●同一の損害または費用を補償の対象とする『他の保険契約等』がある場合

#### ◇用語のご説明

他の保険契約等	始期日によらず、また、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、当社の保険契約(※1)と同一の損害または費用の一部または全部に対して保険金等を支払う契約(※2)をいいます。 ※1 当社の保険契約が複数ある場合、1つの契約を「当社の保険契約」、それ以外を「他の保険契約等」とします。 ※2 入院1日あたり〇〇円等定額でお支払いする傷害保険等の契約は含みません。
支払責任額	それぞれの保険契約または共済契約について、他の保険契約等がないものとして算出した支払うべき保険金等の額をいいます。
支払限度額	保険契約(約款)で定められたお支払いする保険金の限度額をいいます。(例：損害の額)

他の保険契約等があり、当社の保険契約が2010年1月1日以降の始期日(注1)の場合、当社は次表(1)または(2)の方法で保険金をお支払いします(注2)。

当社の保険契約が2009年12月31日以前の始期日の場合、当社は次表(2)の方法で保険金をお支払いします。

保険金のご請求方法	保険金のお支払い方法
(1) 当社の保険契約のみに保険金をご請求される場合	当社の保険契約の支払責任額の全額をお支払いします。 ◇当社は保険金をお支払いした後、他の保険契約等で負担すべき金額がある場合、その損害保険会社・共済等に請求します。
(2) 当社の保険契約、他の保険契約等の両方に保険金をご請求される場合 ※右記①または②の方法でのお支払いとなります(注3)。 ※ご請求方法に関わらず、原則として、当社の保険契約および他の保険契約等から支払われる保険金等の合計額は支払限度額を超えることはありません。	① 当社がお支払いする保険金の額 = 支払限度額 - 他の保険契約等から支払われた保険金等の合計額 ◇当社がお支払いする保険金の額は、当社の保険契約の支払責任額が限度となります。 ◇当社は保険金をお支払いした後、他の保険契約等で支払われた保険金等のうち当社の負担すべき金額がある場合、他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ支払います。  ② 当社がお支払いする保険金の額 = $\frac{\text{当社の保険契約の支払責任額}}{\text{当社の保険契約の支払責任額} + \text{他の保険契約等の支払責任額}} \times \text{支払限度額}$ ◇他の保険契約等の損害保険会社・共済等がお支払いする保険金等の額も同様に算出し、その損害保険会社・共済等からお支払いします。

(注1) 「他の保険契約等から保険金または共済金が支払われていない場合、この保険契約の支払責任額をお支払いする」等他の保険契約等がある場合において、当該保険契約によりてん補すべき損害の額の全額をお支払いすることを定めている契約のみが該当します。

(2010年1月1日以降の始期日の場合でも該当しない契約がありますので、約款等をご確認ください。)

(注2) 次の事項等に該当する場合には、複数の保険契約等に保険金をご請求いただく必要があります。

a. 当社の保険契約により支払われる保険金では損害の額に満たない場合

b. 他の保険契約等に固有の保険金等がある場合

c. 当社の保険契約に保険金をお支払いする順位が定められている場合(例：時価額を基準とする他の保険契約等からの保険金支払が優先されることを定めている再調達価額を基準とした火災保険)

(注3) ①は他の保険契約等が(注1)に該当する契約の場合、②は当社の保険契約および他の保険契約等に保険金をお支払いする順位が定められていない契約の場合に限り選択できます。ただし②を選択し、他の保険契約等が(注1)に該当する契約の場合には、他の保険契約等の損害保険会社・共済等の合意が必要になります。

◇他社の保険契約等に関する内容(保険金の支払可否、支払額等)は、お客さまにご契約いただいている損害保険会社・共済等にお問い合わせください。