

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

治療費用専用

AIG損害保険株式会社 宛

- 貴社との保険契約に基づき、関係書類を添付のうえ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。
- 貴社が本保険金請求に関する私（保険契約者、被保険者または補償対象者）の個人情報、保険契約の履行（保険金支払の可否、支払金額の算定など）および各種サービスの提供のために取得、利用すること、ならびに貴社が業務上必要とする範囲において、個人情報を別紙「個人情報の取扱いについて」とお取り得、利用、提供することに同意します。
- 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えた額について、貴社または他の保険契約などの損害保険会社・共済などへ直ちに返還します（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。
- 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明した治療費については、速やかに医療機関、医師、または貴社に支払うことを誓約します。
- 私は今回、保険請求するにあたり、AIG損害保険株式会社の担当者（AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む）が、以下を行う（保険金支払の前・後のいずれの場合も含みます）ことに同意します。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。
 - ① 被保険者の傷病の原因・症状・診断内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。
 - ② 被保険者の診断書・診療報酬明細書・手術証明書・その他証明書や診療情報資料、レントゲンフィルムなどの検査資料の提供を受けること。（資料の複写やデジタルカメラによる撮影を行うことを含む）

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the insured, to furnish to AIG General Insurance Co., 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. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

ご記入日 20 年 月 日

1 被保険者（旅行者・保険の対象となる方）

〒 -			
ご住所			
フリガナ			
お名前	印	日中のご連絡先	(自宅) (勤務先) (携帯)
		E-Mailアドレス	(- -)
ローマ字 Printed Name of Insured		生年月日 Date of Birth	年 月 日 YY MM DD
保険金請求者が異なる場合は、私は下記の保険金請求者を代理人と定め、本件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。		勤務先	

2 保険金を請求される方（保険金請求者）

- 1.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。
- 被保険者が未成年の場合は、親権者が保険金請求者となり、ご記入ください。

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

3 請求される保険

- 弊社のご契約についてご記入ください。

証券番号をご記入ください （企業包括契約の方は IDNo.もご記入ください。）	①	複数のご契約がありましたらご記入ください	②	③
---	---	----------------------	---	---

4 保険金支払先

- 通帳をご確認のうえ、口座名義のカタカナ・スペルを印字通りにご記入ください。
- 貯蓄口座へのお振込みはできません。

銀行	J A	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	
口座名義（カタカナ） 左つめでご記入ください			

裏面も忘れずにご記入ください。

次項へ続く



代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
------------	-------	-------------	--

- 該当するものがある場合は必ずご記入ください。
- クレジットカード番号は記入しないでください。

5 他の保険契約などについて

他に契約されている海外旅行保険	会社名	証券番号	請求の有無	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
お持ちの海外旅行保険付帯クレジットカードに○印をつけてください	<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 三井住友VISA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> マスター <input type="checkbox"/> SuMi TRUST CLUB(シティ) <input type="checkbox"/> NICOS(ニコス) <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> MUFG <input type="checkbox"/> ジャックス <input type="checkbox"/> ライフ <input type="checkbox"/> アプラス <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> VIEW <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アメックス <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> OMC <input type="checkbox"/> イオン <input type="checkbox"/> VISAエグゼクティブ <input type="checkbox"/> VISAアミティEA <input type="checkbox"/> JCBネクサス・グランデ <input type="checkbox"/> EPOS(エポス) <input type="checkbox"/> 楽天 その他のクレジットカード 【カード名: _____】			
	今回の旅行代金は上記ご申告いただいたクレジットカードを使用して支払いされていますか。			

6 おケガ・ご病気・事故の状況

いつ起こりましたか	おケガ	おケガをされた日をご記入ください。 年 月 日			ご病気	発症日と初診日をご記入ください。 発症 年 月 日 初診 年 月 日			
どこで起こりましたか	国名				都市名				
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									
1) 過去に今回のおケガ・ご病気に至った経緯・症状で治療を受けられたことがありますか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			その症状は治ゆっていましたか	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	病院名	
2) 常用されているお薬があればお知らせください	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	薬名							

7 負担された費用について

治療費・通信費など

- 記入欄が足りない場合は、別紙にご記入のうえご提出ください。
- 金額は支払い通貨でご記入ください。
- 負担された費用の領収書をこの請求書と一緒に送付してください。

項目	海外での負担金額		国内での負担金額
	通貨	金額	金額
治療費・入院費	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> その他 ()		¥
医師の処方による薬剤購入費	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> その他 ()		¥
弊社提出用診断書代 *弊社に提出いただいた診断書原本の文書料が対象になります。	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> その他 ()		¥
国際電話料など通信費 *入院時または旅行事故緊急費用特約のご加入がある場合	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> その他 ()		¥
(入院時) 入院に必要な身の回り品購入費	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> その他 ()		¥
その他()	<input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> その他 ()		¥

- ご利用の交通手段へ丸印をつけ、該当箇所へご記入ください。徒歩・自転車をご利用の場合はご申告不要です。
- 電車、バスにより同一区間を繰り返し通院した場合は、適宜一覧にまとめて記入してください。この場合、「通院月日」欄は、通院した日を具体的に記入してください。
- タクシーを利用したときは、そのタクシー会社の領収書をご提出ください。

入院または通院のための交通費

1. 自家用車	() 日間)利用した。 自宅から医療機関までの距離 往復約()km		
2. 公共交通機関・タクシー	通院月日	通院区間	往復運賃
		利用交通機関 (電車・バス・タクシーなど)	金額: <input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()
			金額: <input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()
			金額: <input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()
			金額: <input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()
			金額: <input type="checkbox"/> アメリカドル <input type="checkbox"/> ユーロ <input type="checkbox"/> 日本円 <input type="checkbox"/> その他 ()

