

❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。


保険金を請求される方がご記入ください。

- 保険金を請求される方が未成年の場合
 - ・ 親権者の方が保険金請求者となります。
 - ・ 被保険者欄に事故当事者の情報を、保険金請求者欄に親権者の方の情報をそれぞれご記入のうえ、押印してください。
- 事情によりご本人が請求できない場合
 - ・ 法定代理人または法定相続人が保険金請求者となります。
 - ・ 被保険者欄に保険金を請求される方の情報を、保険金請求者欄に法定代理人または法定相続人の情報をそれぞれご記入のうえ、押印してください。

忘れずに押印してください。

- 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。
- 海外で保険金請求される場合は、ご署名だけで結構です。

AIG損保へ返送する書類
治療費用専用



海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

ご記入日 20XX年 9月 1日

AIG損害保険株式会社 宛

● 当請求書の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。
 ● 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。
 ● 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を受けた場合は、保険契約で定められた保険金などを超過した額について、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は、その方法に従います）。
 ● 他、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・メディア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断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、下記各項目に同意します。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。
 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.

■ 保険金支払に必要な医療情報の提供
 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、被保険者を診察または治療した全ての医療機関および関係者から、
 ①被保険者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・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・処方証明書・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.

■ 個人情報取得の取扱い
 AIG損害保険株式会社が、今回の保険金請求に関する個人情報等を次の目的のために利用すること。
 ①今回のご請求に関わる保険事故の調査および保険金のお支払い ②保険契約のお引受け、ご継続・維持管理
 ③日本におけるAIGグループ会社・提携会社等が取り扱うサービスや各種商品ののご案内・提供、ご契約の維持管理
 ④弊社業務に関する情報提供および運営管理、商品・サービスの充実 ⑤お客さまのお取引および業務運営を適切かつ円滑に履行するために行う業務
 ⑥その他上記に付随する業務
 また、次の場合に外部へ提供する場合があること。
 ①利用目的の達成に必要な範囲内において、保険代理店を含む委託先（外国にある事業者を含みます）へ提供する場合
 ②保険金の適正および迅速な支払いその他保険契約の履行のために必要な範囲内で、保険事故の関係者（事故当事者、医療機関、事故当事者の関係する保険会社、修理業者等、外国にある事業者を含みます）に提供する場合
 ③再保険（再保険以降の出再を含みます）の手続きをする場合（外国にある事業者との間の手続きを含みます）
 ④ご本人の保険契約内容を保険業界において設置運営する情報制度に登録する等、保険制度の健全な運営に必要であると認められる場合
 ⑤AIGグループ会社と共同利用する場合 ⑥その他法令に根拠がある場合

1 被保険者（旅行者・保険の対象となる方）・保険金請求者

契約証・証券番号 (金貨登録簿の印 ID No.もご記入ください) ① 123456XXXX	複数のご契約がありましたらご記入ください ② 987654XXXX
フリガナ エイアイ タロウ	日中のご連絡先 (自宅・勤務先・携帯) ③ (090 - XXXX - 1234)
お名前 永合 太郎 (男/女)	被保険者
ローマ字 Printed Name of Insured Eiai Taro	生年月日 Date of Birth XX 年 YY 月 MM 日 DD 日 30 歳
ご住所 日本国内 〒 1XX - XXXX 東京都〇〇区XX町4-5-6	E-Mail アドレス aitaro@xxx.co.jp 勤務先 エイアイ商事株式会社
以下は保険金請求者が被保険者（旅行者・保険の対象となる方）と異なる場合に記入ください。 また、被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご署名・捺印ください。	
フリガナ	日中のご連絡先 (自宅・勤務先・携帯)
お名前	(- -)
ご住所	
E-Mail アドレス	

2 保険金支払先

● カード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。

東西	南北	ゆうちょ銀行
銀行 (JA)	信用組合	支店
店番号	口座番号	通帳記号
通帳記号	通帳番号	
普通・総合 (当座)	0 0 1 1 2 3 4 X X X	1 0
口座名義 (カタカナ)	エイアイ タロウ	
左つめでご記入ください		

次項へ続く

代理店 年月日 保険会社 年月日

受付日 受付日

45T-311 1/2

この書類を作成された日付をご記入ください。

ご連絡先をご記入ください。

- ご自宅あるいは日中のご連絡先をお忘れなくご記入ください。
- E-Mailアドレスをお持ちでしたら、ご記入ください。

保険金の支払先をご指定ください。

- 通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。
- 口座番号は、右つめでご記入ください。
- ゆうちょ銀行の場合は、下図を参考にご記入ください。
(ゆうちょ銀行の例)

記号 11960	番号 1234561
おなまえ おなまえ	

株式会社 ゆうちょ銀行

● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ゆうちょ銀行	
記号 1 1 9 6 0	番号 1 2 3 4 5 6 1



！ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

他の保険会社にご請求可能な保険契約がある場合は、内容をご記入ください。

● 右記のクレジットカードには、海外旅行保険がセットされていますので、該当のカードをお持ちであれば、ご記入ください。

おケガまたは発病された時の状況について、詳しくご記入ください。

弊社から直接病院へ支払いを希望される場合は必ずご署名ください。また、保険金請求を代理人に委任される場合もご記入ください。

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書
●該当するものがある場合は必ずご記入ください。

3 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	東亜損保	証券番号	ABC123XXX	請求の有無	なし <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>
-----	------	------	-----------	-------	--

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

JCB (井住VISA) UC DC マスター SUMI TRUST CLUB(シティ) NICOS(ニコス) オリコ MUFG ジャックス ライフ
 アプラス CF VIEW ダイナース アメックス JAL ANA U/A OMC イオン VISAエグゼクティブ VISAアミティエA
 JCBネクサス・グランデ EPOS(エポス) 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。 (はい) (いいえ)

4 おケガ・ご病気・事故の状況

おケガをされた日をご記入ください。 発症日と初診日をご記入ください。

いつ起こりましたか おケガ 年 月 日 ご病気 発症 20XX 年 8 月 1 日 初診 20XX 年 8 月 2 日

どこで起こりましたか 国名 アメリカ合衆国 都市名 ホノルル

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
 ホノルル到着直後から腹痛があり、ホテルで休んでいたが、翌日も回復せず、発熱もあったため病院へ行った。

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
 はい いいえ 治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日 その症状は治癒してしまいましたが はい いいえ 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 なし あり 薬名 _____

5 委任状

●医療機関などへの支払を希望される場合はご記入ください。

私は、私を治療した病院・医師、その他()を代理人と定め、当該事故に係る保険金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

署名日 20 年 月 日 被保険者署名 (印)

6 治療費用・救済費用について

●記入額が足りない場合は、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ご請求書と一緒に送付してください。

項目	通貨	金額
治療費・入院費	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	152.50
処方薬購入費	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	49.99
入院または通院のための交通費	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	※公共交通機関をご利用の場合 公共交通機関名 バス 運賃(片道あたり) 2.5 往復回数 1 回 ※自家用車をご利用の場合 往復距離 km 往復回数 回 ※タクシーをご利用の場合 ご利用金額合計 50 タクシーをご利用の場合は領収書をご提出ください。
(入院時)国際電話料など通信費	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	
(入院時)入院に必要な身の回り品購入費	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	
その他(通訳費)	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	100

救済者が要した費用

項目	通貨	金額
航空運賃など交通費	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	
宿泊施設の客室料	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	
現地での交通費	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	
諸雑費 (入院に必要な身の回り品購入費、通信費など)	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	
その他()	アメリカドル(ユーロ・イギリスポンド・中国元) 日本円(その他)	

ご負担された治療費用、交通費、救済費用などについてご記入ください。