

# 海外旅行保険保険金請求書の記入例

**海外旅行保険保険金請求書**

**au損害保険株式会社 行**

※請求書記入日を必ずご記入ください。

**1 記入日(請求日) Date** 2013年 11月 1日

保険金請求日は必ずご記入ください。

---

**2 証券番号 Policy No.** 012345678901 | **保険期間 Insurance Period** 2013年 10月 1日 ~ 2013年 10月 7日

日本の住所 Address in Japan 〒150-0011 東京都渋谷区東3-16-3 エフ・ニッセイ恵比寿ビル5F | **生年月日 Date of Birth** 1980年 1月 1日

現在の連絡先 Current Address TEL 03-6758-7373 | **性別 Sex**  男性 Male  女性 Female

電子メールのアドレス | **氏名(漢字)フリガナ** 損保太郎 | **ローマ字** TARO SONPO

被保険者との関係 (保険金請求者は原則として被保険者に本人です。異なる場合は委任状が必要となります。)

本人  親権者  相続人  受任者  その他 ( )

氏名(漢字)フリガナ | **生年月日** | **性別**

(保険金請求者と同じ場合には記入不要) | 年 月 日 |  男性  女性

住所 〒 | **TEL**

---

**3 弊社・他社を問わず、同じ事故で同一のご損害** (または費用)に別れた保険金等が支払われる (他の保険契約等)がありますか。 Other Insurance  有  無

保険会社名①  海外旅行保険  その他 ( )

証券番号① 9876543210

保険会社名② | 保険の種類②  海外旅行保険  その他 ( )

証券番号②

---

**4 海外旅行保険を付帯しているクレジットカードをお持ちですか** Credit card with insurance  有  無

カード名  倶楽部カード

カードの種類 VISA・MASTER・その他 ( )

カード番号 1111-2222-3333-4444

カード名 | カードの種類 VISA・MASTER・その他 ( )

カード番号

---

**5 下記に従い保険金をお支払いください。指定口座への振込みをもって保険金を受領したものとします。**

I instruct that insurance money will be paid, as follows

私が治療を受けた医療機関・搬送機関、その他保険会社が提携する機関に直接お支払いください。 To medical service provider

スーツケース、デジタルカメラ、ビデオカメラ、パソコンの修理業者に直接お支払ください。 To repairer of suitcase, camera and personal computer

下記口座にお支払ください。 To the following bank account

(フリガナ) | **店番** ※お振込先がゆうちょ銀行の場合は下欄にご記入ください。

金融機関住所 (海外の場合のみご記入ください) | **支店** | **店番**

〒 | 1 | 0 | の

金融機関 (フリガナ) | **口座種類** | **口座番号** | **ACCOUNT NO.**

名義 (フリガナ) | **口座名義**

---

**6 発生日時 Date of occurrence** 2013年 10月 3日 | **症状・状況・原因等 Detail of sickness or injury** できる限り詳しくご記入ください。

発生場所 (国名・場所) Place of occurrence ニューヨークのホテル滞在中、高熱が出て病院で治療を受けた。

アメリカ・ニューヨーク

届出警察/受理 No. Report to police

第三者の証明 上記の事故日時、場所、状況に相違ないことを証明します。

住所 | **氏名**

TEL | **被保険者との関係**

---

**7 初診日 Date of first treatment** 2013年 10月 3日 | **治療費 Medical expenses** US \$ 180.00

以前に同症状に関して治療を受けたことがありますか。  はい Y  いいえ N

Have you ever received medical treatment for the same symptom?  Yes  No

もし、そうならいつですか。 If yes, when 年 Y 月 M 日 D 頃

治療費 (フリガナ) | **入院の有無 Hospitalization**  有 Y  無 N

処方薬購入費 Medication | **入院のために必要となった身の回り品購入費 Personal effects**

通訳人費用 Interpreter's fee | **入院のために必要となった国際電話料等通信費 Communication fee**

交通費 Transportation | **治療費合計 Medical bill (total)** US \$ 195.00

緊急移送費 Emergency hospitalization | **救急者費用合計 Rescuer's expenses (total)**

---

**12 同意書**

被保険者を診察したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその業務委託する者に、被保険者に関するすべての病状、傷害の記録の提供、ならびに照会に回答することに下記署名人は承認します。なお本書の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。

I, the undersigned, authorize that au Insurance Co., Ltd. (hereinafter, au) to obtain any and all information related to insurance claim to be filed against au from medical service provider(s), 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 or inspected me. I admit that the copy of this authorization is as effective as the original

**損保太郎** | **東京都渋谷区東3-16-3**

被保険者または親権者の署名・捺印 | **エフ・ニッセイ恵比寿ビル5F**

住所

---

お支払いいただいた治療費用については、領収証を添付してください。治療費を支払わずに帰国され、病院から請求書が送付されてきた場合は、請求書を添付してください。

病状やケガに関する保険金のご請求の場合は、必ず同意書欄に署名・捺印をお願いします。

被保険者が未成年の場合は、親権者の署名・捺印をお願いします。ご事情がある場合は弊社までご相談ください。

保険金請求者は原則として被保険者本人です。  
※被保険者とは、病気やケガをされた方、携行品の所有者、賠償責任を負われる方です。

海外で保険金請求される場合、必ずパスポートと同じサインをお願いします。

必ずいずれかにチェックしてください。

口座情報は通帳等をご確認の上、正確にご記入ください。  
※お振込みが可能なゆうちょ銀行の口座は送金機能を有する「ゆうちょ総合口座(旧はるる口座)」に限定されます。送金機能のない「通常貯金」「郵便振替」口座等へのお振込みはできませんのでご注意ください。

事故の状況、病気やケガの状況をできるだけ詳しくご記入ください。  
ケガに関する保険金のご請求の場合、警察等の公の機関の証明書、やむを得ない場合は第三者(目撃者)の証明が必要となります。

診断書欄は現地の病院で記入してもらってください。内容が同じであれば、病院所定の診断書をご提出いただけます。

# 携行品損害の場合の記入例

**6 発生日時 Date of occurrence** 2013年 10月 5日 | **症状・状況・原因等 Detail of sickness or injury** できる限り詳しくご記入ください。

発生場所 (国名・場所) Place of occurrence ホテルから出たところで後ろから走ってきた男にひたつりされた。カメラは盗まれたが、バッグは肩ひもがちぎれただけで修理できる。

アメリカ・ニューヨーク

届出警察/受理 No. Report to police ○○ Police Dept. AA 12345

第三者の証明 上記の事故日時、場所、状況に相違ないことを証明します。

住所 | **氏名**

TEL | **被保険者との関係**

---

**8 品名(型式・品番等できるだけ詳細に) Damaged or stolen item** | **数量 Quantity** | **損害の状態 Nature of damage** | **購入金額 Price** | **購入した場所・店 Purchased at** | **購入年月日 Date of purchase** | **領収証の有無 Receipt**

カメラ XY-200	1	盗難	¥32,000	新宿○○カメラ	2010年3月	有
黒の皮革製ショルダーバッグ	1	肩ひもがちぎれた	US \$ 300.00	ハワイ免税店	2009年12月	有

購入時の領収書・保証書等を添付してください。

破損の場合は、写真・見積書を添付してください。修理不能の場合は修理不能証明書を添付してください。

紙面不足の場合は、別紙に同じ要領でご記入の上、添付してください。

金額は定価ではなく、実購入金額をご記入ください。

---

**【ご注意】**

①ご請求の対象した保険の対象の修理費用が時価額を上回る場合などは、時価額がお支払限度額となります。時価額は、ご購入が生じた場所および時における損害品の価額(購入時の価格から使用・消耗に応じた価値減除後の価額)をいいます。

②お支払の対象となるのは、ご購入中に携行していたお客さま所有の身の回り品および第三者から無償で借り入れたものに限られます。居住施設内にあるものご請求につきましては、携行中ではないことからお支払対象外となります。

③1個、1組または1対について、10万円がお支払限度額となります。

# 海外旅行保険保険金請求書

au損害保険株式会社 行

※請求書記入日を必ずご記入ください。

**1 記入日(請求日) Date** 年 Y 月 M 日 D

下記の記載内容が事実と相違ないことを確認し、また、下記の項目に同意の上、この事故の保険金を保険約款にしたがい請求しますので、下記保険金振込指定欄にしたがい振込みください。なお、本書の写真複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  
au損害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(注1)を取得・利用することに同意します。  
(注1)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. 重複契約がある場合  
私は、au損害保険株式会社を代理人と定め、本事故につき他の保険契約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。
3. 他の保険会社への照会等  
私は、au損害保険株式会社を代理人と定め、本事故につき他の保険契約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。
4. 個人情報等  
別記「お客さまの情報に関するお取扱い」および「複数の保険をご契約されている場合のお取扱い」の記載事項を確認のうえ同意します。

**【お客さまの情報に関するお取扱い】** 保険金のご請求にあたって、必ずご確認のうえご同意いただきますようお願い申し上げます。

弊社は、保険金のご請求に際してお客さま等の情報をご提供いただき、必要な範囲内で適法かつ公正に情報を収集させていただきます。これらの情報は以下の目的の範囲内で利用させていただきます。

①個人情報の保護に関する法律その他の法令等により外部への提供が必要と判断された場合  
②弊社のグループ会社・提携先企業へ提供する場合  
③保険金の適正および迅速な支払のために保険事故関係者(当事者、相手方、保険会社、医療機関、修理会社、保険契約者等)へ提供する場合  
④あらかじめ守秘義務契約を締結した業務委託先(保険代理店を含みます)等へ提供する場合  
⑤再保険金請求等のために再保険会社等へ提供する場合  
⑥情報交換制度に基づき、損害保険会社・共済等との間で情報を共同利用する場合  
⑦他の保険契約等(共済契約等も含みます。以下同様とします。)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、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、その保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供する場合  
⑧上記①～⑦の場合において、弊社が情報の提供を受ける場合

**【複数の保険をご契約されている場合のお取扱い】** 保険金のご請求にあたって、必ずご確認のうえご同意いただきますようお願い申し上げます。(特約条項に「他の保険契約等がある場合の保険金の支払額」の条項がある場合に本取扱いの対象となります。)

- ①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から、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られた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、弊社はお客さまに保険金の返還をご請求させていただきます。
- ②他の保険契約等がある場合、弊社はその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、本契約の負担部分を超える額を求償します。

**2 証券番号 Policy No.** | **保険期間 Insurance Period** 年 Y 月 M 日 ~ 年 Y 月 M 日

日本の住所 Address in Japan 〒 | **生年月日 Date of Birth** 年 Y 月 M 日

現在の連絡先 Current Address TEL | 日中の連絡先 | **性別 Sex**  男性 Male  女性 Female

電子メールのアドレス

氏名(漢字)フリガナ | **ローマ字**

Name | (印)

被保険者との関係 (保険金請求者は原則として被保険者ご本人です。異なる場合は委任状が必要となります。)

本人  親権者  相続人  受任者  その他 ( )

氏名(漢字)フリガナ | **生年月日** | **性別**

Name | 年 月 日 |  男性  女性

(保険金請求者と同じ場合には記入不要)

住所 〒 | **TEL**

---

**3 弊社・他社を問わず、同じ事故で同一のご損害** (または費用)に別れた保険金等が支払われる (他の保険契約等)がありますか。 Other Insurance  有  無

保険会社名① | 保険の種類①  海外旅行保険  その他 ( )

証券番号①

保険会社名② | 保険の種類②  海外旅行保険  その他 ( )

証券番号②

---

**4 海外旅行保険を付帯しているクレジットカードをお持ちですか** Credit card with insurance  有  無

カード名 | カードの種類 VISA・MASTER・その他 ( )

カード番号 | カードの種類 VISA・MASTER・その他 ( )

カード名 | カードの種類 VISA・MASTER・その他 ( )

カード番号

**5 下記に従い保険金をお支払いください。指定口座への振込みをもって保険金を受領したものとします。**

I instruct that insurance money will be paid, as follows

私が治療を受けた医療機関・搬送機関、その他保険会社が提携する機関に直接お支払いください。 To medical service provider

スーツケース、デジタルカメラ、ビデオカメラ、パソコンの修理業者に直接お支払ください。 To repairer of suitcase, camera and personal computer

下記口座にお支払ください。 To the following bank account

(フリガナ) | **店番** | **支店**

金融機関住所 (海外の場合のみご記入ください) | **金融機関** | **支店**

〒 | 1 | 0 | の

金融機関 (フリガナ) | **口座種類** | **口座番号** | **ACCOUNT NO.**

名義 (フリガナ) | **口座名義**

---

※お振込先がゆうちょ銀行の場合は下欄にご記入ください。

弊社からお振込可能なゆうちょ銀行の口座は送金機能を有する「ゆうちょ総合口座(旧はるる口座)」に限定されます。「通常貯金」「郵便振替」口座等へのお振込みはできませんのでご注意ください。

ゆうちょ銀行 | **通帳記号** | **通帳番号** | **口座名義**

**■裏面もご記入ください**

• 治療・救援者費用のご請求 ⇨ **6 7** | • 賠償責任事故のご請求 ⇨ **6 9**

• 携行品の損害のご請求 ⇨ **6 8** | • 旅行事故緊急費用のご請求 ⇨ **6 10**

6 病 気 ・ ケ ガ ・ 事 故 の 状 況	発生日時 Date of occurrence 年 Y 月 M 日 D □ 午 前 後	症状・状況・原因等 Detail of sickness of injury できる限り詳しくご記入ください。
	発生場所(国名・場所) Place of occurrence	
	届出警察/受理 No. Report to police	
第三者の証明 上記の事故日時、場所、状況に相違ないことを証明します。		
住所 _____		氏名 _____ (印)
TEL _____		被保険者との関係 _____

7 治 療 ・ 救 援 者 費 用  ※ご負担された通貨単位でご記入ください	初診日 Date of first treatment 年 Y 月 M 日 D	以前に同症状に関して治療を受けたことがありますか。 □ はい Y □ いいえ N Have You ever received medical treatment for the same symptom? もし、そうならいつですか。 If yes,when 年 Y 月 M 日 D 頃	
	治療費 Medical expenses	その他の費用 Other expenses	救援者航空券代 Air fare
	処方薬購入費 Medication	入院の有無 Hospitalization □ 有 Y □ 無 N 年 Y 月 M 日 D ~ 年 Y 月 M 日 D	救援者交通費 Transportation
	通訳雇入費 Translator's fee	入院のために必要となった身の回り品購入費 Personal effects	救援者ホテル客室料 Hotel room charge
	交通費 Transportation	入院のために必要となった国際電話料等通信費 Communication fee	救援者国際電話料等通信費 Communication fee
緊急移送費 Emergency hospitalization	治療費合計 Medical bill (total)	救援者費用合計 Rescuer's expenses (total)	

8 携 行 品 の ご 損 害	品名(型式・品番等できるだけ詳細に) Damaged or stolen item	数量 Quantity	損害の状態 Nature of damage	購入金額 Price	購入した場所・店 Purchased at	購入年月日 Date of purchase	領収証の有無 Receipt	
【ご注意】 ①ご損害のあった保険の対象の修繕費用が時価額を上回る場合などは、時価額がお支払限度額となります。時価額とは、ご損害が生じた場所および時における損害品の価額(購入時の価格から使用・消耗に応じた価値減少後の価額)をいいます。 ②お支払の対象となるのは、ご旅行中に携行していたお客さま所有の身の回り品および第三者から無償で借り入れたものに限られます。居住施設内にある間のご損害につきましては、携行中ではないことからお支払対象外となります。 ③1個、1組または1対について、10万円がお支払限度額になります。								

9 賠 償 責 任 事 故	所有者氏名 Owner of damaged property	第三者の人身損害	負傷者氏名 Name of injured person
	住所 Address		住所 Address
	財物の種類、損害の程度 Type and degree of damaged property		病院・医師氏名 Name of hospital and/or physician 傷病名 Name of injury/sickness
請求金額 Claimed amount	住所 Address	TEL	

10 身 の 回 り 品 購 入 費 ・ 支 出 し た 費 用	旅行事故緊急費用 Expenses due to accident ※この欄は、お客さまでご記入ください。				
	支出した項目 Type of expense	購入日・時刻 Date	購入先 Purchased at	購入金額 Amount	保険会社使用欄
		月 日 時			
		月 日 時			
		月 日 時			
		月 日 時			
【旅行事故緊急費用の場合】 海外旅行中に生じた予期せぬ偶然な事故がもとで、負担を余儀なくされた費用(交通費、ホテル等客室料、食事代、国際電話料等通信費、渡航手続費、旅行サービスの取消料、身の回り品購入費)の領収証をご提出ください。 公的機関、交通機関、宿泊機関、医療機関または旅行会社(ツアーオペレーターを含みます。)による事故の証明をご提出ください。 航空機搭乗時に航空会社に寄託した手荷物がその目的地に届かなかったときに、購入された衣類、生活必需品、身の回り品の領収証をご提出ください。 代替となる他の航空機が利用可能となるまでに負担されたホテル客室料、食事代、交通費、国際電話料等通信費、旅行サービスの取消料等の領収証をご提出ください。					
航空機遅延、寄託手荷物遅延事故証明 Certification by flight carrier ※この欄は航空会社で記入の上、証明していただいでください。(航空会社発行の証明書がある場合は、別途記入は不要です。)					
航空会社名 Name of carrier	係員名 Person in charge	航空会社 証明押印欄 Signature			
①～③のいずれか(1種類のみ)にチェックしてください。					
① <input type="checkbox"/> 寄託手荷物遅延 Delay of baggage      ② <input type="checkbox"/> 出発遅延 Delay <input type="checkbox"/> 欠航(運休) Cancellation <input type="checkbox"/> 予約瑕疵 Mistake in reservation      ③ <input type="checkbox"/> 乗継遅延 Delay of connecting flight					
上記について、6時間以上の遅延 Delay of more than 6 hours <input type="checkbox"/> 有 Y <input type="checkbox"/> 無 N					

11 医師の診断書 Attending physician's statement				
患者氏名 Patient	患者生年月日 年 Y 月 M 日 D	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	受傷日または病気の症状が現れた日 Date of accident or first symptom 年 Y 月 M 日 D	
診断名 Diagnosis	治療の期間と方法 Date and type of medical treatment 自 年 Y 月 M 日 D 至 年 Y 月 M 日 D <input type="checkbox"/> 外来 Outpatient <input type="checkbox"/> 往診 Homevisit			
症状・経過 Symptom	入院期間 Period of hospitalization 自 年 Y 月 M 日 D 至 年 Y 月 M 日 D			
外科手術をした場合、その名称 The name of surgery,if any			後遺障害有無 Possibility of irrecoverable functional impediment and/or dismemberment <input type="checkbox"/> 無 N <input type="checkbox"/> 有 Y (名称 )	
現在の状態に影響する他の疾患はありますか。 Any other disease affecting present condition			病気は妊娠、出産、早産、流産等に起因するものですか。 Is sickness due to pregnancy,childbirth,premature birth and/or miscarriage	
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 experienced the similar symptom		同様の症状を訴えたのはいつごろでしょうか。 When		来院前の投薬はありますか。 Any medication prior to hospital visit
		以前の症状で実際に治療を受けましたか。 Did insured receive medical treatment for the symptom		
他の医療機関で治療を受けたならば、その住所、病院名 Describe the name of other medical service provider, who attended the insured			転医日 Transferred to other hospital 年 Y 月 M 日 D	治癒日 Healed 年 Y 月 M 日 D
職業看護師の付添いが必要でしたか？ Was constant care by nurse necessary		ホテルでの静養は必要でしたか。 Was rest at hotel room necessary for medical reason		
<input type="checkbox"/> いいえ N <input type="checkbox"/> はい Y ( 自 至 )		<input type="checkbox"/> いいえ N <input type="checkbox"/> はい Y ( 自 至 ) 必要な理由 Reason( )		
項目別の治療費	診察費、処置費、手術費 Expenses for consultaion,surgery	入院費 Expenses for hospitalization	受領済金額 Amount paid	
		医薬費 Expenses for medication		
	X線・諸検査費・手術室料 Expenses for examination	職業看護師費 Expenses for nurse	未受領金額 Balance due	
	その他			
		合計 Medical bill (total)		
		¥		
病院または医院の名称・住所・電話番号 Name of hospital,address and telephone number				日付 Date _____
担当医の署名 Signature of attending physician _____				

12 同 意 書
被保険者を診察したすべての病院、医師および関係者が、保険会社またはその業務委託する者に、被保険者に関するすべての病気、傷害の記録の提供、ならびに照会に回答することに下記署名人は承認します。なお本書の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。 I, the undersigned, authorize that au Insurance Co.,Ltd.(hereinafter,au)to obtain any and all information related to insurance claim to be filed against au from medical service provider(s),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 or inspected me. I admit that the copy of this authorization is as effective as the original
_____ 被保険者または親権者の署名・捺印
_____ 住所

- 保険法22条2項の定めにより、お客さまが被害者の方に損害賠償金をお支払した場合または被害者の方の承認があった場合に限り、弊社は保険金をお客さまに直接支払うことが可能です。
- 保険法22条1項の定めにより、保険事故発生後にお客さまについて破産手続きまたは再生手続きが開始したとしても、被害者の方はお客さまの保険金請求権について、破産手続きや再生手続きによることなく先取特権を行使することができます。
- あらかじめ弊社の承認を得ないで、被害者の方に対して、損害賠償責任の全部または一部を承認した場合は、保険金が支払われない場合がありますので、被害者の方との示談に際しては必ず事前に弊社にご相談ください。