

# 新・海外旅行保険/海外旅行総合保険/海外旅行傷害保険保険金請求書

損害保険ジャパン株式会社 行

本書の記載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。  
 保険金請求にあたり、本書裏面「個人情報の取扱いに関する同意」以下4つの事項について保険金請求者欄の署名をもって同意します。  
 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。

ご記入にあたっては、裏面の記入例をご参照いただき、状況・損害の程度を具体的にご記入ください。

**治療費をご請求の方** ① ② ③ ④ ⑤ にご記入ください

**携行品をご請求の方** ① ② ③ ④ ⑥ にご記入ください

**賠償金をご請求の方** ① ② ③ ④ ⑦ にご記入ください

**航空機・手荷物遅延・その他費用をご請求の方** ① ② ③ ④ および別紙の申告書にご記入ください

**1** 保険金をご請求いただく方がご記入ください。

保険金請求者	記入日 (DATE)	年 月 日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	住所 (ADDRESS)	〒 (フリガナ) (都・道・府・県)		
	契約証・証券番号 (POLICY NO.) または クレジットカード 種別 (CARD TYPE)		署名・捺印 (NAME-SIGNATURE)	(フリガナ)	親権者 (請求者が未成年の場合)	(フリガナ)
	出国日 (OUTBOUND DATE FROM JAPAN)	年 月 日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	生年月日 (DATE OF BIRTH)	年 月 日生	性 別	<input type="checkbox"/> 男 (Male) <input type="checkbox"/> 女 (Female) <input type="checkbox"/> その他 (Other)
	帰国日 (INBOUND DATE TO JAPAN)	年 月 日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	日中連絡の取れる 電話番号 (TEL)	( )	<input type="checkbox"/> 自宅 (Home) <input type="checkbox"/> 勤務先 (Office) <input type="checkbox"/> 携帯 (Mobile)	
	メールアドレス (E-MAIL ADDRESS)					

**2** お客さまの補償額をすべて確認するために、同一の損害または費用を補償する他の保険契約等 (共済契約を含みます。)をご記入ください。

他 ご 契 約	他に契約されている海外旅行保険はありますか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合にご記入ください		
			保険会社名	証券番号	保険請求の有無
					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	今回請求されるクレジットカード以外に海外旅行保険が付帯されているクレジットカードをお持ちですか? ※任意加入の方はお持ちのクレジットカードについて申告ください	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	カード裏面のカード発行会社を確認し、カード番号をご記入ください。				
	VISA ( )	( )	AMEX ( )	( )	( )
	Diners Club ( )	( )	JCB ( )	( )	( )
	ANA ( )	( )	DC ( )	( )	( )
	JAL ( )	( )	UC ( )	( )	( )
	エポス ( )	( )	APLUS ( )	( )	( )
	楽天 ( )	( )	NICOS ( )	( )	( )
	セディナ ( )	( )	MUFG ( )	( )	( )
	クレディセゾン ( )	( )	オリコ ( )	( )	( )
	(クレディセゾンカードの場合) → マイルアップ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他 ( )	( )	( )
	クレジットカードで旅行代金の決済をされましたか?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合	利用カード会社	

**3** 金融機関とゆうちょ銀行のいずれかの欄にご記入ください。

保 険 金 振 込 口 座	口座名義 (カタカナ)										
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信託 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店	口座種類	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄							
	ゆうちょ銀行	支店コード (3ケタ)	口座番号	通帳記号 (5ケタ)				通帳番号 (8ケタ)			
	受取人氏名 (保険金ご請求権者と同じ時はご記入は不要です)	口座番号	受取人ご住所 (保険金ご請求権者と同じ時はご記入は不要です)	〒 ( )							

代理店記入欄 受領日 20 年 月 日 受領者

(22050085) 401057 - 0300

**4** 事故の状況を詳しくご記入ください。

事 故 の 状 況	事故日時 (DATE AND TIME)・受傷日・初診日 (西暦・24時間表記でご記入ください)	年 月 日 ( : )	第三者による現認書
	国名 (COUNTRY)・場所 (PLACE)		私は、左記事故が事実と相違ないことを証明致します。
	損害・おけが・ご病気の状況 (CIRCUMSTANCES)		住所 (ADDRESS)
			氏名 (NAME)
	届出警察 (POLICE) / 受理番号 (No.)		※治療費領収書、事故証明書、ポリスレポート、旅行会社の証明等、別紙による証明を取得されている場合は、上記への記入は不要です。

**5** ご請求をいただく治療費についてご記入ください。

治 療 費	傷病名	治療費合計 (通貨)	薬代合計 (通貨)	交通費合計 (通貨)
	海外でキャッシュレス治療サービスをご利用されましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	今回の治療で入院されましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (入院日 年 月 日 退院日 年 月 日)		
	過去に同様のケガ・病気をしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (受診日 年 月 日)		

**6** 携行品について購入年月・購入価格は必ずご記入のうえ、領収書を添付ください。

損害品名 DAMAGED ITEMS	メーカー・形式 MODEL NO.ETC.	数量 QUANTITY	購入地・店 PLACE PURCHASED	購入年月 WHEN PURCHASED	購入価格 (通貨) PURCHASE PRICE	領収書の有無 RECEIPT	保証書の有無 GUARANTEE
				年 月	( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				年 月	( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				年 月	( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				年 月	( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				年 月	( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

携行品キャッシュレス・リペアサービス\*をご利用されていますか?  はい  いいえ (「いいえ」の場合、これから利用されますか?  はい  いいえ)

\*携行品キャッシュレス・リペアサービスについては、リペアサービスセンター (指定修理会社) から必要書類をお取り寄せいただいたうえで、損保ジャパン委託の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。また本サービスのご提供は、日本国内に限ります。(ただし、一部取扱いができない製品がございます。)修理が不可能な場合は、リペアサービスセンターからご連絡させていただきます。

携行品損害に関するご注意

- 携行品の明細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。
- ご購入の金額から、使用や経過年月による消耗分を差し引いて現在の価値として算出した金額がお支払の限度額となります。
- 高額な携行品であっても、1個、1組または1対について10万円が限度額です。
- 自己負担金額があるご契約の場合は、1事故につき損害額 (総額) のうち保険証券記載の自己負担金額を差し引かせていただきます。
- 同種の補償を行う他の保険契約等がある場合は、分担して保険金をお支払することとなり、二重にお支払することはできませんので予めご了承ください。

**7** 以下は第三者に被害を与えた場合にご記入ください。(賠償事故で、相手方と示談書を交わさない場合に示談書に代えて提出いただく書類です。)

第 三 者 へ の 賠 償 責 任	前記事故により、相手方 殿から損害賠償請求を受け、 年 月 日に賠償金 円 (通貨)
	を支払いましたが、当事者双方の了解により示談書を作成いたしませんでした。 つきましては、以上のとおり賠償行為が終了しておりますので示談書にかえて本確認書並びに損害賠償金の支払いを証する書類を提示し、保険金の請求をいたします。 なお、今後相手方、第三者等から本件賠償事故に関し異議申し立てがあった場合は当方で一切の責任を負うことを確約します。
	被保険者 (未成年の場合は親権者) 住所
	相手方 氏名

