

保険金請求書（海外旅行保険）

兼 個人情報の取扱いに関する同意書 兼 医療機関の提供および事故調査に関する同意書
 兼 キャッシュレスメディカルサービスに関する同意書 兼 他の保険契約等の保険金請求に関する同意書

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)			
	クレジットカード付帯保険の方 クレジットカード名をご記入ください。			(都道府県)		(フリガナ)	
	クレジットカード付帯保険以外にご加入の方 契約証・証券番号をご記入ください。		署名・捺印 (NAME-SIGNATURE)	親権者 (請求者が未成年の場合)	(フリガナ)		
	生年月日 (DATE OF BIRTH)	年 月 日生	生年月日		年 月 日生	性別	<input type="checkbox"/> 男 (Male) <input type="checkbox"/> 女 (Female) <input type="checkbox"/> その他 (Other)
出国日	年 月 日	日中連絡の取れる電話番号 (TEL)	()		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 (Home) (Office) (Mobile)		
帰国日	年 月 日	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。

他のご契約	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。				
	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？	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない	保険会社名	証券番号	保険請求の有無		
	カード名① NAME OF THE CREDIT CARD	カード番号 (上6桁、下4桁) NUMBER OF CREDIT CARD					
	カード名② NAME OF THE CREDIT CARD	カード番号 (上6桁、下4桁) NUMBER OF CREDIT CARD					
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。 ※口座名義欄は必ずご記入ください。

保険金振込口座	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店		ゆうちょ銀行				
	<input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 信託				通帳の「郵便振替口座開設 (送金機能)」欄に〇が付されていることを予めご確認ください。				
	<input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 農協		支店コード (3ケタ)		通帳記号 (5ケタ)	通帳番号 (8ケタ)			
	口座種類	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号						
口座名義 (カタカナ)									
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。)		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。)		〒 (フリガナ)					
代理店記入欄		受領日		20 年 月 日		受領者			

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 (:)	
	国名 (COUNTRY)・場所 (PLACE)		
	損害・おけが・ご病気の状況 (CIRCUMSTANCES)		
届出警察 (POLICE) / 受理番号 (No.)			
第三者による現認書	証人欄 WITNESS	私は、上記事故が事実と相違ないことを証明致します。 I confirm the accident as above.	住所 ADDRESS
	名前 NAME	印 SIGNATURE	TEL TELEPHONE メールアドレス E-MAIL ADDRESS
	被保険者 (保険の対象となる方) との関係 RELATIONS WITH THE PERSON INSURED		
※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

携行品キャッシュレス・リペアサービス※を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

保険金請求書（海外旅行保険）の記入例

この用紙は、「保険金請求書」「個人情報の取扱いに関する同意書」「医療機関の提供および事故調査に関する同意書」「キャッシュレス治療サービス利用に関する委任・同意書」「他の保険契約請求に関する同意書」「事故状況説明書」となっております。「保険金請求書」「事故状況説明書」は記載例をご参照のうえ正確にご記入ください。

<1>個人情報の取り扱いに関する事項

損保ジャパン（以下、「当社」と言います。）は、本保険金請求に関する個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供、損害保険等当社の取り扱う商品・各種サービスの案内・提供、アンケートの実施、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①から⑥まで、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録を行います。

- ①当社が、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、保険金の請求・支払いに関する関係先（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）、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
- ②当社が、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社、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ります。
- ③当社が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。
- ④当社が、国内外のグループ会社や提携先企業に提供を行い、その会社が取り扱う商品・サービスの案内・提供およびその判断等に利用することがあります。
- ⑤契約の安定的な運用を図るために、被保険者の保険金請求情報を契約者に対して提供することがあります。

なお、保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト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します。当社の個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）、グループ会社や提携先会社、等については当社公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp)をご覧ください。

Sompo Japan Insurance Inc.(hereinafter referred to as the "Company") uses personal information regarding this insurance claim in order to perform activities such as judgment on insurance underwriting or claim payouts, fulfillment of this insurance policy, provision of ancillary services, notification/provision of the Company's products/services such as nonlife insurance, and implementation of a questionnaire (hereafter referred to as "the Company's Activities"). In addition, the Company acquires, uses, provides or registers such personal information on the extent the Company needs for its operations in the manners listed (i) to (v) below.

- The Company may provide such personal information to its business contractors (including agents), insurance brokers, and parties involved in the claim/payment of insurance benefits (such as repair shops, medical institutions, nonlife/mutual insurance companies, parties involved in the insured events, etc.), or receive such personal information from these parties for the Company's Activities. These parties include businesses outside of Japan.
- The Company may provide such personal information to or resister it with organizations such as The General Insurance Association of Japan, The Life Insurance Association of Japan, General Insurance Japan, General Insurance Rating Organization of Japan, other nonfile insurance companies, etc., or receive such personal information from these organizations and companies to ensure sound operation of the insurance system.
- The Company may provide such information to reinsurance companies, etc., in Japan or overseas (including provision of such information from a reinsurance company, etc., to another reinsurance company, etc.), in order to conclude reinsurance contracts or receive reinsurance benefits, etc.
- The company may provide such personal information to its group companies or partner companies in Japan or overseas, and they may use it for notification or provision of their products/services and judgment of such judgment of such notification or provision.
- The Company may provide information of the insured's insurance claim, etc., to the policyholder to ensure the stable management of the insurance contract.

Use of sensitive information such as on healthcare (including sensitive information such as race, creed, social status, medical case history, criminal history, or criminal victimhood status) is restricted to purposes such as securing appropriate management of our businesses and other purposes as deemed necessary in accordance with group companies, partner companies, etc., visit the Company's official website.

<2>医療機関の提供および事故調査に関する同意

被保険者を診療または治療したすべての病院、医師および関係者、または本件事故に関する諸機関および関係者が、損保ジャパンまたはその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承認します。なお、本書の写真複写も同じ効力があるものと認めます。

<3>キャッシュレスメディカルサービスに関する委任・同意

病院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、その治療費についての保険金請求を病院または医師に委任します。その治療費用が当該保険で支払対象外と判明した場合には、当該治療費用を遅滞なく病院・医師（損保ジャパン）に支払うことを誓約します。

<4>他の保険契約等の保険金請求に関する同意

同一の損害または費用に対して、支払責任を負う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いません。以下同様とします。）から、保険契約等で定められた保険金等の額を超えてお支払いを受けた場合には、その超えた額を、損保ジャパン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（損保ジャパンまたは他の保険契約等の損害保険会社・共済等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、他の保険契約等がある場合、損保ジャパンがその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、損保ジャパンの負担すべき部分（他の保険契約等がないとする場合に各損害保険会社・共済等が支払うべき保険金等の額の合計額に対する損保ジャパンの支払うべき額の割合をてん補損害額に乗じて得た額）を超えて支払った額を求償することに同意します。

【保険金の支払方法・時期（履行期）について】

保険金の支払方法・時期（履行期）については、以下の期間内に保険金をお支払いします。

- ①「保険金請求に必要な書類」に記載された書類をご提出いただく等、必要な手続きを完了した日からその日を含めて30日以内に、保険金をお支払いするために必要な事項の確認を終え、保険金をお支払いします。
ただし、特別な照会・調査等が不可欠な場合、損保ジャパンは確認が必要な事項およびその確認を終えるべき時期を通知し、お支払いまでの期間を延長することがあります。お支払いまでの期間を延長する場合には、担当者から別途連絡いたします。
- ②期間を延長する場合の例については、下表をご参照ください。

期間を延長する場合	延長後の日数
警察、検察、消防その他の公の機関による捜査・調査結果の照会を行う場合	180日
医療機関、検査機関その他の専門機関による診断、鑑定等の結果の照会を行う場合	90日
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
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必要な事項の確認のための調査を行う場合	60日
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

※延長する期間は、商品や事故内容によって異なります。具体的には、期間を延長する場合に担当者よりご案内いたします。

- ③同一の事故により複数の種類の保険金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についても、特別なご要望がない限り、保険金を同時にお支払いします。

1 保険金をご請求いただく方がご記入ください。

記入日 (DATE)	20XX年 8月 1日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	住所 (ADDRESS)	〒160-8338 (フリガナ) シンジュウク ニシシンジュウク 東京 〇〇〇〇 〇〇 〇〇 新宿区 西新宿 1-26-1
クレジットカード付帯保険の方 クレジットカード名をご記入ください。	署名・捺印 (SIGNATURE)	印 (SEAL)	損保太郎 (フリガナ) ソンボ タロウ
クレジットカード付帯保険以外に追加の方 契約証・証券番号をご記入ください。	生年月日 (DATE OF BIRTH)	生年月日	20XX年 9月 22日生 年 月 日生
JJ0001234567	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 (Male) <input type="checkbox"/> 女 (Female) <input type="checkbox"/> その他 (Other)	
出国日	20XX年 7月 1日	日中連絡の取れる電話番号 (TEL)	03 (0000) 0000 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 (Home) (Office) (Mobile)
帰国日	20XX年 7月 10日	メールアドレス (EMAIL ADDRESS)	

保険金のご請求は、被保険者（保険の対象となる方）が必ずご自分でご記入、ご捺印ください。未成年者（18歳未満）の場合は、親権者または後見人の方が、ご記入、ご捺印ください。海外で保険金をご請求される場合、パスポートと同じサインをお願いします。

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。

他に契約されている海外旅行保険はありますか？	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険会社名	証券番号	保険請求の有無
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？	<input checked="" type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない	〇〇〇〇保険	123456789	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
カード名① NAME OF THE CREDIT CARD	VISA	カード番号 (上6桁, 下4桁) NUMBER OF CREDIT CARD	1 2 3 4 5 6	5 6 7 8
カード名② NAME OF THE CREDIT CARD		カード番号 (上6桁, 下4桁) NUMBER OF CREDIT CARD		
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	

他の同種の保険契約がある場合には必ずご記入ください。同種の保険契約とは、海外旅行総合保険、新・海外旅行保険、海外旅行傷害保険、クレジットカードに付帯する海外旅行傷害保険、普通傷害保険、傷害総合保険、家族傷害保険、交通事故傷害保険等をいいます。

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。 ※口座名義欄は必ずご記入ください。

口座種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0	支店	〒	ゆうちょ銀行	通帳記号 (6ケタ)	通帳番号 (8ケタ)
口座名義 (カタカナ)	ソノボ	タロウ	新宿				
受取人氏名 (保険金ご請求書等と同じ欄にご記入は不要です。)			受取人ご住所 (保険金ご請求書等と同じ欄にご記入は不要です。)				

代理店記入欄 受理日 20 年 月 日 受理者 (25090119) (010657) -0302

保険金振込口座欄のご記入に相違があると、照会等のためにお振込みが遅れることがありますので、お間違えのないようご記入ください。

携行品損害保険金、傷害治療費用保険金をご請求の場合は、警察等、公的医療機関の証明書などをご提出ください。ご事情によりお取り付けのできない場合は同行の添乗員もしくは第三者（ご家族以外の同行者等）の証明が必要となります。

4 事故の状況を詳しくご記入ください。

事故日時 (DATE AND TIME)・受理日・初診日 (西暦・24時間表記でご記入ください。)	20XX年 7月 5日 (12:00)
国名 (COUNTRY)・場所 (PLACE)	アメリカ ハワイ州
損害・おけが・ご病気の状況 (CIRCUMSTANCES)	歩行中後方から走行してきた自動車と接触したため、ケガをした。 また、その際に手に持っていたカメラを落としました。 相手側の車に傷がついたため、賠償を求められている。
届出警察 (POLICE) / 受理番号 (No.)	Hawai'i Police Department / XX-XXXXXX
私は、上記事故が事実であることを証明します。 I confirm the accident as above.	住所 ADDRESS
証人欄 WITNESS	TEL. TELEPHONE メールアドレス E-MAIL ADDRESS 被保険者 (保険の対象となる方)との関係 RELATIONS WITH THE PERSON INSURED

※治療費領収書、事故証明書、パスポート、旅行会社の証明書、別紙による証明を取得している場合は、上記の記入は不要です。

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	治療費合計 (通貨)	薬代合計 (通貨)	交通費合計 (通貨)
左腕打撲捻挫	\$120.00 (US\$)	\$80.00 (US\$)	\$30.00 (US\$)
海外でキャッシュレス治療サービスを利用されましたか？	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 PURCHASE RECEIPT	保証書の有無 GUARANTEE
カメラ	XXXX	1	XXデパート	20XX年 1月	36,800 (円)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				年 月	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				年 月	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				年 月	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				年 月	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

携行品キャッシュレス・リペアサービス等を利用していますか？ 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 (指定提携会社) 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繕会社へ修繕お預けいただくこととなります。また本サービスのご利用は、日本国内に限ります。 (ただし、一部取扱いできない商品がございます。) 修理が可能な場合は、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
 ●旅行中の帰国前・帰国中の際は別紙に署名してご記入のうえ、添付ください。
 ●購入の経路から、使用経過年月による劣損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。
 ●壊損な携行品であっても、1組または1対について10万円が限度額です。
 ●中古品修繕費があるご契約の場合、1組につき修繕費 (総額) のうち保険金請求 (総額) のうち保険金請求額 (総額) の自己負担金額を差し引かせていただきます。
 ●修理の補償を行う他の保険契約がある場合は、分別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。

記入欄が不足の場合は同じ要領で別紙にご記入のうえ添付してください。

賠償額を証する領収書等がある場合、被害者の方の氏名、賠償金の支払年月日、支払済みの賠償金額をご記入することにより、示談書にかえることができます。被保険者の方が署名・捺印してください。損害賠償額を証する領収書・振込証を添付してください。

7 携行品の賠償額を証する領収書

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。)

前記事故により、相手方 XXXXXX 様から損害賠償請求を受け、20XX年 7月 8日に賠償金 \$350,000 (通貨 US\$) を支払いましたが、当事務所の方了解により示談書を作成いたしましたので、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欄に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項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誓約します。

被保険者 (未成年の場合は親権者)	住所	〒160-8338 東京都新宿区西新宿 1-26-1
相手方	氏名	損保太郎 (印)
	氏名	鈴木 花子

※保険金のご請求にあたり、当社にご提出いただいた書類（保険金請求書、診断書、領収書等）の原本については、ご返却いたしかねますので、あらかじめご了承ください。