## 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

損害保険ジャパン日本興亜株式会社 行【TO:SOMPO JAPAN NIPPONKOA INSURANCE INC.】

「損害保険ジャパン日本興亜株式会社」は、損保ジャパンと日本興亜損保が2014年9月1日に合併して誕生した会社です。

Sompo Japan Nipponkoa Insurance Inc. is a new company which was launched by a merger of Sompo Japan Insurance Inc. and NIPPONKOA Insurance Co., Ltd., on September 1, 2014

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、下記4項目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。

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.

(1) 個人情報の取り扱いに関する同意 AUTHORIZATION FOR MY PERSONAL INFORMATION 損害保険ジャパン日本興亜株式会社(以下、「損保ジャパン日本興亜」といいます。)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・各種サービスの条件・提供、アンケートの実施、等を行うために利用するほか、下記①から④まで、その他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損保ジャパン日本興亜が、上記業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、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ること。 ②損保ジャパン日本興亜が、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、またはこれらのものから提供を受けることがあること。 ③損保ジャパン日本興亜が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。)があること。

③損保シャバン日本興亜が、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、再保険会社等に提供を行うこと(再保会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。) があること。
④損保シャバン日本興亜が、グループ企業や提携先企業に提供を行い、その企業が取り扱う商品等の案内または提供を行うことがあること。
なお、保健医療等の特別な非公開情報(せンシティブ情報)については、保険業法施行規則により限定された目的以外の目的に利用しません。
損保シャバン日本興亜の個人情報保護宣言、グループ企業や提携先企業、等については損保ジャバン日本興亜公式ウェブサイト(http://www.sjnk.co.jp/)をご覧くださるか、下記の窓口までお問い合わせ願います。
お問い合わせ窓口:損保ジャバン日本興亜カスタマーセンター電話番号 0120-888-089
受付時間 平日 午前9時~午後5時(12月31日~1月3日は休業)

Sompo Japan Nipponkoa Insurance Inc. (hereinafter "Sompo Japan Nipponkoa") uses personal information regarding this insurance claim in order to judge insurance underwriting or payment, to perform this contract, to provide relevant services, to introduce or provide products and services that our company offers such as non-life insurance or to conduct questionnaire, and acquires, uses, provides or registers such personal information in so far as the following items ① to ④ are concerned and to the extent that our company needs it for the business purposes.

① Sompo Japan Nipponkoa may provide the information to, or accept provision of the information from, an outside service provider of Sompo Japan Nipponkoa's business

"Usompo Japan Nipponkoa may provide the information to, or accept provision of the information from, an outside service provider of Sompo Japan Nipponkoa's business (including insurance agencies), insurance brokers, medical institutions, parties related to claim or payment of insurance money, or other related parties.

(2)Sompo Japan Nipponkoa may provide or register the information to or with, or accept provision of the information, from, The General Insurance Association of Japan, Non-Life Insurance Rating Organization of Japan, other non-life insurance companies or other related parties for the purpose of sound management of the Insurance

SSompo Japan Nipponkoa may provide the information to a reinsurance company, etc. (including provision from the reinsurance company, etc. to another reinsurance company, etc.) in order to enter into a reinsurance contract or receive payment of a reinsurance claim, etc.
 Sompo Japan Nipponkoa may provide the information to its group company or partner company, and may introduce or provide products, etc. that such a company

offers.

Sompo Japan Nipponkoa does not use healthcare or other special non-public information (sensitive information) for any purpose, except as conditionally permitted under the Enforcement Regulations of the Insurance Business Law in Japan.

For Sompo Japan Nipponkoa's declaration of personal information protection, group companies, partner companies, etc., please visit Sompo Japan Nipponkoa's official website (http://www.sipink.co.jp/) or contact the following contact.

Contact for inquiries: Sompo Japan Nipponkoa Customer Center
Tel: 0120-888-089

Reception hours: Weekdays: 09:00 a.m. to 08:00 p.m.

Weekends/holidays: 09:00 a.m. to 05:00 p.m. (closed from December 31 to January 3)

Weekerdos/notacys. 0s.00 p.int. (closed in the closed for a to dark) of the control of the con

るくる)キャッシュレスメディカルサービスに関する委任・同意 AUTHORIZATION FOR CASHLESS MEDICAL SERVICE 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、その治療費用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(または損保ジャパン日本興亜)に支払うことを誓約します。 When "CASHLESS MEDICAL SERVICE" is provided for me by the hospital or medical provider, I authorize the hospital or medical provider to make an insurance claim for the medical expenses for my treatment. In case the medical expenses turn out not to be payable under insurance policy, I pledge myself to pay such medical expenses as not covered under the insurance policy to the hospital or medical provider (or to Sompo Japan Nipponkoa) without delay.

expenses as not covered under the insurance policy to the hospital or medical provider (or to Sompo Japan Nipponkoa) without delay.

(4) 他の保険契約等の保険金請求に関する同意 AUTHORIZATION FOR INSURANCE CLAIMS FROM OTHER POLICIES
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支払を受けた場合には、その超えた額を損保ジャパン日本興亜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(損保ジャパン日本興亜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、他の保険契約等のあ場合、損保ジャパン日本興亜の負担すべき部分(他の保険契約等がないとする場合に各損害保険会社・共済等に対して、損保ジャパン日本興亜の負担すべき部分(他の保険契約等がないとする場合に各損害保険会社・共済等では大力では、またのでは、ま

を求償することに同意します。
I agree that if I receive payments such as insurance payouts that exceed the amount of insurance money, etc., stated in the policy under which this claim is made or in any other policies, etc., (insurance contracts, mutual aid contracts or any other contracts under whatever name they are known and under which payouts, etc., are made to cover the same damage or cost; and the same applies in this contract) for the same damage or cost, I shall repay, without delay, the amount exceeding the insurance money, etc., to Sompo Japan Nipponkoa or to the other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded. [If Sompo Japan Nipponkoa, other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded, specify procedures for such repayment, I shall follow the procedures.] In the case of the existence of other insurance contracts, etc., are concluded, specify procedures for such repayment, I shall follow the procedures.] In the case of the existence of other insurance contracts, etc., are concluded. Specify procedures for such repayment, I shall follow the procedures.] In the case of the existence of other insurance contracts, etc., are concluded.

## 裏面の記入例をご参照のうえ、状況・損害の程度を具体的にご記入ください。

記入日	年	月	В		4	主所	₹	-	-	(フ!	<b>リガナ)</b>							
(DATE)	(YEAR) (M			保険		DRESS)			都道府	息								
‡刀 &力 ≡⊤ .				金請	署名	・捺印	(フリフ	ガナ)				+ 親	(フリガナ)					
契約証・ 証券番号				保険金請求者 (C	(NAN						<b>(£)</b>	未成年の場合) 親権者(請求者が						<b>(B)</b>
					生生	F月日			年	月	日生		生年月日	_		_		
保険期間	年	月	日	TNAMIA	性	別		号(Male)	□女(Fe	ma <b>l</b> e)		) か	エサクレ	-		年	月	日生
(INSURANCE PERIOD)	年	~ 月	日	EN		連絡の取 番号 (TEL			(	)				☐ E (Ho	自宅・ me)	□勤務: (Office)		]携帯 Mobile)
,					メー	-ルアドレ	ス											

<b>D</b>																								
		金融	フリ ガナ	 	 	銀行	信託		フリ ガナ	 	 	(本	店	口座	(普通)		店番				座番	号		
	に保関除する	機関				、農協	・、日報 ・労金 ちよ銀行	2)					店	種類	(当 座)									
	に関する指図書保険金の支払先	口座 名義 (カタ												ø÷	うちょ銀行	Ī	通帳記号							
	書先	(カタ カナ)												Japar	n Postal Ba	ank	通帳番号							
	受取人ご信 (保険金ご請求 時はご記入は不	者と同じ	₹	_											※金融機	関と	ゆうちょ銀行のし	゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙゙	口座番号	0				

代理店記入欄	受領日	20	年	月	日	受領者	

	□無	□有	「有」の場	合は以下を	をご記入くださ	とい。			
他の保	保険契約・	会社名						契約証	E番号
険 契 約		語 ま ま ま ま ま ま ま ま よ い は よ い に あ い に あ れ に あ れ に し に れ に に に に に に に に に に に に に	UC	ーーー フレジットカ □ JCB の他 (		□ NICC	)S )	カード	番号
	保険金請求	の有無		] 無 [	〕有				
			以下を	ご記入く	ださい。⑤	)、⑥、⑦は	亥当する	る欄をご	ご記入ください。
		に関する保険会 発生日や事故に				- E追加でご請求・	ください。	もしくは、	、本紙のコピーをとりご記入いただくか、
	日時(DAT	E AND TIME	年	月	日	AM PM			第三者による現認書 私は、左記事故が事実に相違ないことを証明致
	場所(PLA(	CE)							住所 (ADDRESS)
状況									氏名(NAME)
	入院の場合	ご記入ください	, <b>)</b> :						
	入院日 届出警察(I	年 POLICE) / 受	月 理番号(No.	.)	退院日	年	月	日	<ul><li>※治療費領収書、事故証明書、ポリスレポート、旅行 証明等、別紙による証明を取得されている場合し への記入は不要です。</li></ul>
	以前に	今回ご詰求さ	れる症状で	台唇を受け	たことがあり:	ますか。ある場	今はいつ、	ですか	
	(1)		тошиси		<b>□ない</b>		(		月頃)
	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	治療で入院され	1ましたか □はい		いえ		キャツ	- シュレス治	台療サービスは利用されましたか □はい □いいえ
	場合	(MEDICAL CHAP S\$ ) —— )	RGE) 薬什	(US\$)	NE)	(US\$)			その他(OTHERS) 合計(TOTAL) (US\$) (1-0) (1-0)
	(そ)	の他)(	)	(その他)(	)	(その他)	(	)	(その他)( ) (その他)(

	届	人院日 出警察 (POI	年 LICE) / 受理社	月 番号 (No.)	H	退院日	年	月	<u> </u>	訂	療費領収書、事故 明等、別紙による の記入は不要です	証明を			
<b>—</b>		1,1341 A 5		, - 15-37, -				710 411							
		以前に、今日	回ご請求される	が正状で治療							五)				
	(1)	A = = 1/1 =				]ない		ある( 	年	月					
	療	今回の治療	で入院されま			. ~		+	ヤッシュレス	治療サー	ビスは利用され				
	費 等	N		口はい	しいし			(TD 1110D		7.00		□いし		`	
	治療費等の場合	治療質 (ME	DICAL CHARGE		EDICIN	E)		(TRANSPO	ORTATION)		OTHERS)		合計 (TOTAL	.)	
	合	(1-0)					Œ		,	(E			(1-0)		,
		その他		, , , , , ,	かり、	田什 洛华	1	の他)(	)	₹0	)他》( )		その他)(		)
			流付のうえ、タ 購入価格は必ず							位をご記	入ください。				
			引 引 引	メーカー		数量		地·店		年月	購入価格(通	貨)	領収書の有無	保証書	の有無
ご		DAMAG	ED ITEMS	MODEL N	O. ETC.	QUANTITY	PLACE F	URCHASED	WHEN PU	IRCHASED	PURCHASE PF	RICE	RECEIPT	GUAR	ANTEE
自									年	₣ 月	(	)	(有) (無)	(有)	(無)
身									年	₣ 月	(	)	(有) (無)	(有)	(無)
の   損	(2)								白	₣ 月	(	)	(有) (無)	(有)	·(無) ;;
害	[智]								白	₣ 月	(	)	(有) (無)	(有)	·(無) 
治	損								白	月	(	)	(有) (無)	は、上 ( 保UARANT (無) (無) (無) (無) (ま) (か) (ま) (な) (な) (な) (な) (な) (な) (な) (な) (な) (な	(無)
療	携行品損害の場合										合、これから利用 をお取り寄せ頂い				
の   状	合	の修理会社	社へ直接お送り	ハただくことと	なります。	また本サーと	ごスのご提	供は、日本	国内に限ります	す。(ただり	」、一部取扱いがで ましてはポケットガ	ごきな	い製品がございる	ます。) 修	
況		携行品損害	に関するご注意	京点											
等			)明細紙面不足 :指の場合、時(i							つき109	6~20%程度)	の滴	用がございます		
		●高額な携	行品であって	も、1個、1組	または1	対について1	10万円か	限度額で	<b>d</b> 。						· ¬ · · · ·
		●同種の補	順を行う他の	保険契約等刀	ゆる場合	ゴは、分担し	(保陝金	をお文払り	ることとな	り、一里に	こお文払すること	ほど	きませんのです	っめご∫	承くた
	<b>(2)</b>		出発予定便	·	乗継予	定便の出発う	予定日時	代替·	便·出発日時	j	費用明細 (領収書	を添	付してください	) (	通貨)
	(3)	出発遅延									宿泊費			(	)
	空行		月	日 便	F	3 8	便	月	В	便	食事代			(	)
	(機争) 遅放					-			_		交通費			(	)
	延緊の急	乗継遅延									通信費			AL) ) (	)
	航空機遅延の場合旅行事故緊急費用	_	時	分発		時	分発		時	分発 旅	行サービス取消料			(	)
											合計			(	)
		※航空機	幾の遅延、	手荷物の過	星延、照	倍償に関す	するご	青求の場	合、裏面	もご記	入ください				

C	3														
(		旅(証)	航空機寄託手荷物遅延	·旅行事故緊	急費用等の	)場合									
	自身のそ	マ 兼空	目的地到着日時:	年	月	日	時	便	荷物が到着	着した日時:	年	月	日	時	
		春垂記	支出	内容				支払	日			支払額(選	貨)		
	の他費用損害	発育 開業 開業の の の の の の の の の の の の の の						年	月	В			(		)
	損害	害の海遅ら						年	月	日			(		)

## ※以下は第三者に被害を与えた場合にご記入ください。

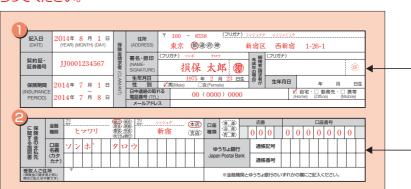
		7777		
	_	※賠償事故で、損害額が100万円以下の場合で、相手方と示	談書を交わさない場合に示談書に代えて提出いただく書類です。	
9	-	1310 3 At = 0 1 1 1 AT   1 AT	害賠償請求を受け、	
者へ	1 確	年 月 日に賠償金	円を支払いましたが、当事者双方の了解により示談書を作成いたしませんでし	た。つきまし
0	· =y	は、以上のとおり賠償行為が終了しておりますので示談	書にかえて本確認書並びに損害賠償金の支払いを証する書類を提示し、保険氩	全の請求をいる。
FI.		します。		
財貨		被保険者	住所	27%
틭				(印)
Í-	È	(未成年の場合は親権者)	氏名	KEY .

	(未成年の場合は						( <u>f</u>	9)
		トは医療機関にて	ー ご記入いただ <sup>く</sup>	くものです。				
ATTENDING	3 PHYSICIAN' S	STATE	MENT (	診断書	)  ※治療費	費用が10万円以下の	)場合、省略可	能です。
Patient' s Name (Last I	Name, First Name)		Patient's I	Date of Bir	thday(患者生	年月日)	SEX (性別)	
患者名(姓名)			Month (月 <u>)</u>	Day(	日)Ye	ar(年)	□M (男)	□F(女)
Date of illness (first sy	mptoms) or Injury (症状が現れ	た日)	Is condition	n due to pre	egnancy?(	妊娠による病気で	すか?)	
			□YES (はし		10 (いいえ)			
Date the Patient first o	consulted you for this condit	ion(初診日)	Diagnosis o	r condition (	of illness or i	njury (診断名または	<b>は症状)</b>	
lf Patient was injured, p	please give place of acciden	t (傷害事故の場合	」 、受傷場所をご	記入ください	)			
Month (月 <u>)</u> Day (E	e or similar prior illness, plea a)Year(年) ease affecting present condi				症有りの場合	、最初の発病日を	ご記入くださ	(U1)
•	<u>.</u>							
	Month(月) Day From 通院) From	Day (日) 読中) 3.Referr 「Y	5) to		(まで) (まで) (まで) continued (中 日間) □N	止) 🗆 5.Death		Times (回) Times (回)
						BALANCE DUE 未受領金額)		
	TOTAL CH (合計							
Address(住所)					1			
Phone number (電話番号	<del>}</del> )							
Fax number (ファクシミリ	番号)							
Date of preparation (作		Day(目)	Year(年)	 Siøi	nature (罢名また	は記名捺印) of attend	ding physician	 n(担当医)
			\	Jigi	はない (自力み/こ	ioputatikh) Ol alicili	unib priyaldidi	(15二位)

## 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」「キャッシュレス治療サービス利用に関する委任・同意書」「他の保険契約等の保険金請求に関する同意書」「事故状況説明書」「診断書」となっております。

「保険金請求書」「事故状況説明書」は記入例をご参照のうえ正確にご記入ください。「診断書」は治療を受けた場合、現地の病院で記入してもらってください。



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。

保険金振込指図欄のご記入に相違がありますと、照会等のためにお振り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。

記入例をご参照のうえ、状況、程度を具体的にご記入ください。

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。

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、公的機関の証明書 などをご提出ください。

で事情によりお取付けのできない場合は同行の添乗員もしくは第三者の証明が必要となります。

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。

	T.,	느	無		「有」の場合	は以下を	ご記入くださ	:010						
	他のの	保	険契約·会社	名						契約証	番号			
-	保険	海	外旅行傷害	保険が付帯さ	れているクレ	ジットカー	-K			カード	新号			
	契約		三井住友\ JAL	/ISA 🗆	UC □ □ そのfi	JCB 也(	□ DC	□ N	ICOS					
		保	険金請求の	有無		無□	有			•				
	$\overline{}$			J	以下をご記	記入くだ	<b>ごさい。</b> ⑤	6.7	は該当す	する欄をご	記入	ください。		
4	<b>)</b> -			する保険金額 と日や事故内容				追加でご記	すべください	n。もしくは、	本紙の	コピーをとりご記入	いただくか、	
		⊢		ND TIME)	10750 00	31000		-	AM :	:	Т	第三者	による現認書	
		L	_	2014	年 7	月	2 日	Œ	9 9	00	私は	、左記事故が事実に	相違ないことを	証明致しま
		場	所(PLACE)	アメリカ	カ ハワイ	州						(ADDRESS)		
	事故	*	故・疾病の状	況(CIRCUN	ISTANCES	;)					- 3	表京都千代田	区	
-	の	1	トテルの部	屋で写真	を撮ろうとし	たところ	、誤って枯	子に						
	状況			子を壊した。										
		Ą	皮壊すると	同時に、ケ	ガをしたの'	で病院	で治療を	受けた。			1	(A.A.A.E.)		
		λ	院の場合ご記	己入ください:	:						1526	(NAME) 損傷	· 花子	(ii)
			入院日	年	月	В	退院日	年	月	B	200 2444	· 查費領収書、事故証明	8# #U71#	L MITCH
		届	出警察 (PO	LICE) / 受理	番号 (No.)						証	別等、別紙による証明 の記入は不要です。		
		_									1 . "	OBL/(IS-)-SC 9 s		
- (	5)-		以前に、今	回ご請求され	る症状で治療	を受けた	ことがありま	ますか。ある	場合はい	つですか				
`	Γ	(1)					ない		5る(	年	月頃	i)		
		治療費	今回の治療	で入院されま	したか 口はい				++	ッシュレス治	療サー	ごスは利用されまし		
		算等の	治療費(ME	DICAL CHARG		VEDICIN		交通費(	TRANSPOR	RTATION) T	Eの他 (0	OTHERS)	いえ 合計(TOTA	L)
		場合		US \$120.0	, L 🥨	IS\$		ÜS	\$) 但) 惟)(		US I-		( US\$ )	US \$120.0
			その他	:( )	(3)	の他 (	)			)	₹の	施( )	その他	( )
		H		添付のうえ、 購入価格は必	外質でお文払	よいした資					をご記	入ください。		
			摸翻	器名 ED ITEMS	メーカー MODEL N	-·形式	数量 QUANTITY	購入: PLACE PL	地·店	購入年 WHEN PURI	月	購入価格(通貨) PURCHASE PRICE		保証書の存
	き自			メラ	X	X X	1	_	パート	2012 年	7月	36,800 (円)		有 (i
	身				1					年	月	(		(有) (#
<b>-</b>	の損	(2)								年	月	(	) (a) (b)	1 1
	害	携行品損害			ļ			ļ		年	月 月	(		(有) (市)
	治	損害の	携行品キャ	ッシュレス・リヘ	 (アサービス:	※をご利用	されていま	<u> </u> すか? □	まい □い			 	237 237	1 50 5
	療の状	の場合	※携行品キーお送りいた	ァッシュレス・リ・ こだくこととなり	ベアサービス! )ます。また本	については サービス(	t、リベアサー Dご提供は、E	ビスセンター	- (指定修理 ります。(た	を注() からめまたし、一部取	要書類を扱いがで	お取り寄せ頂いたう きない製品がござい イドをご参照ください	えで、当社委託の ます。) 修理が不	修理会社へi 可能な場合は
	況		携行品損害	に関するご注	意点						1 //	c=2/m c/ccv	-	
	等		<ul><li>携行品の</li><li>高器</li><li>高器</li><li>できる</li></ul>	明細紙面不足 掃の場合、時	2の場合は別 価額ベースで	で計算する	5ため減価償	却(物によ	り、ご使用!	期間1年につ	き10%	~ 20%程度)の	適用がございま	<b>f</b> .
			<ul><li>高額な拠</li><li>同種の補</li><li>さい。</li></ul>	行品であって 損を行う他の	も、1個、1組 保険契約等	目または1 がある場:	対について	10万円が	限度額です とお支払す	。 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・
		(3)		出発予定例	更·予定日時	乗継引	定便の出発	予定日時	代替便	·出発日時	31	別用明細 (領収書を	添付してください	ハ) (通
		航旅行	出発遅延		_					_	<u> </u>	宿泊費 食事代		(
		機事		月	日 传	E	月 日	便	月	B	便	交通費		(
		遊延の放緊急	乗継遅延			+		-				通信費		(
		場費	术称廷延	時	<del>5) 5</del>	€	時	分発	В	<del>ў</del> 5	発施	サービス取消料		(
		日用	п			- 1		- 1				合計		,

損害額が100万円以下で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。

6															
Y		旅行前	航空機寄託手荷物遅延・	旅行事故緊	急費用等の場合	à									
	自身	手の製造機	目的地到着日時:	年	月 E	B 6	時 信		荷物が到着し	た日時:	年	月	日	膊	
-	の そ	他養養	支出	内容				支払E	3			支払額 (通	貨)		
	ご自身のその他費用損害	その他費用損害が放緊急費用等の3機寄託手荷物						年	月	В			(		)
新工作   和工作   和工															)
Ġ				3	※以下は第三	者に被害	を与えた	場合	こご記入くださ	さい。					
	※賠債事故で、損害額が100万円以下の場合で、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	署しま	E g .		被保険者	住所			区西新宿1-26-1					(ii)	