財団法人 自治体国際化協会専用 Exclusive for Council of Local Authorities for International Relations

CLAIM FOR PAYMENT OF BENEFITS

Overseas Travel Accident Insurance

海外旅行傷害保険金請求書

（裏面診断書）

株式会社損害保険ジャパン御中【TO:SOMPO JAPAN INSURANCE INC.】
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いたします。
保険金請求にあたり、下記項目について保険金請求者欄の署名をもって同意いたします。
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.

個人情報の取扱に関する同意書 AUTHORIZATION
貴社が本保険金請求に関する個人情報を、本契約の履行、保険引受・支払いの判断、付帯サービスの提供を行うために、下記①～③まで、その他業務上必要とする範囲で取得・利用・提供または登録するとに同意します。
①貴社が上記業務のために、業務委託先（保険代理店を含む）、医療機関、修理業者、保険金請求・支払に関する関係先、事故に関する関係先、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貴社が保険金制度の健全な運営のために、（社）日本損害保険協会、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ること。
③貴社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（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含む）があること。

I agree that your company acquires, uses, provides or registers my privacy information regarding this insurance claim so far as the follwings are concerned and to the extent your company needs for the business in order to perform this contract, to underwrite insurance contract to judge on payment or to provide relevant services.
①that your company may privide the information with business entrusted company (including insurance agency), medical institution, repairing company, parties related to claim or payment of insurance money, parties related to accident or others, or to be provided the information by these persons.
②that your company may provide the information with the Non-life Insurance Association of Japan or other non-life insurance company or others or register it for the purpose of sound management of insurance system, or to be provided the information by these persons, and
③that your company may provide the information with reinsurance company, etc. (including the case where the reinsurance company, etc. provides the information to other reinsurance companies, etc.) in order to enter into a reinsurance contract or receive reinsurance claim, etc.

DATE OF CLAIM-FILING 請求日	年 月 日		
契約内容 POLICY (CERTIFICATE) NO. 証券（契約証）番号		Jet NO. 整理番号	
PERIOD OF INSURANCE 保険期間	From To		

同一危険を担保する他の保険契約（有・無）
保険会社名　　保険種類
証券番号　　保険金額

CLAIMANT (INSURED) 保険金請求権者	ADDRESS 住所			
	NAME 氏名 ㊞			TEL (YOUR HOME 自宅)
	PLACE OF EMPLOYMENT 勤務先・	TEL	SEX 性別 Ⓜ男 Ⓕ女	AGE 年令
CONTRACTOR 保険契約者（申込人）	ADDRESS 住所 東京都千代田区霞が関３－３－２ 新霞が関ビル19階			
	NAME 氏名 財団法人 自治体国際化協会			

Instruction of Payment（保険金銀行振込依頼書）

Please send the money to my bank account. I approve that the paymant is finished when money is sent to the bank account.

保険金は下記口座へ振り込んで下さい。
口座への振込をもって支払いがなされたものと認めます。

SIGNITURE OF CLAIMANT
保険金請求権者

BANK 銀行　BRANCH 支店

BANK ACCOUNT NUMBER
口座番号　（普通）ORIGINAL　（当座）CURRENT

NAME REGISTERED IN BANK ACCOUNT
口座名義

Letter of Delegation（委　任　状）

私は上記保険金請求権者を代理人と定め、下記事項を委任します。
記
下記事故に係る海外旅行傷害保険金の請求及び受領に関する一切の権限

I decide that the claimant above is my agent and delegate as follows.
I delegate all the authority to claim and to recieve the insurance related to the accident.

委任者（未成年者の場合は親権者）
ADDRESS
住所
SIGNITURE OF DELEGATING PERSON
氏名 ㊞

DETAILS OF ACCIDENT 事故内容	CIRCUMSTANCES 状況
DATE AND TIME 日時	
PLACE 場所	
Witness of Accident, If any 事故の証人の名前と住所 / NAME 氏名	
ADDRESS 住所 / TEL	

⬇事故の種類に応じて下記の該当欄にご記入下さい。PLEASE WRITE THE FOLLOWING ACCORDING TO THE ACCIDENT

ACCIDENT・SICKNESS 傷害・疾病事故

NATURE & CONDITION OF INJURY OR SICKNESS 傷害または疾病名及び症状

NAME & ADDRESS OF HOSPITAL OR DOCTOR 病院または医師の住所・氏名 TEL

HAVE YOU HAD ANY PRIOR TREATMENT FOR THIS CONDITION? 以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか？ ☐ YES はい ☐ NO いいえ

IF SO, WHEN? いつですか？

OTHER INFORMATION その他参考事項

AMOUNT CLAIMED 請求金額

DOCTOR FEE, SURGICAL EXP ETC. 治療費、手術費等	$ ¥
MEDICINE, SURG. DRESSINGS ETC. 薬代、繃帯費等	$ ¥
X-RAY LABORATORY TEST ETC. レントゲン等、診検査費	$ ¥
PROFESSIONAL NURSE FEE 職業看護師費	$ ¥
HOSPITAL ROOM CHARGE 入院室料	$ ¥
HOTEL ROOM CHARGE 入院に代るホテル客室料	$ ¥
AMBULANCE 緊急移送費・移転費	$ ¥
OTHERS その他	$ ¥
TOTAL AMOUNT 合計	$ ¥

LIABILITY 賠償事故

PROPERTY DAMAGE 第三者の財物に対する損害

NAME OF OWNER 所有者　ADDRESS 住所

TEL　AMOUNT CLAIMED 請求金額 $ ¥

KIND OF PROPERTY AND EXTENT OF DAMAGE 財物の種類および損害の程度

BODILY INJURY 第三者の人身傷害

NAME OF INJURED 負傷者氏名　AGE 年令　ADDRESS 住所

TEL　OCCUPATION 職業

NATURE AND EXTENT OF INJURY 傷害の部位・程度　AMOUNT CLAIMED 請求金額 $ ¥

NAME AND ADDRESS OF HOSPITAL OR DOCTOR 治療した病院、医師の住所、氏名、TEL

社用欄			
支払額			
SC課長		支払日（承認日）	
担当者			

KPK