





# ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)

Patient's Name: (患者氏名)	Patient's Date of Birthday: (患者生年月日)
---------------------------	-----------------------------------------

Date of Sickness (first symptoms) or Injury (症状が現れた日):

Date the Patient first consulted you for this condition (初診日):

Is condition due to pregnancy ? (妊娠による病気ですか?):  
 YES (はい)       NO (いいえ)

Describe any other disease affecting present condition (他の疾患の影響がありますか?):

If Patient has had same or similar symptoms before, please give approx. date and whether recovered.  
 (以前に患者に同様の症状があれば、その日付け、および、治癒したかどうか):

Name & Address of facility where services were rendered (If other than home or office)  
 (他の機関で治療を受けている場合、その病院名および住所):

Date (s) of Services (治療・入院期間)

Home visit (往診)	From	(M)	(D),	20	(Y) to	(M)	(D),	20	(Y)
Outpatient (外来)	From	(M)	(D),	20	(Y) to	(M)	(D),	20	(Y)
Inpatient (入院)	From	(M)	(D),	20	(Y) to	(M)	(D),	20	(Y)

State Diagnosis or Nature of Sickness or Injury (診断名または症状):

Date of service (治療日)	Fully describe procedures, medical services of supplies furnished (治療内容をご記入ください)	Charge (治療費用)	AMOUNT PAID (受領済金額)
			US\$
			YEN
			BALANCE DUE (未受領金額)
			US\$
			YEN
TOTAL CHARGE (合計)		US\$ YEN	

Attending Physician (担当医)

Address (住所)

Tel (電話)

\_\_\_\_\_  
Signature of Attending Physician

Date:                    (M)                    (D) 20                    (Y)

# 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」「キャッシュレスメディカル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。

**1**

記入日 (DATE)	2010年 1月 4日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	住所 (ADDRESS)	〒 160 - 8338 (フリガナ) シンジャク? ニシシンジャク? 東京 (東京都) 新宿区 西新宿 1-26-1
契約証・証券番号	JJ0001234567	署名・捺印 (NAME-SIGNATURE)	(フリガナ) ソンボ タロウ 損保太郎 (印)
保険期間 (INSURANCE PERIOD)	2009年 12月 28日 2009年 12月 31日	生年月日	1975年 2月 23日生 性 別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 (Male) <input type="checkbox"/> 女 (Female)
請求種類	<input checked="" type="checkbox"/> 傷害治療費用 (Injury-Medical Exp) <input type="checkbox"/> 疾病治療費用 (Sickness-Medical Exp) <input type="checkbox"/> 救護者費用 (Rescuer's Exp) <input type="checkbox"/> 死亡 (Death) <input checked="" type="checkbox"/> 携行品 (Baggage) <input type="checkbox"/> 賠償責任 (Liability) <input type="checkbox"/> 航空機遅延 (Baggage Delay Exp) <input type="checkbox"/> 航空機遅延 (Flight Delay Exp) <input type="checkbox"/> 旅行変更費用 (Alteration Exp) <input type="checkbox"/> その他 (Others)		

**2**

銀行等への口座へ振り込み希望。振込をもって支払いがなされたものと認めます。 <input type="checkbox"/> 小切手希望。(海外での支払いのみとなります。日本ではお取り扱いしていません。)	金融機関	口座種別	店番・記号	口座番号
<input checked="" type="checkbox"/>	ジャパン	新卒	000	0000000000
口座名義 (カタカナ)	ソンボ タロウ	受取人ご住所 (保険金請求書と併せて記入してください)		
		海外受取の場合は銀行振込先住所 (Address of Bank)		

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ると、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。

他に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。

治療を受けた場合の記入例

携行品損害の記入例

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。

**3**

今日の内容で、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。)をすべてご記入ください。

他 の 保 険 契 約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合は以下をご記入ください。 保険契約・会社名 _____ 契約証番号 _____ 海外旅行傷害保険が付帯されているクレジットカード <input type="checkbox"/> 三井住友VISA <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> NICOS _____ カード番号 _____ <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> その他 ( ) _____ 保険金請求の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**4**

以下は、必ずご記入ください。下記(1)、(2)は該当する欄をご記入ください。

損害日時/受傷日・症状が現れた日	2009年 12月 29日 AM/PM 10時頃	事故地(国名・場所)	ハワイ・ホノルル																																										
損害・ケガ・病気の状況	《できるだけ詳しくご記入ください。》 観光中石畳につまずき転倒。膝をケガしたので現地で治療した。 首からぶら下げていたカメラもその時ぶつけて壊れシャッターが動かなくなってしまい、帰国後に修理した。																																												
治療費等の詳細については以下にご記入のうえ、領収書を添付してください。(支払通貨を必ずご記入ください。)	初診日 2009年 12月 30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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 左記「はい」の場合治療を受けましたか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 治療費・薬代・入院費等 治療費US\$99.89 薬代US\$10.51 ※キャッシュレスサービスを利用しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ その他・交通費等 _____ 合計金額(通貨) US\$110.40																																												
(1) 治療費等の場合	携行品損害・航空機遅延・旅行事故緊急費用の場合ご記入ください。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>品名</th> <th>数量</th> <th>購入先</th> <th>購入価格(通貨)</th> <th>購入年月日</th> <th>領収書・保証書の有無</th> <th>保険会社使用欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○○○カメラAB-1</td> <td>1</td> <td>○○電気</td> <td>39,000(円)</td> <td>2007年12月12日</td> <td>(有)・無</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>( )</td> <td></td> <td>有・無</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>( )</td> <td></td> <td>有・無</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>( )</td> <td></td> <td>有・無</td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>( )</td> <td></td> <td>有・無</td> <td>( )</td> </tr> </tbody> </table> ※スーツケース修理サービスを利用していますか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ご請求方法詳細につきましては、海外旅行保険ポットガイドをご参照ください。なお、スーツケースにつきましては、損保ジャパンから「スーツケースサービスのご案内書」をお取り寄せたいといううえで、損保ジャパン提携の修理会社へ直接お送りいただくこととなります。スーツケース修理サービスのご提供は日本国内に限ります。また、修理が不可能な場合には、損保ジャパンからご連絡させていただきます。 保険金請求金額・紙面不足の場合は別紙 カメラの修理代 ¥8,500			品名	数量	購入先	購入価格(通貨)	購入年月日	領収書・保証書の有無	保険会社使用欄	○○○カメラAB-1	1	○○電気	39,000(円)	2007年12月12日	(有)・無	( )				( )		有・無	( )				( )		有・無	( )				( )		有・無	( )				( )		有・無	( )
品名	数量	購入先	購入価格(通貨)	購入年月日	領収書・保証書の有無	保険会社使用欄																																							
○○○カメラAB-1	1	○○電気	39,000(円)	2007年12月12日	(有)・無	( )																																							
			( )		有・無	( )																																							
			( )		有・無	( )																																							
			( )		有・無	( )																																							
			( )		有・無	( )																																							
(2) 携行品賠償責任・航空機遅延・旅行事故緊急費用の場合	航空機遅延・旅行事故緊急費用の場合 目的地到着日時: 年 月 日 時 分 目的地到着日時: 年 月 日 時 分 警察届出(携行品盗難の場合は必須) 届出警察署(住所) _____ 届出年月日 _____ 受理番号 _____ 証人欄(証人が本人が署名・捺印ください) 上記の通り事故を確認します。 名前 保険 一郎 (印) 住所 東京都新宿区西新宿1-26 TEL 03-0000-0000 被保険者との関係 同行者																																												
航空機遅延・旅行事故緊急費用の場合	費用明細(領収書を添付してください) (通貨) 出発遅延 出発予定日・予定日時 _____ 乗継予定日の出発予定日時 _____ 代替便・出発日時 _____ 宿泊費 ( ) 食事代 ( ) 交通費 ( ) 通信費 ( ) 旅行サービス取送料 ( ) 合計 ( )																																												