

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

ご記入日 20 年 月 日

AIG損害保険株式会社 宛

- 当請求書の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。
- 被保険者と支払先口座名義人が異なる場合、被保険者は支払先口座名義人が保険金を受領することについて同意のうえ署名・捺印します。
- 同一の損害または費用に対して、本保険金請求書の対象となる保険契約および他の保険契約など（保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金などを支払う契約をいいます。本書面では同様とします）から、保険契約で定められた保険金などの額を超えて保険金などの支払いを受けた場合には、保険契約で定められた保険金などを超えた額について、貴社または他の保険契約などの損害保険会社・共済などへ直ちに返還します（貴社または他の保険契約などの保険会社・共済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、他の保険契約などがある場合、貴社がその保険契約などの損害保険会社・共済などに対して貴社の負担部分を超える額を求償することに同意します。
- 医療機関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権を医療機関に委任します。また当該保険金において支払対象外と判明した治療費については、速やかに医療機関、医師、または貴社に支払うことを誓約します。
- 私は今回、保険請求するにあたり、下記の各項目に同意します。なお、本書の写真複写（コピー）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.

■ 保険金支払に必要な医療情報の提供

AIG損害保険株式会社の担当者（AIG損害保険株式会社が委託依頼した者も含む）が、被保険者を診療または治療した全ての医療機関および関係者から、①被保険者の傷病の原因・症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症などについて説明を受けること。

②被保険者の診断書・診療報酬明細書・施術証明書・その他証明書や診療情報資料、レントゲンフィルムなどの検査資料の提供を受けること（資料の複写や撮影を行うことを含む）。

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the insured, to furnish to AIG General Insurance Co., Ltd. or its authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment as well as copies of all hospital or medical records.

■ 個人情報の取扱い

AIG損害保険株式会社が、今回の保険金請求に関する個人情報を次の目的のために利用すること。

- ① 今回のご請求に関わる保険事故の調査および保険金のお支払い ② 保険契約のお引受け、ご継続・維持管理
- ③ 日本におけるAIGグループ会社・提携会社等が取り扱うサービスや各種商品のご案内・提供、ご契約の維持管理
- ④ 弊社業務に関する情報提供および運営管理、商品・サービスの充実 ⑤ お客様までのお取引および業務運営を適切かつ円滑に履行するために行う業務
- ⑥ その他上記に付随する業務

また、次の場合に外部へ提供する場合があること。

- ① 利用目的の達成に必要な範囲内において、保険代理店を含む委託先（外国にある事業者を含みます）へ提供する場合
- ② 保険金の適正および迅速な支払いその他保険契約の履行のために必要な範囲内で、保険事故の関係者（事故当事者、医療機関、事故当事者の関係する保険会社、修理業者等、外国にある事業者を含みます）に提供する場合
- ③ 再保険（再保険以降の出再を含みます）の手続きをする場合（外国にある事業者との間の手続きを含みます）
- ④ ご本人の保険契約内容を保険業界において設置運営する情報制度に登録する等、保険制度の健全な運営に必要であると考えられる場合
- ⑤ AIGグループ会社と共同利用する場合 ⑥ その他法令に根拠がある場合

1 被保険者（旅行者・保険の対象となる方）・保険金請求者

契約証・証券番号 (企業包括契約の方は ID No.もご記入ください) ①		複数のご契約がありまし たらご記入ください ②	
フリガナ		③	
被保険者	お名前 (男) (女)	日中のご連絡先 (自宅) (勤務先) (携帯)	()
ローマ字 Printed Name of Insured	生年月日	年	月 日 歳
ご住所 日本国内 〒 -	E-Mail アドレス		
勤務先			
以下は保険金請求者が被保険者（旅行者・保険の対象となる方）と異なる場合にご記入ください。 また、被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。			
保険金 請求者	お名前	日中のご連絡先 (自宅) (勤務先) (携帯)	()
フリガナ	E-Mail アドレス		

2 保険金支払先

- カード通帳をご確認のうえ、口座名義のカタカナ・スベルを印字通りにご記入ください。
- 貯蓄口座へのお振込みはできません。

銀行	J A	支店	ゆうちょ銀行
信用金庫	信用組合		
店番号	口座番号	通帳記号	通帳番号
(普通・総合) (当座)		1 0	
口座名義（カタカナ） 左つめでご記入ください			

次項へ続く



代理店 受付日	年 月 日	保険会社 受付日	
------------	-------	-------------	--

3 他の保険契約などについて

他に契約されている 海外旅行保険	会社名	証券番号	請求の有無	☐ なし ☐ あり
お持ちの海外旅行 保険付帯クレジッ トカードに○印を つけてください	☐ JCB ☐ 三井住友VISA ☐ UC ☐ DC ☐ マスター ☐ SuMi TRUST CLUB(シティ) ☐ NICOS(ニコス) ☐ オリコ ☐ MUFG ☐ ジャックス ☐ ライフ ☐ アプラス ☐ CF ☐ VIEW ☐ ダイナース ☐ アメックス ☐ JAL ☐ ANA ☐ UA ☐ OMC ☐ イオン ☐ VISAエグゼクティブ ☐ VISAアミティEA ☐ JCBネクサス・グランデ ☐ EPOS(エポス) ☐ 楽天 その他のクレジットカード 【カード名: _____】			
	今回の旅行代金は上記ご申告いただいたクレジットカードを使用して支払いされていますか。 ☐ はい ☐ いいえ			

4 おケガ・ご病気・事故の状況

いつ起こりましたか	おケガ	おケガをされた日をご記入ください。 年 月 日	ご病気	発症日と初診日をご記入ください。 発症 初診 年 月 日頃
どこで起こりましたか	国名		都市名	
おケガ・ご病気に至った経緯・ 症状など詳しくご記入ください				
1) 過去に今回のおケガ・ご病気 に至った経緯・症状で治療を 受けられたことがありますか	☐ いいえ ☐ はい	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	その症状は治癒していましたか ☐ いいえ ☐ はい 病院名
2) 常用されているお薬があれば お知らせください	☐ なし ☐ あり	薬名		

5 委任状

●医療機関などへの支払を希望される場合はご記入ください。

私は、私を治療した病院・医師、その他()を代理人と定め、
当該事故に係わる保険金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

署名日	20 年 月 日
被保険者署名	(印)

6 治療費用・救済者費用について

治療費・交通費・その他

●記入欄が足りない場合は、別紙にご記入のうえご提出ください。
●金額は支払い通貨でご記入ください。
●負担された費用の領収書をこの請求書と一緒に送付してください。

項目	通貨	金額
治療費・入院費	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	
処方薬購入費	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	
弊社提出用診断書代 *弊社提出用の診断書代が対象となります。	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	
入院または通院のための交通費	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	*公共交通機関をご利用の場合 公共交通機関名 運賃(片道あたり) 往復回数 回 *自家用車をご利用の場合 往復距離 km 往復回数 回 *タクシーをご利用の場合 ご利用金額合計 タクシーをご利用の場合は領収書をご提出ください。
(入院時)国際電話料など通信費	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	
(入院時)入院に必要な身の回り品購入費	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	
その他()	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	

救済者が要した費用

項目	通貨	金額
航空運賃など交通費	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	
宿泊施設の客室料	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	
現地での交通費	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	
諸雑費 (入院に必要な身の回り品購入費、通信費など)	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	
その他()	(アメリカドル) (ユーロ) (イギリスポンド) (中国元) (日本円) (その他) ()	

！ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

AIG損保へ返送する書類

治療費用専用

ご記入日 20XX年 9 月 1 日

この書類を作成された日付をご記入ください。

保険金を請求される方がご記入ください。

● 保険金を請求される方が未成年の場合

- ・ 親権者の方が保険金請求者となります。
- ・ 被保険者欄に事故当事者の情報を、保険金請求者欄に親権者の方の情報をそれぞれご記入のうえ、押印してください。

● 事情によりご本人が請求できない場合

- ・ 法定代理人または法定相続人が保険金請求者となります。
- ・ 被保険者欄に保険金を請求される方の情報を、保険金請求者欄に法定代理人または法定相続人の情報をそれぞれご記入のうえ、押印してください。

忘れずに押印してください。

- 弊社からの指定がない場合、認印で結構です。
- 海外で保険金請求される場合は、ご署名だけで結構です。

AIG損害保険株式会社 宛

- 当請求書の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。
- 被保険者と支払先口座名義人が異なる場合、被保険者は支払先口座名義人が保険金を受領することについて同意のうえ署名・捺印します。
- 同一の損害または費用に対して、本保険金請求書の対象となる保険契約および他の保険契約、共済契約その他のいかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金などを支払う契約があります。本書面では同様とします。保険契約で定められた保険金などの額を超えて保険金などの支払いを受けた場合には、保険契約で定められた保険金などを超過した額について、貴社または他の保険契約などの損害保険会社・共済などへ直接に返還します（貴社または他の保険契約などの損害保険会社・共済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、他の保険契約などの損害保険会社・共済がその保険契約などの損害保険会社・共済に対して貴社の負担額を超過する額を求償することに同意します。
- 医療機関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権を医療機関に委任します。また当該保険において支払対象外と判明した治療費については、速やかに医療機関、医師、または貴社に支払うことを承諾します。
- 私は今回、保険請求するにあたり、下記の各項目に同意します。なお、本書の写真複写（コピー）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.
- 保険金支払に必要な医療情報の提供

- AIG損害保険株式会社の担当者（AIG損害保険株式会社が委託依頼した者を含む）が、被保険者を診療または治療した全ての医療機関および関係者から、①被保険者の傷病の「症状・診断内容・治療内容・検査結果・既往症など」について説明を受けること。

- ②被保険者の「診断書・診療報酬明細書・傷病証明書・その他証明書や診療情報資料、レントゲンフィルムなどの検査資料の提供を受けること（資料の複写や撮影を行うことを含む）。

- I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined the insured, to furnish to AIG General Insurance Co., Ltd. or its authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment as well as copies of all hospital or medical records.

- 個人情報の取扱い

- AIG損害保険株式会社が、今回の保険金請求に関する個人情報を次の目的のために利用すること。

- ①今回の請求に関わる保険事故の調査および保険金のお支払い ②保険契約の管理・提供、ご契約の維持管理

- ③日本におけるAIGグループ会社・世界会社等が取り扱うサービスや各種商品のご案内・提供、ご契約の維持管理

- ④弊社業務に関する情報提供および運営管理、商品・サービスの充実 ⑤お客さまとの取引および業務運営を適切かつ円滑に履行するために行う業務

- ⑥その他上記に付随する業務

- また、次の場合に外部へ提供する場合があること。

- ①利用目的の達成に必要な範囲内において、保険代理店を含む委託先（外国にある事業者を含みます）へ提供する場合

- ②保険金の請求および迅速な支払いその他の保険契約の履行のために必要な範囲内で、保険事故の関係者（事故当事者、医療機関、事故当事者の関係する保険会社、修理業者等、外国にある事業者を含みます）へ提供する場合

- ③由保険（由保険以外の利用を含みます）の手段を必要とする場合（外国にある事業者との間の手続きを含みます）

- ④ご本人の保険契約内容を保険業界において設置運営する情報制度に登録する等、保険制度の健全な運営に必要であると考えられる場合

- ⑤AIGグループ会社と共同利用する場合 ⑥その他法令に根拠がある場合

1 被保険者（旅行者・保険の対象となる方）・保険金請求者

契約証・証券番号 (企業別契約の方はID No.をご記入ください)	① 123456XXXX	複数のご契約がありましたらご記入ください	② 987654XXXX
フリガナ	エイアイ タロウ	日中の ご連絡先	① 自宅・勤務先・携帯 (090-XXXX-1234)
お名前	永合 太郎 (男)	被保険者	ローマ字 Printed Name of Insured
	Eiai Taro	生年月日 Date of Birth	XX 年 YY 月 MM 日 DD 30 歳
ご住所	日本国内 〒 1XX-XXXX 東京都〇〇区XX町4-5-6	E-Mailアドレス	aitaro@xxx.co.jp
		勤務先	エイアイ商事株式会社
以下は保険金請求者が被保険者（旅行者・保険の対象となる方）と異なる場合にご記入ください。 また、被保険者が未成年の場合は、親権者の方がご署名・ご捺印ください。			
フリガナ		お名前	
ご住所	日本国内 〒 -	日中の ご連絡先	(- -)
E-Mailアドレス			

ご連絡先をご記入ください。

- ご自宅あるいは日中のご連絡先をお忘れなくご記入ください。
- E-Mailアドレスをお持ちでしたら、ご記入ください。

保険金の支払先をご指定ください。

- 通帳などをご覧いただき、正しくご記入ください。
- 口座番号は、右づめでご記入ください。
- ゆうちょ銀行の場合は、下図を参考にご記入ください。
(ゆうちょ銀行の例)

2 保険金支払先

東西	銀行	J A	南北	支店	ゆうちょ銀行
信用金庫	信用組合				
店番号	0 0 1 1 2 3 4	口座番号	X X X	通帳記号	0
普通・総合 当座				通帳番号	
口座名義(カタカナ)	エイアイ タロウ				
左づめでご記入ください					

- カード通帳をご確認のうえ、口座名義のカタカナ・スペルを印字通の順にご記入ください。
- 貯蓄口座へのお振込みはできません。

記号	11960	番号	1234561
おなまえ			

● 貯蓄口座へのお振込みはできません。

ゆうちょ銀行	
記号	1 1 9 6 0
番号	1 2 3 4 5 6 1



❗ ご記入の前に、記載の内容をご確認ください。

他の保険会社にご請求可能な保険契約がある場合は、内容をご記入ください。

● 右記のクレジットカードには、海外旅行保険がセットされていますので、該当のカードをお持ちであれば、ご記入ください。

おケガまたは発病された時の状況について、詳しくご記入ください。

弊社から直接病院へ支払いを希望される場合は必ずご署名ください。また、保険金請求を代理人に委任される場合もご記入ください。

3 他保険契約などについて

海外旅行保険 保険金請求書 兼 同意書

● 該当するものがある場合は必ずご記入ください。

他に契約されている海外旅行保険	会社名	東亜損保	証券番号	ABC123XXX	請求の有無	なし	あり																					
お持ちの海外旅行保険付帯クレジットカードに○印をつけてください	JCB	三井住友VISA	UC	DC	マスター	SUMI TRUST CLUB(シティ)	NICOS(ニコス)	オリコ	MJFG	ジャックス	ライフ	アプラス	CF	VIEW	ダイナース	アメックス	JAL	ANA	UA	OMC	イオン	VISAエグゼクティブ	VISAアメリカン	JCBネクサス・グランデ	EPOS(エポス)	楽天	その他のクレジットカード	【カード名:】
今回の旅行代金は上記ご申告いただいたクレジットカードを使用して支払いされていますか。	はい	いいえ																										

4 おケガ・ご病気・事故の状況

おケガをされた日をご記入ください。

発症日と初診日をご記入ください。

いつ起こりましたか	おケガ	年	月	日	ご病気	発症	20XX	年	8	月	1	日	初診	20XX	年	8	月	2	日
どこで起こりましたか	国名	アメリカ合衆国	都市名	ホノルル															
おケガ・ご病気に至った経緯・症状など詳しくご記入ください	ホノルル到着直後から腹痛があり、ホテルで休んでいたが、翌日も回復せず、発熱もあったため病院へ行った。																		
1) 過去に今回のおケガ・ご病気	いいえ	はい	治療期間	年	月	日	～	年	月	日									
に至った経緯・症状で治療を受けたことがありますか	その症状は治癒していましたか													いいえ	はい	病院名			
2) 常用されているお薬があればお知らせください	なし	あり	薬名																

5 委任状

● 医療機関などへの支払を希望される場合はご記入ください。

署名日

20

年

月

日

署名

被保険者署名

● 記入欄が足りない場合は、別紙にご記入のうえご提出ください。

● 金額は支払い額で記入してください。

● 負担された費用の領収書をこの請求書と一緒に送付してください。

6 治療費用・救済者費用について

治療費・交通費・その他

項目	通貨	金額
治療費・入院費	アメリカドル	152.50
処方薬購入費	アメリカドル	49.99
弊社提出用診断書代 ・弊社提出用の診断書代が対象となります。	アメリカドル	
入院または通院のための交通費	アメリカドル	
(入院時) 国際電話料など通信費	アメリカドル	
(入院時) 入院に必要な身の回り品購入費	アメリカドル	
その他(通訳費)	アメリカドル	100

救済者が要した費用

項目	通貨	金額
航空運賃など交通費	アメリカドル	
宿泊施設の客室料	アメリカドル	
現地での交通費	アメリカドル	
諸雑費 (入院に必要な身の回り品購入費、通信費など)	アメリカドル	
その他()	アメリカドル	

● 負担された治療費用、交通費、救済者費用などについてご記入ください。