

# 海外旅行保険金ご請求のご案内

このたびは、弊社の海外旅行保険をご利用いただき厚く御礼申し上げます。  
 保険金のご請求をいただくにあたり、必要な書類は以下のとおりですので、お手数ではございますがご手配くださいますようお願い申し上げます。  
 なお、ご請求いただきました後、追加書類をお願いする場合がございますので、予めご了承ください。  
 また、お問合せにつきましては、下記電話番号へご連絡くださいますようお願い申し上げます。

## 海外旅行保険の保険金ご請求について

日本国内一般電話・公衆電話から  
 専用フリーダイヤル：0120-370-726  
 ジェイアイ傷害火災保険株式会社は、朝日火災海上保険株式会社と業務提携しております。お客様お持ちの「海外安心サービスのご案内」にジェイアイデスクの連絡先が記載されていますので、最寄りのジェイアイデスクにご連絡ください。  
 TO: ATTENDING DOCTOR OF MEDICINE  
 JI ACCIDENT & FIRE INSURANCE CO., LTD. IS THE CLAIM AGENT FOR ASAHI FIRE AND MARINE INSURANCE CO., LTD. PLEASE CONTACT THE MOST NEARBY JI-DESK LOCATION LISTED IN THE BOOKLET THE INSURED BEARS.

補償項目	保険金請求に必要な書類							主な支払項目	備考
ご請求される保険金の種類 ・海外旅行保険金請求書(本書)の共通と下記の番号の欄をご記入ください。	海外旅行保険金請求書(本書)	パスポートのコピー(写真のページと日本出入国スタンプ欄)	事故証明書	医師の診断書	負担した費用の明細書および領収証	損害品の修理見積書および写真	購入時の価格・購入先を示す書類	その他弊社が重要事項説明書などで求める書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主な支払項目をあげています。お支払にあたってはそれぞれ条件があり、記載している費用でもお支払いできない場合があります。</li> <li>・記載の他にも限度額が個別に設定されている場合があります。</li> <li>・支出した通貨が日本円以外の場合、保険金の支払額が確定した日の前日の交換比率(レート)で日本円換算した保険金をお支払いします。ただし、クレジットカードの明細書など、実際に支出した日本円が明示された資料をご提出いただいた場合は、その額でお支払いできる場合があります。</li> </ul> 詳しくは「ご契約のしおり」でご確認ください。
傷害治療費用 注1 共通 1 6 7	○	○	○注2	○	○			○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・治療のために支出した医師の診察費、手術費、処方薬剤費、義手義足修理費(傷害治療費用のみ)、検査費、職業看護師費、入院費、静養指示によるホテル客室料、緊急移送費、入院交通費、医療通訳費、弊社提出用診断書費など</li> <li>・入院時:国際電話料等通信費、身の回り品購入費(合計で20万円限度、身の回り品購入費は5万円限度)</li> <li>・治療後:行程復帰または直接帰国の交通費・宿泊費</li> </ul> 入院一時金の付保がある場合、継続して2日以上入院で「入院一時金」がお支払いの対象となります。
疾病治療費用 注1 共通 1 6	○	○		○注4	○			○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時:国際電話料等通信費、身の回り品購入費(合計で20万円限度、身の回り品購入費は5万円限度)</li> <li>・治療後:行程復帰または直接帰国の交通費・宿泊費</li> </ul>
携行品損害 注1 共通 2 7	○	○	○注2		○(破損)	○		○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同等品再調達価額と修繕費相当額のいずれか低い額*</li> <li>・乗車券等は再購入費(5万円限度)</li> <li>・旅券は現地での旅券再取得費・渡航書取得費(10万円限度*)</li> <li>・運転免許証(自動車・原付)は再発給手数料</li> </ul> 本人・親族のものが対象* 一部保険対象外品あり 1組1対で10万円限度 ※はワイドタイプの場合のみ
賠償責任 注1 共通 3 7	○	○	○注2	○(対人)	○(対物)			○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・責任期間中に生じた偶然な事故により、他人の身体の障害や他人の財物の破損等について、法律上の損害賠償責任を負担することによって支払うべき損害賠償金など</li> </ul>
旅行中事故緊急費用 共通 4 6 7 8 注3	○	△	○注3		○			○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通費、ホテル等客室料、国際電話料等通信費、渡航手続費、旅行サービス取消料など(他との重複支払なし)</li> <li>・待機中の食事代(6時間以上の航空機遅延時)</li> <li>・身の回り品購入費(6時間以上の航空機寄託手荷物遅延時、遅延後96時間以内で帰宅前の購入に限る)</li> </ul> 保険期間中5万円限度 うち食事代5万円限度 身の回り品購入費は、保険期間中10万円限度
航空機寄託手荷物遅延費用 共通 4 7 8	○	○	○注2		○			○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・衣類・生活必需品・身の回り品購入費(6時間以上の航空機寄託手荷物遅延時、遅延後96時間以内の購入に限る)</li> </ul> 1回の遅延で10万円限度
航空機遅延費用 共通 4 7 8	○	○	○注2		○			○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代替便が利用可能となるまでのホテル等客室料、食事代、交通費、国際電話料等通信費、目的地における旅行サービス取消料など(6時間以上の航空機遅延時)</li> </ul> 1回の遅延で2万円限度
救援者費用 共通 5 6 7	○	○	○注2	○	○			○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・救援者の航空運賃等交通費・ホテル等客室料、移送費用、遺体処理費用、諸雑費など(救援者の渡航手続費、現地交通費、身の回り品購入費、国際電話料等通信費など)</li> </ul> 救援者は3名分限度 客室料1名14日分限度 諸雑費20万円限度
旅行変更費用 クルーズ旅行取消費用 共通 5	○	○(中途帰国)	○注2	○	○			○	<ul style="list-style-type: none"> <li>・出発取消時:旅行取消料など(旅行変更費用で出国中止費用補償対象外特約が付帯されている場合は対象外)</li> <li>・中途帰国時(旅行変更費用のみ):帰国費</li> <li>ただし、企画旅行の場合は、(旅行変更費用保険金額×未消化日数/予定日数)で求めた金額と帰国費の高い額</li> </ul> 契約日以前に原因となった事由が発生していた場合は対象外

注1 旅行中事故緊急費用の付保があれば、旅行中に負担された交通費、ホテル等客室料、通信費、旅行サービスの取消料などをお支払いできる可能性があります。  
 注2 公の機関、やむを得ないときは第三者の事故証明書。第三者とは、航空会社・添乗員・同行の友人・知人等をいいます。事故証明書は、6欄、7欄(左欄)または8欄を使用していただくほか、証明する機関の様式でも結構です。  
 注3 公的機関・交通機関・宿泊機関・医療機関・旅行会社・添乗員の事故証明書が必要です。事故証明書は、6欄、7欄(左欄)または8欄を使用していただくほか、証明する機関の様式でも結構です。  
 注4 海外旅行開始後に病気にかかり、旅行行程終了後72時間を経過するまでに医師の治療を開始したことを併せて証明してあるもの。

# 海外旅行保険金請求書

## INSURANCE CLAIM FORM FOR OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT

朝日火災海上保険株式会社 御中 TO: Asahi Fire & Marine Insurance Co.,Ltd.

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, after appending my signature thereto. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

- 医療情報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、貴社またはその指名する者に、被保険者に係るすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承諾します。
- クレジットカードに付帯された海外旅行保険などの重複保険があり、他の保険の支払責任分額をも含め貴社が一括して保険金を支払った場合は、私は貴社を代理人と認め、本件事故につき他の保険契約にかかる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任し、他の保険の支払責任分額を回収することを承諾します。
- 〈個人情報の取扱い〉本件事故に関して、保険金支払および保険事故の調査などに必要な範囲において、個人情報を取得・利用すること、また、法令等による場合や調査のために必要な場合には、業務委託先、調査先等へ提供することに同意します。
- 他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報)を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、また、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、また、貴社から提供を受け、利用すること。
- 同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる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わず、同一の損害または費用に対して保険金等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等の額を超えて保険金等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等を超えた額について、貴社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。(貴社または他の保険契約等の保険会社・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。)  
※ 詳しくは、弊社ホームページ「個人情報の取扱い(保護に関する基本方針)」をご参照ください。

**共通** ※保険金請求者は被保険者(保険の対象となる方)ご本人です。被保険者が未成年の場合、保険金請求者は保護者となります。

契約証・証券番号		請求日	年	月	日
保険金請求者※	フリガナ 氏名	国内住所(支払通知送付先。必ずご記入ください。)			
	生年月日	年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 他( )			
	日中連絡のとれる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯			
	またはe-mail: 職業・勤務先	住所			
この欄は、保険金請求者と被保険者が異なる場合のみご記入ください。		住所			
フリガナ 氏名		TEL			
生年月日		年	月	日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
同一危険を補償する他の保険契約はございますか? <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(ありの場合、詳細を下欄にご記入ください。)		海外旅行保険が付帯されたクレジットカードをお持ちですか?(上記2.を参照) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(ありの場合、該当カードの□にチェックしてください。)			
保険会社名		<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 三井住友 <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> UFJ <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> Citi <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アメックス <input type="checkbox"/> セディナ <input type="checkbox"/> ジャックス <input type="checkbox"/> アプラス <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> ライフ <input type="checkbox"/> セゾン <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> VIEW <input type="checkbox"/> JTB旅カード <input type="checkbox"/> JTB(その他) <input type="checkbox"/> 他( )			
証券番号					

事故または疾病が発生した日時	年	月	日	時	頃
事故または疾病が発生した場所	国名:	場所:			
事故の状況、疾病の内容などについてご記入ください。					

保険会社使用欄	
代理店書類受付日	
年 月 日 印	
営業課店受付印	SC受付印

保険金支払指図欄 (ご希望の方法の□にチェック)	<input type="checkbox"/> ①下記の口座へ振り込んでください。(ゆうちょ銀行へのお振込はできません。)					
	フリガナ	銀行	農協	支店	(口座名義人が保険金請求者と異なる場合、関係を選択してください。)	
		信金	信組		<input type="checkbox"/> 親族	<input type="checkbox"/> 同行者
					<input type="checkbox"/> 旅行会社	<input type="checkbox"/> その他( )
	1 普通	店番号	口座番号	口座名義(カタカナ)		
2 当座						
(スーツケース引取・修理・お届けサービスご利用の場合)						
<input type="checkbox"/> ②朝日火災海上保険株式会社が提携する修理業者へ直接お支払いください。						
<input type="checkbox"/> ③治療を行った病院・医師へ直接お支払いください。Please pay the hospital or doctor directly.						
<input type="checkbox"/> ④( )へ直接お支払いください。						

## 1 傷害治療費用／疾病治療費用／入院一時金

初診日	年	月	日	以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
傷害または疾病名および症状				“あり”の場合、いつですか？	年	月～年
入院				“あり”の場合、治療されていましたか？治癒された時期はいつですか？	<input type="checkbox"/> 治癒していた（年 月） <input type="checkbox"/> 治癒していなかった	
治療に要した費用など				入院または通院のための交通費		
項目	金額			交通機関	利用日	区間・経路・回数
治療費・手術費等 (薬代、レントゲン等諸検査費) (職業看護費、入院室料 など)	¥・\$ ( )					
医師の診断書費(弊社提出用)	¥・\$ ( )					
治療のために必要な通訳雇入費	¥・\$ ( )					
(入院時)必要となった国際電話料等通信費 入院に必要な身の回り品購入費	¥・\$ ( )			合計		
他( )	¥・\$ ( )			公共交通機関の場合は、区間と回数を記入してください。 タクシーの場合は、領収証を添付してください。 自家用車の場合は、区間、距離と回数をご記入ください。		
合計	¥・\$ ( )					

## 2 携行品損害

盗難・火災等の場合、届出警察署(官公署)：				届出番号：		
損害品目 (型式・品番等詳細に)	数量	実購入金額	購入した場所・店	購入年月日	領収書	損害の状態 (破損の場合に箇所や状態をご記入ください。)
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

## 3 賠償責任

第三者の財物への損害	所有者氏名	負傷者氏名
	住所	住所
	TEL	TEL
	財物の種類、損害の程度	病院・医師氏名 傷害名
請求金額 ¥・\$ ( )		住所 TEL

## 4 旅行中事故緊急費用／航空機寄託手荷物遅延費用／航空機遅延費用

支出した項目	購入日時・支出日時	内容(購入先、ご利用の区間、ホテル名等)	金額
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		

## 5 救援者費用／旅行変更費用／クルーズ旅行取消費用

支出した項目	人数・宿泊数等	支出日	内容(ご利用の区間、ホテル名等)	金額
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		

旅行変更費用・クルーズ旅行取消費用のご請求の場合、以下もご記入ください。

旅行代金	予定されていた旅行日程	旅行を取りやめた日	取消料、違約料等
	年 月 日～年 月 日	年 月 日	

\*請求にあたっては、1ページの主な支払項目をご参照ください。 ※記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙にご記入ください。

## 6 診断書

Medical Certificate

医師に記入を依頼してください。

患者氏名 Patient's name		患者生年月日 Patient's date of birth	
症状が現れた日 Date of illness (first symptom) or injury		妊娠による疾病ですか？ Is the condition due to pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
初診日 Date of first consultation		妊娠何週目でしょうか？ If yes, how many weeks pregnant is the patient? weeks 週目	
他の疾病の影響はございますか？ Describe any other disease affecting the present condition		来院前の投薬はありますか？ Describe any other prescribed medication taken prior to the visit	
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか？ Has the patient ever had the same or similar symptoms? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		いつ頃でしょうか？ If yes, give the approximate date of their occurrence	
		以前の症状で実際に治療を受けましたか？ If yes, did the patient receive any treatment for the prior symptoms by any doctor?	
治療の期間 Period of your treatment		<input type="checkbox"/> Out patient 外来 Date: <input type="checkbox"/> Home visit 往診 Date: <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From To	
傷病名および経過 State the diagnosis or the nature of the illness or injury			
他の機関で治療を受けたならば、その住所、病院名 Name and address of the facility where services were rendered for this illness or injury			転医日 Date of transfer
治癒日 Date of recovery		ホテルでの静養が必要でしたか？ Did you instruct the patient to stay in a hotel room for recuperation? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From To	
職業看護師の付添が必要でしたか？ Was professional nursing required? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From To		必要であればその理由 If yes, please specify the reason	
治療内容を記述ください。 Fully describe the procedures, medical services or supplies furnished		ICD CODE	治療費用 Charges
			治療日 Date of service
			治療費用合計 Total charge ¥・\$・( )
			受領済金額 Amount paid ¥・\$・( )
			未受領金額 Balance paid ¥・\$・( )
電話 Tel		日付 Date	
住所 Address		署名 Signature	
		担当医 Attending physician	

## 7 第三者の証明

家族以外の第三者に記入を依頼してください。公的機関や添乗員等の証明書がある場合、記入は不要です。

Certificate of the third party 第三者の証明	事故日時 Date and time of accident	事故場所 Place of accident
	事故状況 Details of the accident	
	上記を証明します。 I verify the above is true and correct	
	住所 Address	Tel
氏名 Name		

傷害事故・携行品の事故で、第三者の証明書を取得できない場合には、下記にその理由をご記入ください。

第三者証明書は下記理由により取得できませんが、報告した事故の内容に相違ありません。

理由：

被保険者

## 8 航空機遅延事故証明

FLIGHT DELAY CERTIFICATION

航空会社に記入を依頼してください。航空会社の様式でも結構です。

DATE OF OCCURENCE 事故日	YEAR 年	MONTH 月	DAY 日	NAME OF AIR CARRIER 航空会社名	航空会社 証明押印欄 TO BE CERTIFIED BY AIR CARRIER VALIDATION VOID IF NOT STAMPED HERE
事故種別・詳細 TYPE OF CLAIM/DETAILS OF OCCURRENCE 1種類のみチェックしてください。PLEASE CHECK ONLY ONE BOX				NAME OF AGENT OF CUSTOMER SERVICE REPRESENTATIVE 係員名 (PLEASE PRINT)	
① <input type="checkbox"/> 寄託手荷物遅延 BAGGAGE DELIVERY DELAY		② <input type="checkbox"/> 出航遅延 DEPARTURE DELAY		<input type="checkbox"/> 欠航(運休) CANCELLATION	<input type="checkbox"/> 予約瑕疵 OVERBOOKING
DESTINATION PORT 目的地空港名		DEPARTURE PORT 出航地空港名		DELATED, CANCELLED, OR OVERBOOKED FLIGHT 出航予定便名	
ARRIVAL FLIGHT 到着便名		SCHEDULED DEPARTURE TIME 出航予定時刻		③ <input type="checkbox"/> 乗継遅延 ARRIVAL DELAY FOR CONNECTION ARRIVAL FLIGHT 到着便名	
ACTUAL ARRIVAL TIME 実際の到着時刻		ACTUAL FLIGHT 代替便名		ACTUAL ARRIVAL TIME 実際の到着時刻	
ACTUAL BAGGAGE DELIVERY DATE AND TIME 実際の手荷物引渡日時		ACTUAL DEPARTURE TIME 実際の出航時刻		CONNECTION PORT 乗継地空港名	
NO EVENTUAL DELIVERY <input type="checkbox"/> 結局引渡なし				MISSED CONNECTION FLIGHT 乗継予定便名	
				SCHEDULED DEPARTURE TIME 出発予定時刻	
				ACTUAL FLIGHT 代替便名	
				ACTUAL DEPARTURE TIME 実際の出航時刻	