

# Travel Safety Plan System Claim Form

## トラベルセーフティプラン共済金請求書兼状況報告書 (裏面診断書)

### 海外渡航者安全事業共済会 御中

下記の内容が事実と相違ないことを確認し、共済金を請求します。

<ご注意>

①②③④→必ずご記入ください。⑦→治療費を直接病院へ支払うことを希望する場合、ご記入ください。④⑤⑥→事故の内容により該当欄にご記入ください。⑧→共済金受取人の銀行口座をご記入ください。⑩→海外の病院で治療を受けられた場合、裏面診断書もお取付けください。

裏面の「個人情報の取扱について」をよくお読みください。

<b>1</b>	CERTIFICATE OR POLICY NO./契約番号	年 月 日
	海外で医療費用を担保する保険契約あるいは健康保険に加入していますか? 保険会社名 _____ 保険種類 _____	
INSURED 被共済者	フリガナ _____ AGE/年齢 SEX/性別 ADDRESS/日本の住所 NAME _____ 才 男 女 〒 _____ TEL _____ 氏 名 _____ 才 男 女 〒 _____ OCCUPATION/職業 _____ PLACE OF EMPLOYMENT/勤務先 _____ TEL _____	
CLAIMANT 請求者	(被共済者に同じ)→捺印のみお願いします。 LOCAL ADDRESS/現住所 NAME _____ 〒 _____ TEL _____ 氏 名 _____ (印) _____	

<b>2-1</b>	<b>2-2</b>																																	
同一危険を担保する他の保険契約がありますか?	海外旅行傷害保険を付帯しているクレジットカードをお持ちですか?	委任状																																
他の保険契約	各種クレジットカード																																	
保険会社名 _____ 保険種類 _____ 証券番号 _____ 保険金額 _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>カード名</th> <th>カード会員番号</th> <th>カード名</th> <th>カード会員番号</th> </tr> <tr> <td>DCカード _____</td> <td>_____</td> <td>J A L _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>VISAゴールド _____</td> <td>_____</td> <td>A N A _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>NICOSゴールド _____</td> <td>_____</td> <td>その他( ) _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>UCゴールド _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>JCBゴールド _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ダイナース _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アメックス _____</td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">上記の重複契約がある場合には、他の保険会社と分担して共済金をお支払致します。但し、他の保険会社に請求されていない場合は、右記委任状に署名・捺印いただければ当社が全額お支払いし、当社より他の保険会社へ分担額を請求致します。</p>	カード名	カード会員番号	カード名	カード会員番号	DCカード _____	_____	J A L _____	_____	VISAゴールド _____	_____	A N A _____	_____	NICOSゴールド _____	_____	その他( ) _____	_____	UCゴールド _____	_____			JCBゴールド _____	_____			ダイナース _____	_____			アメックス _____	_____			私は貴社を代理人と定め今回の事故につき、他の保険契約にかかる保険金の請求および受領に関する一切の権限を委任します。  <div style="text-align: right;">(印) _____ 被共済者の署名</div>
カード名	カード会員番号	カード名	カード会員番号																															
DCカード _____	_____	J A L _____	_____																															
VISAゴールド _____	_____	A N A _____	_____																															
NICOSゴールド _____	_____	その他( ) _____	_____																															
UCゴールド _____	_____																																	
JCBゴールド _____	_____																																	
ダイナース _____	_____																																	
アメックス _____	_____																																	

<b>3</b>	DATE&TIME/日時 _____
	COUNTRY&CITY/国および都市 _____
	CIRCUMSTANCE/状況 _____
DETAILS OF ACCIDENT OR SICKNESS 事故又は病気の内容	

<b>4</b>	↓以下(④~⑥)事故の種類に応じて該当欄にご記入ください。
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? <input type="checkbox"/> NO いいえ <input type="checkbox"/> YES はい    → IF SO, WHEN? いつですか? AMOUNT CLAIMED/共済金請求額 _____

<b>5</b>	第三者の財物への損害 PROPERTY DAMAGE フリガナ _____ NAME OF OWNER 所有者氏名 _____ ADDRESS 住所 _____ TEL _____ NAME OF PROPERTY AND EXTENT OF DAMEGE 財物の種類・損害の程度 _____ 第三者への人身損害 BODILY INJURY フリガナ _____ (AGE/年齢) NAME OF INJURED 負傷者氏名 _____ (才) ADDRESS 住所 _____ TEL _____ HOSPITAL OR DOCTOR/病院・医師氏名 _____ ADDRESS/住所 _____ TEL _____
LIABILITY 賠償事故	

<b>6</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DAMAGED ITEM 品 名</th> <th>QUANTITY 数 量</th> <th>DATE PURCHASED 購入年月日</th> <th>PLACE OF PURCHASE 購入先</th> <th>ACTUAL COST 実購入価格</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>¥</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>¥</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>¥</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>¥</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>¥</td></tr> <tr> <td colspan="4">IN CASE OF FIRE, BURGLARY, THEFT ETC., THE NAME OF THE GOVERNMENT AUTHORITY REPORTED, AND CASE NUMBER, IF GIVEN./火災、盗難等の場合、届出官公署名及び届出受理番号</td> <td>TOTAL AMOUNT 合 計</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td>¥</td> </tr> </tbody> </table>	DAMAGED ITEM 品 名	QUANTITY 数 量	DATE PURCHASED 購入年月日	PLACE OF PURCHASE 購入先	ACTUAL COST 実購入価格					¥					¥					¥					¥					¥	IN CASE OF FIRE, BURGLARY, THEFT ETC., THE NAME OF THE GOVERNMENT AUTHORITY REPORTED, AND CASE NUMBER, IF GIVEN./火災、盗難等の場合、届出官公署名及び届出受理番号				TOTAL AMOUNT 合 計					¥	会社使用欄
DAMAGED ITEM 品 名	QUANTITY 数 量	DATE PURCHASED 購入年月日	PLACE OF PURCHASE 購入先	ACTUAL COST 実購入価格																																						
				¥																																						
				¥																																						
				¥																																						
				¥																																						
				¥																																						
IN CASE OF FIRE, BURGLARY, THEFT ETC., THE NAME OF THE GOVERNMENT AUTHORITY REPORTED, AND CASE NUMBER, IF GIVEN./火災、盗難等の場合、届出官公署名及び届出受理番号				TOTAL AMOUNT 合 計																																						
				¥																																						
BUGGAGE 携行品の損害																																										

<b>7</b>	<b>POWER OF ATTORNEY</b> I HEREBY APPOINT THE PHSIcian OR THE HOSPITAL AS MY REPRESENTATIVE TO FILE THE MEDICAL EXPENSE CLAIM FOR MY INJURY(OR SICKNESS) <b>委任状</b> 私は、私を治療した病院・医師を代理人と定め、当該事故(疾病)に係る共済金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。 _____ (印) SIGNATURE OF INSURED/被共済者の署名
----------	--

<b>8</b>	<b>PAYMENT INSTRUCTION FOR BANK TRANSFER</b> <b>共済金銀行振込指図</b> PLEASE PAY FOR THE KYOSAI MONEY AT THE FOLLOWING ACCOUNT. 共済金は下記口座へ振り込んでください。口座への振込をもって支払がなされたものと認めます。 BANK/銀行 _____ 銀行・信金 信組・農協 BRANCH/支店 フリガナ _____ 支店・支所 出張所 KIND OF A/C/預金項目 _____ ACCOUNT No./口座番号 _____ 1. 普 2. 当 9. 別段 NAME OF A/C フリガナ _____ 口座 名義 _____
----------	--

↓⑨、⑩は裏面にあります。

