Travel Safety Plan
for overseas travelers

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＞
❶❷❸❾→必ずご記入ください。❼→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。❹❺❻→事故の内容により該当欄にご記入ください。❽→共済金受取人の銀行口座をご記入ください。❿→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。

年　月　日

❶

CERTIFICATE OR POLICY NO.／契約番号

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
NAME 氏名　AGE／年令　SEX／性別　ADDRESS／日本の住所　TEL
才　男　女　〒
MAIL ADDRESS／メールアドレス
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。
NAME 氏名　㊞
LOCAL ADDRESS／現住所　TEL
〒

❷-1 他の保険契約

同一危険を担保する他の保険契約がありますか？
保険会社名＿＿＿＿＿＿
保険種類＿＿＿＿＿＿
証券番号＿＿＿＿＿＿
保険金額＿＿＿＿＿＿

❷-2 各種クレジットカード

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？

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		JAL	
VISAゴールド		ANA	
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			

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。

委任状

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。

㊞
被共済者の署名

❸ DETAILS OF ACCIDENT OR SICKNESS 事故又は病気の内容

DATE&TIME／日時
COUNTRY&CITY／国および都市
CIRCUMSTANCE／状況

❹ ACCIDENT/SICKNESS 傷害疾病事故

⬇以下（❹～❻）事故の種類に応じて該当欄にご記入ください。

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？
☐NO いいえ　☐YES はい → IF SO, WHEN? いつですか？
AMOUNT CLAIMED／共済金請求額

❺ LIABILITY 賠償事故

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／年令）
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

❻ BUGGAGE 携行品の損害

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 GOVERMENT 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

❼ POWER OF ATTORNEY

I HEREBY APPOINT THE PHSICIAN OR THE HOSPITAL AS MY REPRESENTATIVE TO FILE THE MEDICAL EXPENSE CLAIM FOR MY INJURY(OR SICKNESS)

委任状

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。

㊞
SIGNATURE OF INSURED／被共済者の署名

❽ PAYMENT INSTRUCTION FOR BANK TRANSFER 共済金銀行振込指図

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／預金種目　ACCOUNT No.／口座番号
1. 普　2. 当　9. 別段
NAME OF A/C 口座名義　フリガナ

⬇❾、❿は裏面にあります。

9

CONSENT AND REPRESENTATION

THE UNDERSIGNED HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN WHO HAS ATTENDED OR EXAMINED THE INSURED, TO FURNISH TO THE COMPANY, OR TO AUTHORIZED REPRESENTATIVE ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY SICKNESS OR INJURY MEDICAL HISTORY, CONSULTATION PRESCRIPTIONS OR TREATMENT. THE UNDERSIGNED HEREBY AGREE THAT THE TOKYO DISTRICT COURT SHALL HAVE AN EXCLUSIVE JURISDICTION OVER ANY LAWSUIT IN CONNECTION WITH THIS CLAIM AND THAT A PHOTOCOPY OF THIS COMPLETED CLAIM FORM SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

FURTHERMORE, THE UNDERSIGNED HEREBY AFFIRM THE STATEMENTS COMPLETED IN THIS CLAIM FORM, INCLUDING THE BELOW MENTIONED 1）& 2）IN THIS COLUMN, TO BE TRUE AND CORRECT.

1）THE ACCIDENT MUTUAL AID COVERAGE UNDER WHICH INSURANCE CLAIM IS MADE, WAS APPLIED FOR AND OBTAINED IN JAPAN PRIOR TO THE INSURED'S TEMPORARY OVERSEAS TRIP AND THE INSURED IS A LEGAL RESIDENT OF JAPAN WHO IS CURRENTLY RESIDING IN JAPAN AS OF THE DATE OF THE CLAIM IS MADE.

2）THE CLAIM FOR THE COVERED BENEFIT OCCURRED DURING THE COVERED TEMPORARY OVERSEAS TRIP WHICH BEGAN ON THE DEFINITE DATE AS EVIDENCED BY PROOF OF TRAVEL DOCUMENTS, SUCH AS PLANE TICKETS AND PASSPORT WITH DEPARTURE AND/OR ENTRY STAMPS.

同意および宣誓

下記署名人は被共済者を診療したすべての病院、医師及び関係者が共済会またはその指名する者に被共済者に関するすべての医療記録を提供することに同意します。また、本共済金請求に関しては東京地方裁判所を合意管轄裁判所とすることおよび本書の写真複写も本書と同じ効力があることを了承します。

さらに、下記署名人はこの共済金請求書兼状況報告書に記入した内容および以下の1）2）がすべて事実に相違無いことを認めます。

1）本共済金請求の対象となる傷害保障制度は被共済者が海外旅行の目的をもって一時的に日本を出国する前に日本国内で申し込み、加入されたものであり、かつ、被共済者は本共済金請求を行う時点において現に日本に住居を有する居住者であること。

2）本共済事故が航空券や出入国の日付のある旅券などの旅行関係資料によって確認ができる年月日より開始した一時的な海外旅行中に発生したこと。

●個人情報の取扱について

弊会における個人情報の取扱いは以下のとおりとさせていただいておりますので、共済金請求のお手続きの際は、以下の内容をよくお読みいただき、その内容について予め ご了解をいただきますようお願い申しあげます。なお、今回お送りいただしました「共済金請求書 兼 状況報告書」へのご署名・ご捺印をもって、この「個人情報の取扱について」の内容にご同意いただいたものとさせていただきます。

弊会は、弊会にて保有する個人情報の適切な取扱および保護を目的として、共済契約者様、被共済者様、ご請求者様およびこれらのご家族様等（以下「情報主体」とします。）より収集いたします個人情報（以下「個人情報」とします。）を、次のとおり取扱います。

1. 弊会は、弊会へのご入会時や共済金のご請求時等のおいて「共済金請求書 兼 状況報告書」等のご提出書類又は口頭により収集させていただきました個人情報を以下の目的で、以下に掲げる委託・提供先に、委託もしくは提供することがございます。
   ○委託・提供目的
   事故状況の調査、損害の鑑定、共済金請求に対する適正な審査、及び再共済金の回収
   ○委託・提供する個人情報の項目
   氏名、住所、年齢、生年月日、職業、家族構成、本籍地、病歴、入・通院歴、事故状況、被害状況、被害確認に必要な情報、その他上記目的に必要な個人情報
   ○委託・提供先
   ●事故調査会社等、事故状況の確認・調査、共済金請求の適正な審査に弊会が必要とする委託・提供先　●損害鑑定会社等、損害の鑑定に弊会が必要とする委託・提供先　●再共済会社　●共済金請求の原因となった事故の当事者
2. 弊会は、1の委託・提供目的のために、追加して個人情報を収集させていただくことがございます。この追加情報の取扱いも、この「個人情報の取扱について」に従います。
3. 弊会は、共済事業の健全な運営を確保する目的または不正な共済金請求等の危険を排除する目的で、上記1の個人情報のうち必要なもののみを、本会以外の共済会や共済事業者・保険会社に提供すること、または当該共済会や共済事業者・保険会社より受領することがございます。また、裁判所・警察・消防等の公権力の行使および弁護士による弁護士会を通した照会に対し、情報を開示することがあります。
4. 弊会は、収集致しました個人情報につき、この「個人情報の取扱について」に基づかずに、第三者に提供することはございません。ただし情報主体から個別の同意を獲得した場合はこの限りではありません。

以上

SIGNATURE OF INSURED／被共済者の署名　　(印)

ADDRESS／住所

SIGNATURE OF CLAIMANT／請求者の署名（被共済者と同じ場合、記入捺印不要）　　(印)

ADDRESS／住所

10

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT／診断書（海外の病院の場合には担当医に以下の記入をご依頼ください。）

NAME OF PATIENT／患者氏名　　AGE／年令

NATURE & CONDITION OF INJURY OR SICKNESS／傷害名および経過

—ACCIDENT—／傷害の場合	—SICKNESS—／疾病の場合
DATE OF ACCIDENT／事故発生日　PLACE OF ACCIDENT／事故発生場所	IS CONDITION DUE TO PREGNANCY?／妊娠による疾病ですか　□YES／はい　□NO／いいえ IF "YES", WHAT WAS APROXIMATE DATE OF COMMNCEMENT OF PREGNANCY? 妊娠に依る時はいつ頃ですか
IF FRACTURE OR DISLOCATION, STATE WHETHER COMPLETE OR INCOMPLETE. 骨折又は脱臼の場合 □COMPLETE／完全　□IMCOMPLETE／不完全 IF FRACTURE OF LONG BONES, STATE WHETHER FRACTURE IS THROUGH SHAFT OR EXTREMITY. 長い骨の時は骨折の場所 □SHAFT／軸　□EXTREMITY／末端	HAS PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR SYMPTOMS? 以前に同様の症状を訴えたことがありますか　□YES／はい　□NO／いいえ IF YES, GIVE APPROX. DATE AND PLACE／いつ頃、どこでしょうか
WAS IT CONFIRMED BY X-RAY?／骨折はX線で確認されましたか □YES／はい　□NO／いいえ	IF YES, DID PATIENT RECEIVE ANY TREATMENT FOR PRIOR SYPTOMS? 以前の症状で実際に治療を受けましたか

IF SURGICAL OPERATION PERFORMED, DESCRIBE FULLY／外科手術を受けた場合はその詳細を明記してください。

WHEN DID PATIENT FIRST CONSULTY YOU FOR THIS CONDITION?／患者がこの症状で始めて診療に来た日	DESCRIBE ANY OTHER DISEASE OR INFIRMITY AFFECTING PRESENT CONDITION／現在の症状に影響する他の疾患を書いてください
WAS PROFESSIONAL NURSING REQUIRED?／職業看護婦の付添が必要でしたか □YES／要す　□NO／要せず	IF YES／必要時間 FROM 自　TO 至
GIVE DATE OF TREATMENT AND TYPE OF TREATMENT RENDERED／治療の期日と治療の分類 □OUT PATIENT／外来　FROM 自　TO 至	□HOME VISIT／往診　FROM 自　TO 至
DATE ADMITTED／入院年月日 DATE／日付	DATE DISCHARGED／退院年月日 DATE／日付
IS PATIENT STILL UNDER YOUR CARE FOR THIS CONDITION?／患者は未だ治療中ですか □YES／はい　□NO／いいえ	DATE OF RECOVERY OR TRANSFER／何時治癒又は転医しましたか

IF PATIENT HOSPITALIZED, GIBE NAME, TELEPHONE AND ADDRESS OF HOSPITAL／入院したならばその病院名及住所・電話番号

FEATURE OF DISMEMBERMENT OR CONTINUOUS TOTAL DISABILITY, IF ANY／後遺症

ITEMIZE AMOUT PAID TO HOSPITAL & /OR DOCTOR／治療費用（項目別に） HOSPITALIZATIONS／入院費	OPERATION／手術費	PROFESSIONAL NURSING／職業看護婦
X-RAY EXAMINATIONS／X線検査費	LABORATORY TESTS／諸検査費	MEDICINES／医療費
SURGICAL DRESSING／包帯費	ANAESTHETICS／麻酔費	OPERATING ROOM CHARGE／手術室費用
THE OTHERS／その他の治療費		TOTAL／合計
DATE／日付	ADDRESS／住所	TEL／電話

SIGNATURE／氏名

ATTENDING PHYSICIAN／担当医