

# 国内旅行総合保険金請求書兼同意書

太枠内をすべて記入・該当項目に○をしてください

エイチ・エス損害保険株式会社 御中

本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。保険金請求にあたり、以下記載の【個人情報の取扱いに関する同意】に同意します。なお、本請求書ならびに裏面の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。また、保険金は下記に指定する金融機関口座へお支払いください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。

## 【個人情報の取扱いに関する同意】

貴社が、本保険金請求に関する私の個人情報(以下「個人情報」といいます。)を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払保険金の算定など)・引受判断および各種サービスの提供のために取得・利用すること、ならびに貴社が業務上必要な範囲において、個人情報を下記のとおり取得・利用・提供することに同意します。

- 貴社が、保険事故の原因、内容、損害、責任の程度の確認のために、保険事故の関係者、業務委託先(保険代理店を含みます。)その他必要な関係先に対して個人の情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。
- 貴社が適正な保険金支払、保険金不正請求の防止等、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、一般社団法人外国損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の保険会社・共済などに個人情報の提供もしくは個人データの登録を行い、またこれらの者から提供を受ける場合があること。
- 貴社が、再保険金等の受領のために、再保険引受会社に個人情報の提供を行う場合があること。

1. 被保険者(ケガをした方または事故にあわれた方) ●被保険者が未成年者の場合、親権者が保険金請求者となります。●被保険者=保険金請求者である場合、「被保険者と同一」に○をしてください。以降の本項目記入は不要です。

証券番号		契約者		記入日	年	月	日
フリガナ		印 同意書同意印兼用	生年月日	西暦	年	月	日生( )歳
被保険者			職業				
住所	〒 -		日中の連絡先		-		-
			E-mail			@	
フリガナ			被保険者との関係	親権者	相続人または保険金受取人		
保険金請求者	被保険者と同一			その他	( )		
住所	〒 -		日中の連絡先		-		-
			E-mail			@	

2. 他の保険契約 ●他の保険契約(クレジットカード付帯保険を含みます)について記入してください。●交通事故である場合は、自動車保険の搭乗者傷害保険・人身傷害保険等もお支払の対象となる可能性があります。

なし	あり	カード会社(保険会社)	保険の種類	カード番号(証券番号)	保険金受取済の場合、金額
	ありの場合、記入してください				円
					円

3. 事故の状況 ●事故状況の説明と、運転中の事故や携行品盗難事故(※)に該当する場合は該当部分も記入してください。

事故発生日時	年	月	日	午前	午後	時	分
事故発生場所	都	道	府	県	市	区	郡
事故状況							
自動車等運転中の事故 運転免許証・届出内容	免許証番号		種類		届出警察署		警察署
	交付	年	月	有効期限	年	月	日
携行品盗難事故 届出内容 (※)「携行品損害補償特約」 付帯ありの場合に限ります	届出日	年	月	日	届出警察署	警察署	届出番号
	届出内容	例:窃盗・紛失・遺失物など			警察署連絡先		-

4. 保険金支払指図欄 ●口座名義が記載されたキャッシュカードコピー・通帳コピーのいずれかを同封してください。

銀行	信用金庫	本店	コード	店番号(3桁)
JA	信用組合	支店	ゆうちょ銀行	9900
口座種類	店番号(3桁)	口座番号(7桁)	通帳記号(5桁)	通帳番号(8桁) 右づめで記入してください
普通	当座			
口座名義(カタカナ)左づめで記入してください				

ご契約内容により適用する補償は異なります。詳細は約款を確認してください。

裏面も記入してください

<ご請求内容により記入箇所が異なります。該当部分の太枠内すべて記入・該当項目に○をしてください>

5. 治療状況申告書(ケガの場合)

●保険金請求額が10万円以下の場合、下記治療状況申告書への記入・通院日が記載された医療機関等領収書コピーの提出をもって診断書に代えることができます。●同様の損害を補償する他の保険等への請求で診断書を取得済の場合は、そのコピーも提出してください。●受傷者=申告者の場合は、申告者欄の「受傷者と同一」へ○をつけてください。

下記記載のとおり申告します。なお、診療に関する記録を貴社が医療機関等に照会することに同意します。貴社が医療機関等に照会した結果、回答が得られない場合は、あらためて診断書を提出します。

受傷者 (被保険者)	受傷者の生年月日		西暦	年	月	日																										
申告者	被保険者が未成年の場合、親権者の方が記入してください <b>受傷者と同一</b>		受傷日時	西暦	年	月	日																									
			利用保険	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 自賠																									
				<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	( )																										
受傷部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部(くび) <input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右脚 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左脚 <input type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> その他 ( )																															
受傷形態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他 ( )																															
【骨折の場合】 固定具の使用 について	1. 使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日																															
	2. 固定具 <input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ <input type="checkbox"/> シャーレ <input type="checkbox"/> その他 ( )																															
	3. 固定具の着脱は可能ですか? 受傷者(親権者・申告者含む)にて着脱は可能→ <input type="checkbox"/> はい 着脱は不可→ <input type="checkbox"/> いいえ																															
入院期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日間	通院期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日間													
治療状況	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 中止									上記通院期間のうち、実際に通院して治療を受けた日数 下記①~⑦の合計																						
実際に通院して治療を受けた日に○印をつけてください																																
計 ①										計 ⑤																						
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
計 ④										計 ⑦																						
●傷害を被った日(ケガをした日)からその日を含めて180日以内に通院した日数に対し、90日を限度として通院保険金を支払います。●治療を伴わない薬剤、診断書、医療器具等の受領等は、通院に含みません。																																

6. 賠償責任(他人のものに損害をあたえた場合、他人にケガをさせた場合)

フリガナ		対人	診断名	医療機関名
被害者・相手先			治ゆ見込み時期	医療機関連絡先
被害者・相手先の連絡先	〒 - TEL - -	対物	被害物の詳細	修理会社名
				修理会社連絡先

7. 携行品損害(身の回り品の損害にあった場合)

●ご契約内容に「携行品損害補償特約」が付帯されている場合に限り、●免責金額(自己負担額)3,000円が適用されます。●盗難による損害の場合は、警察署への盗難届出が必須です。(表面3.を参照) ●購入金額は実際の購入額を記入してください。●破損の場合で、修理済の場合は修理代も記入してください。●支払対象は、被保険者が旅行行程中に携行する被保険者所有の身の回り品に限ります。●会社所有や貸与されたものは除きます。

品名	メーカー・型番・ブランド	購入先	購入金額(税込)	購入年月日	修理代(税込)	領収書・明細書・見積書など
1						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
3						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
4						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
5						<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

# 記入例

## 国内旅行総合保険金請求書兼同意書

太枠内をすべて記入・該当項目に○をしてください

エイチ・エス損害保険株式会社 御中

本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。保険金請求にあたり、以下記載の【個人情報の取扱いに関する同意】に同意します。なお、本請求書ならびに裏面の写しも本書と同じ効力があるものと認めます。

なお、保険金は下記に指定する金融機関口座へお支払いください。振込をもって支払いがなされたものと認めます。

### 【個人情報の取扱いに関する同意】

貴社が、本保険金請求に関する私の個人情報(以下「個人情報」といいます。)を、保険契約の履行(保険金支払の可否、支払保険金の算定など)・引受判断および各種サービスの提供のために取得・利用すること、ならびに貴社が業務上必要な範囲において、個人情報を下記のとおり取得・利用・提供することに同意します。

- 貴社が、保険事故の原因、内容、損害、責任の程度の確認のために、保険事故の関係者、業務委託先(保険代理店を含みます。)その他必要な関係先に対して個人の情報の提供を行い、またはこれらの者から提供を受けること。
- 貴社が適正な保険金支払、保険金不正請求の防止等、保険制度の健全な運営のために、一般社団法人日本損害保険協会、一般社団法人外国損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の保険会社・共済などに個人情報の提供もしくは個人データの登録を行い、またこれらの者から提供を受ける場合があること。
- 貴社が、再保険金等の受領のために、再保険引受会社に個人情報の提供を行う場合があること。

1. 被保険者(ケガをした方または事故にあわれた方) ●被保険者が未成年者の場合、親権者が保険金請求者となります。●被保険者=保険金請求者である場合、「被保険者と同一」に○をしてください。以降の本項目記入は不要です。

証券番号	DXXXXXXXXX	契約者	英地 はるみ	記入日	XXXX 年 X 月 X 日
フリガナ	エイチ ハルミ		生年月日	西暦 XXXX 年 X 月 X 日生 (XX)歳	
被保険者	英知 はるみ		職業	会社員	
住所	〒104-0053 東京都中央区晴海〇-〇-〇 〇△マンション 〇〇〇号	日中の連絡先	XXX - XXXX - XXXX		
フリガナ		E-mail	@		
保険金請求者	被保険者と同一	被保険者との関係	親権者 相続人または保険金受取人 その他 ( )		
住所	〒 -	日中の連絡先	-		
		E-mail	@		

2. 他の保険契約 ●他の保険契約(クレジットカード付帯保険を含みます)については、自動車保険の搭乗者傷害保険・人身傷害保険等もお支払の対象となる可能

該当がある場合、記入してください。

なし	あり	カード会社(保険会社)	保険の種類	カード番号(証券番号)	保険金受取済の場合、金額
ありの場合、記入してください		XX保険会社	普通傷害	XXXXXXXXXX	XX,XXX 円
					円

3. 事故の状況 ●事故状況の説明と、運転中の事故や携行品盗難事故(※)に該当する場合は該当部分も記入してください。

事故発生日時	XXXX 年 XX 月 XX 日	午前	午後	XX 時 XX 分頃
事故発生場所	XX 都道府県 XX 市区郡 XX 町村			
事故状況	「XXXを巡るX日間の旅」へ参加中、観光バスから降りるときに足を滑らせ転倒し、左足首を捻る。帰宅後、自宅近くの医療機関で診察を受けたところ、左足首を骨折していることがわかった。全治3か月と診断された。			
自動車等運転中の事故 運転免許証・届出内容	免許証番号	種	(携行品損害補償特約付帯時のみ) 携行品盗難の場合、警察への届出が必須です。	
	交付 年 月 有効期限	年 月 日	届出内容	人身 物件
携行品盗難事故 届出内容 (※)「携行品損害補償特約」 付帯ありの場合に限ります	届出日	届出警察署	届出番号	
	XXXX 年 X 月 X 日	△△△ 警察署	XXXXX	
	届出内容	窃盗	警察署連絡先	
	例:窃盗・紛失・遺失物など		XXX - XXXX - XXXX	

4. 保険金支払指図欄 ●口座名義が記載されたキャッシュカードコピー

ゆうちょ銀行の場合はこちらへ記入してください。

銀行	信用金庫	本店	ゆうちょ銀行	(3桁)
JA	信用組合	支店	9900	
口座種類	店番号(3桁)	口座番号(7桁)	通帳記号(5桁)	通帳番号(8桁) 右つめで記入してください
普通 当座	△△△	1 2 3 4 5 6 7		
口座名義(カタカナ)左づめで記入してください	エイチ	ハルミ		

ご契約内容により適用する補償は異なります。詳細は約款を確認してください。

裏面も記入してください

<ご請求内容により記入箇所が異なります。該当部分の太枠内すべて記入・該当項目に○をしてください>

5. 治療状況申告書(けがの場合)

●保険金請求額が10万円以下の場合、下記治療状況申告書への記入・通院日が記載された医療機関等領収書のコピーの提出をもって診断書に代えることができます。●同様の損害を補償する他の保険等への請求で診断書を取得済の場合は、そのコピーも提出してください。●受傷者=申告者の場合は、申告者欄の「受傷者と同一」へ○をつけてください。

下記記載のとおり申告します。なお、診療に関する記録を貴社が医療機関等に照会することに同意します。貴社が医療機関等に照会した結果、回答が得られない場合は、あらためて診断書を提出します。

受傷者 (被保険者)	英知 はるみ		受傷者の 生年月日	西暦 XXXX 年 XX 月 XX 日																						
申告者	被保険者が未成年の場合、親権者の方が記入してください 受傷者と同一		受傷日時	西暦 XXXX 年 XX 月 XX 日																						
			利用保険	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他 ( )																						
受傷部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部(くび) <input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右脚 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左脚 <input checked="" type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> その他 ( )																									
	受傷形態		<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他 ( )																							
【骨折の場合】 固定具の使用 について	1. 使用期間		XXXX 年 XX 月 XX 日 ~ XXXX 年 XX 月 XX 日																							
	2. 固定具		<input checked="" type="checkbox"/> キブス <input type="checkbox"/> キブスシーネ <input type="checkbox"/> キブスシャーレ <input type="checkbox"/> シャーレ <input type="checkbox"/> その他 ( )																							
	3. 固定具の着脱は可能ですか？ 受傷者(親権者・申告者含む)にて着脱は可能→		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 着脱は不可→ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ																							
入院期間	自	年	月	日	日間																					
	至	年	月	日																						
治療状況	XXXX 年 XX 月 XX 日	<input checked="" type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 中止		通院期間	自 XXXX 年 XX 月 XX 日 <sup>のべ</sup> 至 XXXX 年 XX 月 XX 日 上記通院期間のうち、実際に通院して治療を受けた日数 下記①~⑦の合計																					
					XX 日																					
実際に通院して治療を受けた日に○印をつけてください																										
XX	①	2	3	4	5	⑥	7	実際に通院した日に○をつけてください。		実際に通院した日の合計日数を記入してください。		⑤														
月	11	12	13	⑭	15	16	17	日	月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	計	②			
XX	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	XX	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	⑥		
月	11	⑫	13	14	15	16	17	18	19	20	日	月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	計	③
XX	1	2	3	4	5	6	7	8	9	⑩	計	XX	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	⑦		
月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	計	④
XX	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	XX	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	④		
月	11	12	13	⑮	16	17	18	19	20	日	月	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	計	④	
						●傷害を被った日(けがをした日)からその日を含めて180日以内に通院した日数に対し、90日を限度として通院保険金を支払います。●治療を伴わない薬剤、診断書、医療器具等の受領等は、通院に含みません。																				

6. 賠償責任(他人のものに損害をあたえた場合、他人にけがをさせた場合)

フリガナ		診断名	
被害者・相手先		対人	治ゆ見込み時期 医療機関連絡先
被害者・相手先の連絡先	〒 - - TEL - -	対物	被害物の詳細 修理会社名 修理会社連絡先

7. 携行品損害(身の回り品の損害に遭った場合)

●ご契約内容に「携行品損害補償特約」が適用されている場合に限り、  
 ●免責金額(自己負担額)3,000円が適用されます。●盗難による損害の場合は、警察署への  
 ●購入金額は実際の実購入額を記入してください。●破損の場合で、修理済の場合は修理代も  
 ●支払対象は、被保険者が旅行行程中に携行する被保険者所有の身の回り品に限ります。●会社

(携行品損害補償特約付帯時のみ) 記入してください。

品名	メーカー・型番・ブランド	購入先	購入金額(税込)	購入年月日	修理代(税込)	領収書・明細書・見積書など
1						あり なし
2						あり なし
3						あり なし
4						あり なし
5						あり なし