

Authorization (同意書)

HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL, PHYSICIAN, OR OTHER PERSON WHO HAS ATTENDED OR EXAMINED ME, 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, AND COPIES OF ALL HOSPITAL OR MEDICAL RECORDS. A PHOTO STATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

被保険者を診療又は治療した全ての病院、医師及び関係者が、保険会社又はその指名する者に、被保険者に関する全ての疾病、傷害の記録を提供することを、下記署名には承認致します。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。

印

SIGNATURE OF INSURED 被保険者の署名

印

SIGNATURE OF CLAIMANT 請求者の署名

ADDRESS 住所

ADDRESS 住所

Attending Physician's Statement (診断書)

Each item should be completed correctly and in good faith

1. Name of Patient

Date of Birth

 Age

Address

Sex

Occupation

2. When did patient first consult you for this condition?

3. When did patient's symptoms first appear?
or when did patient sustain injury?

4. Cause, nature, condition and progress of injury or sickness

5. Has patient suffered any other disease or infirmity affecting this condition? ☐ Yes ☐ No

If "Yes", what and when?

6. Has patient and prior treatment for this condition? ☐ Yes ☐ No

If "Yes", when and which hospital or doctor?

7. Period of Hospitalization

From

To

8. Encircle those days when patient consulted you as outpatient

Month of		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
Month of		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
Month of		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

8. (For reference) Encircle those days when patient supposed to be entirely unable to go work?

For

Days From

To

9. Date of recovery or transfer ☐ Recovery ☐ Transfer

10. Detail of residual disability if any

Date

Address

Telephone

SIGNATURE OF ATTENDING PHYSICIAN

Claim for payment of benefits

Overseas Traveler's Personal Accident Insurance

海外旅行傷害保険請求書(裏面診断書)

貴社保険約款及び特約条項により、下記の通り、本書及び必要書類を添え、保険金の支払を請求します。

DATE OF CLAIM-FILING		ADDRESS 住所	
請求日 年 月 日		CLAIMANT (INSURED) 保険金請求権者 NAME 氏名 TEL (自宅)	
契約概要	POLICY (CERTIFICATE) NO. 証券(契約証)番号	PLACE OF EMPLOYMENT 勤務先 SEX 性別 ☐ M 男 ☐ F 女	
	PERIOD OF INSURANCE 保険期間 FROM TO	AGE 年齢	
同一危険を担保する他の保険契約(有・無) 保険会社名 保険種類 証券番号 保険金額		CONTRACTOR 保険契約者(申込人) ADDRESS 住所(保険金請求権者と異なる場合のみ記入) NAME 氏名(保険金請求権者と異なる場合のみ記入)	

保険金銀行振込依頼書 保険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。 保険金請求者 銀行 支店 口座番号 口座名義		委任状 私は上記保険金請求権者を代理人と定め 下記事項を委任します。 記 左記事故に係る海外旅行傷害保険の 請求及び受領に関する一切の権利 委任者(未成年の場合は親権者) 住所 氏名	
---	--	--	--

DETAILS OF ACCIDENT 事故内容 DATE AND TIME 日時 PLACE 場所 CIRCUMSTANCES 状況 WITNESS OF ACCIDENT, IF ANY 事故の証人の名前と住所 NAME 氏名 ADDRESS 住所 TEL	
--	--

↓事故の種類に応じて下記の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 傷害又は疾病名及び症状		AMOUNT CLAIMED 請求金額	DOCTOR FEE, SURGICAL EXP, ETC. 治療費、手術費等		
				MEDICINE, SURG. DRESSING ETC. 薬代、包帯費等		
	NAME & ADDRESS OF HOSPITAL OR DOCTOR 病院又は医師の住所・指名 TEL			X-RAY LABORATORY TEST ETC. レントゲン等、診検査費		
	HAVE YOU HAD ANY PRIOR TREATMENT FOR THIS CONDITION? ☐ YES ☐ NO 以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか?			PROFESSIONAL NURSE FEE 専門看護婦費		
	IF SO, WHEN? いつですか?			HOSPITAL ROOM CHARGE 入院室料		
	OTHER INFORMATION その他参考事項			HOTEL ROOM CHARGE 入院に代わるホテル客室料		
LIABILITY 賠償事故	THIRD PARTY CLAIMANT 被害者 AGE 年齢 ADDRESS 住所 TEL		AMBULANCE 緊急移送費・移動費			
	KIND OF PROPERTY AND EXTENT OF DAMAGE 財物の種類及び損害の程度 AMOUNT CLAIMED 請求金額 IDR		MISCELLANEOUS EXPENSES FOR HOSPITALIZATION 入院諸費用			
	NATURE AND EXTENT OF INJURY 傷害の部位・性質・程度 AMOUNT CLAIMED 請求金額 IDR		TOTAL AMOUNT 合計			
	NAME AND ADDRESS OF HOSPITAL OR DOCTOR 治療した病院、医師の住所、氏名 TEL					
	NAME OF RENT A-CAR COMPANY レンタカー会社名 VEHICLE RENTED AT レンタカー会社の営業所所在地 RENTAL AGREEMENT NO. (レンタル契約番号)					
BAGGAGE 携行品の損害	DAMAGED ITEM 品名	QUANTITY 数量	EXTENT OF DAMAGE 損害の程度	ACTUAL COST 購入価格	DATE PURCHASED 購入年月日	AMOUNT CLAIMED 保険金請求額 IDR
						IDR
						IDR
						IDR
						IDR
						IDR
IN CASE OF FIRE, BURGLARY, THEFT ETC, THE NAME OF THE GOVERNMENT AUTHORITY REPORTED. 火災、盗難等の場合、届出官公署名					TOTAL AMOUNT 合計	IDR
OTHERS その他	RESCUER'S 救援者費用		TRIP CANCELLATION 旅行取消		TRIP CURTAILMENT 旅行短縮	
	AMOUNT CLAIMED 請求金額 IDR					