

# How to fill in the Overseas Insurance Claim Form

**SAMPLE**

海外旅行保険金請求書(兼診断書・同意書)

INSURANCE CLAIM FORM

株式会社 日本開発サービス  
留学生用 2020.11～使用

保険期間: 2020/11/15-2022/10/20

三井住友海上火災保険株式会社 御中

TO: MITSUBISHI SUMITOMO INSURANCE CO., LTD.

代理店受付者

代理店受付日 年 月 日

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求いたします。保険金請求にあたり、下記項目に同意いたします。なお、本書の写本と同等の効力があるものと認めます。  
[I request the payment of insurance claims in agreement with the content here of and the following descriptions. I agree to regard a copy of this form as effective as the original.]

【個人情報の取扱いに関する同意】

① 保険契約の履行(損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等)、保険引受判断・各種サービスの提供等のために、貴社が保険事故の関係者(被保険者、関係者、損害賠償会社・共済、保険事故の当事者、関係者等)、業務委託先(保険代理店を含む)、その他必要な関係者に対して提供を行います。またはこれらの者から提供を受けることがあります。  
② 保険金支払の適否を判断するために、貴社が(社)日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社・共済等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。  
③ 再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、貴社が再保険引受会社に提供を行うことがあります。  
④ 保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)については、貴社が保険業法施行規則に基づき、保険業の適切な運営の所必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行うこと。

【他の保険契約等がある場合】

同一の損害または費用に關して、本保険請求の対象となる保険契約及び他の保険契約等(保険契約、共済契約その他の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。以下同様とします)がある場合につき、私は以下の事項につき同意します。  
① 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を受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を超過した額について、貴社または他の保険契約等の損害賠償会社・共済等へ直ちに返還すること(貴社または他の保険契約等の損害賠償会社・共済等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)。  
② 他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害賠償会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を請求するために必要な本保険契約金請求に関する私の個人情報(支払責任額等契約の内容、損害賠償等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報)を、求償のために、貴社がその保険契約等の損害賠償会社・共済等へ提供すること、その損害賠償会社・共済等から提供を受け、利用すること、その損害賠償会社・共済等が貴社へ提供すること、及び、貴社から提供を受け、利用すること。  
③ 彼の保険契約等がある場合、他の保険契約等を引き受けている損害賠償会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を請求するために必要な本保険契約金請求に関する私の個人情報(支払責任額等契約の内容、損害賠償等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報)を、求償のために、貴社がその保険契約等の損害賠償会社・共済等へ提供すること、その損害賠償会社・共済等から提供を受け、利用すること、その損害賠償会社・共済等が貴社へ提供すること、及び、貴社から提供を受け、利用すること。

【被保険者(センシティブ)情報の取扱い】

貴社が、事業の適切な運営を確保する必要性から業務遂行上必要と認めて健康情報等の被保険者(センシティブ)情報(過去および将来に取得するものを含みます。)を取得、利用または第三者へ委託先に提供することがあること。なお本書の写本が本書と同等の効力があるものと認めます。

【Privacy consent】

① Provide information to parties related to the insured event (repair tradespersons, medical institutions, non-life insurance companies or mutual aid associations, persons concerned with the insured event, policyholder, etc.), parties handling administrative activities by assignment (including insurance agents and agencies) and other necessary concerned parties, in order to implement the insurance policy (investigate the injury, determine suitability of payment of the insurance claim, calculate the insurance benefit payment, etc.), perform the insurance underwriting judgment and provide various services, or to receive provision of information and/or services from such parties for such purposes.  
② Provide or register information with the General Insurance Association of Japan, the Non-life Insurance Rating Organization of Japan non-life insurance companies or mutual aid associations or other entities, in order to soundly manage payment of the insurance claim, or to receive provision of information and/or services from such parties for such purposes.  
③ Provide information to a reinsurance underwriting company for purposes such as concluding a reinsurance policy, providing notifications and/or reports based on the insurance policy, and billing for a reinsurance payment.  
④ Acquire, use and provide health care-related and/or other special undisclosed information (sensitive information), limited to within the scope required for appropriate management of your insurance business or otherwise recognized to be necessary, based on the Insurance Business Law Enforcement Regulations.

【Case of concurrent insurance contracts】

In case where, for the same loss or damage, or expenses, there exist the present insurance contract and other concurrent insurance contracts, etc. (meaning insurance contracts, mutual aid contracts, etc., irrespective of their names, under which insurance claims, etc. are paid for the same loss or damage, or expenses: the same meaning applying hereinafter), I hereby give my agreement to the following matters.  
① I return immediately an excess, if any, of the amount of an insurance claim, etc. provided for in the insurance contract (subject to instructions from the insurance company, etc.).  
② The company claims compensation for an amount in excess of your share of liability to the insurance companies, mutual aid associations, etc.  
③ From the need of claiming compensation mentioned in ② above, the company provides the insurance companies, mutual aid associations, etc. of the details of an accident, claimability of the case, and the amount of an insurance claim payable, etc.), or receives such information from those companies and makes use of it, and vice versa.

【Handling of Sensitive Information】

To acquire, use, or have third parties use and/or consignees acquire and use, within the range required for conducting business, sensitive medical and/or health information (including the sensitive information already acquired in the past or to be acquired in the future).

You will need to fill in the blue boxes.

保険金請求者 CLAIMANT	記名押印もしくは署名 FULL NAME AND SIGNATURE	JDS HANAKO	来日した年 2020	JDS No.	NP1-25
	メール MAIL	hanako.jds@gmail.com	性別 SEX <input type="checkbox"/> 男 M <input checked="" type="checkbox"/> 女 F	MOBILE PHONE	070-2391-8519
			住所 ADDRESS	〒753-0831 東京都千代田区町田1-2-3 明日香アパート 117	

保険契約者 (Policyholder)	〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-14-1 郵政福祉琴平ビル4階 株式会社 日本開発サービス		
保険期間 (Period of Insurance)	通知書の通り	海外旅行保険 証券番号 (POLICY NO.)	B806202070-2-001
扱課支社 (Office)	公務部・営業第一課 (AHD61)	代理店 (Agent)	国際サービス・エージェンシー (1214)
		担当	

被保険者 (保険の対象となる方) INSURED	JDS HANAKO	生年月日 DATE OF BIRTH	職業 OCCUPATION
		1990 年 Y 月 M 日 D	Graduate Student

委任状 POWER OF ATTORNEY 保険金のご請求を第三者に委任される場合は、右記の委任状項に被保険者の自署押印あるいは署名をお願いします。	被保険者住所 ADDRESS OF INSURED	None
私は上記の保険金請求者を代理人と定め本事故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ます。 [I the undersigned, authorize the claimant to claim and receive the insurance benefit on my behalf in connection with the accident described herein.]	被保険者 NAME OF INSURED	None
		印 SIGNATURE

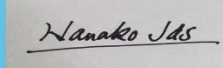
請求にあたっての注意事項 INSTRUCTION 本請求書と合わせて領収証を添付ください。また、請求額が10万円を超える場合、別途所定の医師作成診断書をご提出ください。 Please attach the receipt with this claim form. In case of insurance claim over 100,000 yen, please submit the medical certificate as well.	他の保険契約等の有無 OTHER INSURANCE IF ANY 無 NOT 有 Having other insurance—COMPANY	POLICY NO.
--	---	------------

ご請求額 CLAIMED AMOUNT (治療費・交通費等の領収書の本紙をご提出ください。 Please attach the receipt with this claim form. )	17,800 Yen (TOTAL AMOUNT)
---	---------------------------

保険金振込指定欄 (APPOINTMENT OF JAPANESE BANK ACCOUNT) ※日本の口座をご記入ください。

ゆうちょ	銀行 信用金庫 BANK	(店番 BRANCH No. 003) 〇〇三	支店 BRANCH	口座番号 A/C No.	1 2 3 4 5 6 7					
					<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ORDINARY <input type="checkbox"/> 当座 CURRENT					
口座名義 ACCOUNT NAME (カタカナ)	ジ	エ	イ	デ	イ	エ	ス	ハ	ナ	コ

裏面もご記載ください。 Please fill out the back side as well.

おケガまたはご病気、事故の状況 (DETAILS OF OCCURRENCE)															
事故日 DATE AND TIME OF OCCURRENCE/SYMPOM ONSET						発生した場所 PLACE OF OCCURRENCE		初診日 FIRST DAY OF TREATMENT			傷病名 NAME OF SICKNESS OR INJURY				
2021	年	5	月	1	日	AM	<input checked="" type="checkbox"/>	東京都	2021	年	5	月	3	日	Back pain
Y		M		D	PM	<input type="checkbox"/>			Y		M		D		
ご病気の症状・事故の状況 NATURE OR CONDITION OF SICKNESS OR INJURY / CIRCUMSTANCE OF ACCIDENT															
<p>I fell down during a soccer game and hurt my back. I went to see an orthopedic surgeon.            He examined and found no abnormalities in my bones.            He prescribed painkillers and pastes.            The pain gradually disappeared.</p>															
ご病気のご請求の場合にご記入ください。								1) 以前に同じ症状で治療を受けたことがありますか? Have you had any prior treatment(s) for the same condition? <input type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO							
								2) それはいつですか? If yes, when? 年 Y 月 M 日 D							
								3) 以前に同様の病気で治療を受けた病院はどちらですか? Name of the hospital previously treated							
生活用動産 (HOUSEHOLD GOODS)															
損害品目 (型式・品番等詳細に) DAMAGED/STOLEN ITEM			数量 Q'NTY	購入店・購入場所 PLACE OF PURCHASE		購入時期 DATE OF PURCHASE		購入価格(通貨) PRICE		領収書・保証書の有無 RECEIPT					
( )						年 月 日 Y M D		( )		<input type="checkbox"/> あり ATTACHED <input type="checkbox"/> なし NIL					
( )						年 月 日 Y M D		( )		<input type="checkbox"/> あり ATTACHED <input type="checkbox"/> なし NIL					
( )						年 月 日 Y M D		( )		<input type="checkbox"/> あり ATTACHED <input type="checkbox"/> なし NIL					
( )						年 月 日 Y M D		( )		<input type="checkbox"/> あり ATTACHED <input type="checkbox"/> なし NIL					
( )						年 月 日 Y M D		( )		<input type="checkbox"/> あり ATTACHED <input type="checkbox"/> なし NIL					
( )						年 月 日 Y M D		( )		<input type="checkbox"/> あり ATTACHED <input type="checkbox"/> なし NIL					
( )						年 月 日 Y M D		( )		<input type="checkbox"/> あり ATTACHED <input type="checkbox"/> なし NIL					
警察の届出 (盗難事故の場合にご記入のうえ、POLICE REPORTをご提出ください。)				第三者の証明 (CERTIFICATE OF THE THIRD PERSON) (盗難事故で警察の届出がない場合は、第三者の証書をお願いします。)											
届出警察署 NAME OF POLICE		住所 ADDRESS		氏名 NAME		印 SIGNATURE									
届出日 DATE		電話番号 TEL NO.													
受理番号 REPORT NO.		被保険者との関係 RELATION TO THE INSURED													
<p><u>Agreement of Authorization (調査に関する同意書)</u></p> <p>To: Mitsui Sumitomo Insurance Co., Ltd.</p> <p>I, the undersigned, hereby authorize Mitsui Sumitomo Insurance Co., Ltd. (hereinafter referred to as "MSI") or MSI's designated agent to acquire any documents or statements from other insurers, medical providers, travel-related companies, any public/private organization or individuals which can provide information related to my claim, for the purpose of administering my claim including investigating, assessing and paying any claim made by me or on my behalf.</p> <p>I agree to regard a copy of this authorization as effective and valid as the original.</p> <p>This authorization shall be valid and in effect until the final payment of the insurance claim is made.</p> <p>私は、三井住友海上火災保険株式会社またはその業務委託先が、下記の私の保険金請求に関わる事実調査、損害額の算定、保険金の支払い等を行うために、他の保険会社、医療機関、旅行関連会社、公的/私的機関等のすべての関係先または関係者より事故事実に関わる情報または資料を取得することに同意します。</p> <p>本同意書の写しも原本と同様の効力があることを認めます。</p> <p>なお、本状は下記の保険金請求に関する貴社の保険金支払い完了をもって効力を失うものとします。</p> <p>To Whom It May Concern</p> <p>I, the undersigned, hereby authorize any insurers, medical providers, travel-related companies, public/private organizations or individuals to furnish MSI or MSI's designated agent with any and all information related to this claim if requested by them.</p> <p>私は、三井住友海上火災保険株式会社の社員またはその業務委託先より、他の保険会社、医療機関、旅行関連会社、公的/私的機関等のすべての関係先または関係者に対し、本件保険金請求に関する情報提供の要請があった時には、ご対応頂く事に同意します。</p>															
Signature (ご署名)						印 Seal/Signature		Date Signed (ご署名日)		2021	年	5	月	31	日
Name of the Insured (氏名)		JDS HANAKO				Address of the Insured (住所)		〒123-4567 東京都千代田区町田1-2-3 明日香アパート 117							