

海外旅行傷害保険金請求書 《香港発行証券用》

東京海上火災保険(香港)有限公司
THE TOKIO MARINE AND FIRE
INSURANCE CO. (HK) LTD.
27th Floor, United Centre,
95 Queensway, Hong Kong
Tel. (852) 2529-4401
Fax. (852) 2529-2509
http://www.tokiomarine.com.hk



TOKIOMARINE

MILLEA GROUP

請求日 年 月 日

①	保険金請求者 = 小切手の宛名: (Claimant)	
②	小切手の送り先: (Address)	
③	昼間の連絡先 = 電話番号 (Telephone No.)	
④	証券番号 (Policy No.)	
⑤	保険契約者 (Contractor)	

AUTHORIZATION

I hereby authorize The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd. or its authorized representative (hereinafter called "the company") to handle any and all information for claims settlement. I hereby authorize hospital, physician or other person who has attended or examined me to furnish to the company any and all information with respect to my injury, sickness or treatment as well as copies of all hospital or medical records. Also I authorize the company to disclose my personnel/medical information in connection with my insurance claim to the party concerned. In case there is/are concurrent insurance policy/policies covering the same risk, I hereby appoint the company my true and lawful representative to claim and receive insurance money regarding the loss herein mentioned. I hereby authorize the company to make inquiry and/or disclose my personnel/medical information to any other insurer etc. on any matters in connection with the insurance policy/policies and/or the insurance claim relating to myself.

同意書

私は東京海上(香港)又はその指定する者(以下貴社)が保険金支払いに必要な範囲で、私の医療情報を取得・利用することに同意します。医療機関が私の医療情報を貴社に提供する事、および貴社が私の保険請求に関する事項を医療機関に開示する事を承認します。重複保険がある場合、私は貴社を代理人と定め本事故につき他の保険契約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。私の保険契約および保険金請求に関する事項を、他の保険会社等に照会し、また情報を開示することに同意します。

DECLARATION

I hereby make a claim for insurance benefits, by confirming the accuracy of the contents hereof and also by agreeing to the matters mentioned above. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.
本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また、上記同意し、保険金を請求いたします。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。

1. 被保険者の氏名: _____ (注) ①

2. 被保険者の署名: _____ (注) ②

(注) ① 医師の治療を受けたご本人の指名をアルファベット・ブロックレターでご記入願います。

② 医師の治療を受けたご本人の署名をお願い致します。
未成年の場合は、①②とも両親のいずれかの代筆も可能です。

ご注意ください 主な免責 - 次のような事由による傷害もしくは疾病につきましては、担保されません。

- ① 妊娠、出産、早産、流産に起因する医療処置および疾病
- ② 歯科疾病
- ③ 本保険加入以前からの病気、傷害(既往症)
- ④ 医師の治療を開始した日から180日(傷害の場合には、ケガをした日から180日)を経過した後の治療費用

- ⑤ 登録された医師(国によって異なります)以外の医師による治療費用
(注) 香港における漢方医、接骨医、針灸医、カイロプラクティック医、物理治療につきましては香港での登録の有無にかかわらず、西洋医によるReference letter(治療のため当該医療機関による治療が必要である旨記載のあるレター)のある場合のみがお支払いの対象となります。
- ⑥ 健康診断(二次検査も含みます)や各種検査のみの費用
- ⑦ 予防接種に係わる費用
- ⑧ 自殺、闘争、犯罪行為、心神喪失により起因したもの

重要です。必ずお読みください。

1. オリジナルの領収書を必ず添付願います。
2. ご請求の内容によってはご本人又は医師への問い合わせが必要となる他、本請求書記入欄に記入漏れがあると、手続きに時間がかかることもありますのでお含みお願います。

海外旅行傷害保険金請求書

《香港発行証券用》

東京海上火災保険(香港)有限公司

THE TOKIO MARINE AND FIRE
INSURANCE CO. (HK) LTD.

27th Floor, United Centre,
95 Queensway, Hong Kong
Tel. (852) 2529-4401
Fax. (852) 2529-2509
http://www.tokiomarine.com.hk



TOKIOMARINE

MILLEA GROUP

病 気 ・ 事 故 (ケ ガ) の 状 況	事故日時Date and Time of Accident/Illness. 年 月 日	場所Place
	初診日Date of First Treatment 年 月 日	
	状況原因等CIRCUMSTANCES	

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)

PATIENT'S NAME (Last Name, First Name) 患者氏名 (姓 名)	Patient's Birthday (患者生年月日) Month Day Year	Sex(性別) <input type="checkbox"/> M(男) <input type="checkbox"/> F(女)
Date When current illness (first symptom) Appeared or Injury (Accident) Occurred (発症日、受傷日) Month(月) Day(日) Year(年)	If patient has had same or similar prior illness, Please give first date of manifestation. (既往症有りの場合、最初の発病日をご記入ください。) Month(月) Day(日) Year(年)	
Diagnosis or Condition of Illness or Injury (診断名または症状)		
If Patient was Injured, Please give place of accident (傷害事故の場合、受傷場所をご記入ください。)		
Date(s) of Services (治療または入院期間) Month(月) Day(日) Year(年) Month(月) Day(日) Year(年)		
HOME VISIT(S) 往診	From _____ To _____	How Many? ____ Times (回)
OUTPATIENT CARE 外来通院	From _____ To _____	How Many? ____ Times (回)
HOSPITALIZATION 入院	From _____ To _____	How Many? ____ Times (回)
Was Private Nurse required? (付添看護必要性の有無) <input type="checkbox"/> Yes 要す ____days (日間) <input type="checkbox"/> No 不要		
Itemized amount paid to hospital, clinic &/or doctor (治療実費の明細)		
Consultation Fee (診療費)	Laboratory Tests (諸検査費)	Medication (医薬費)
Hospitalization (入院費)	Operation (手術費)	Other Charges (その他治療費)
TOTAL (合計)		
Address (住所) Tel No. (電話番号) Fax No. Date of preparation (作成日付) Month(月) Day(日) Year(年)		
		Signature of Attending Physician (担当医署名)

<保険金のお支払い案内> 弊社は、ご契約者、保険金お支払先にお支払い内容をご通知させていただきます。

<Notification of Payment> The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd. may notify party insuring or beneficiary of the details of claims settlement.

<個人情報利用目的> 弊社は、お客様の個人情報を、保険引受の判断、保険事故への対応、保険のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。

<Purpose to handle your personal information> The Tokio Marine and Fire Insurance Co. (HK) Ltd. use your personal information for underwriting, claim handling, and other insurance services that we provide.