キャッシュレス医療サービスをご利用される場合、または保険金をご請求される場合は、 右ページの海外旅行傷害保険金請求書兼状況報告書(裏面診断書)を切りはなして、ご 利用ください。

ご記入にあたっては、下記の記入例を参考にしてください。

保険金請求手続の詳細は海外アシスタンスサービスの概要をご参照ください。

	L ACCIDENT IN 保険金請求書兼状況	ISURANCE C 報告書(裏面診断	LAIM FORM		●❸はローマ字でご記入してく ださい他に同種の保険契約等がある場合は必ずご記入してください。
ニューインディア保険会社 御中 O:The New India Assurance Co.Ltd. (注意) ● は必ずご記入ください。 ●は、保険金を直接病院等へ支払う場合に署名捺印してください。	accident (including inquiry to non-life insurance companies), (個人情報の利用目的)	ion will be used in order for us and from companies concern , and to proceed with claim pay	to decide claim acceptance, take actie ed, survey of facts, and confirmation wi ment.	th other	
	する損害保険について損害保険会	会社間の確認を含みます。)、保険	金のお支払いを行うために利用させていたた POWER OF ATTOR I HEREBY APPOINT THE PHYSICI	NEY AN OR	捺印はローマ字でサインをするこ とで省略できます。
NAME 氏名 Suyuhi (1 年年月日(西國) 年 月	券番号 X 性別 ADDRESS 住 所 デ / 00 - 0006 B Marunouchi chiyoda MPLOYMENT 勤務先	TEL	THE HOSPITAL AS MY REPRESENT TO FILE THE MEDICAL EXPENSE FOR MY INJURY (OR SICKNESS) 委任状 私は、私を治療した病院・医師を代理人	CLAIM	住所は日本の連絡先住所をご記 入してください。
I (保 NAME 氏 名 (被領険者と同じ場合は紀入郷印不要) NOT NECESSARY WHEN THE INSURED FILES A CLAM	ADDRESS 住 所 〒	TEL	その事故 (疾病) に係る保険金の請求 受領に関する一切の権限を委任します メルル・トゥ SIGNATURE OF INSURED 被保険者	· /	海外でキャッシュレスサービスを 受ける場合はご記入してください。
DATE & TIME 日時 20/4/01//5 東京 CIRCUMSTANCES 快用 深行中 1500 PG CIE	PLACE 場所 St 、ボテルに : 帯住 : 台:輝、を役けた	t. Paul 121134315.	急に腰痛があり		病気、ケガの場合
型	します。	(携行品損害の場合、または賠 責の場合も具体的にご記入して ください。)			
NAME & ADDRESS OF HOSPITAL OR DOCTOR 病院名派たは医 St ・ Paul H	ospital	OUNT CLAMED	盆IAMBULANCE S 🚜 👩 👝		病気またはケガの場合
HAVE YOU HAD ANY PRIOR TREATMENT FOR THIS CONDITION 以前に本庭状に親して治療を受けたことがありますか? IF SO, WHEN? いつですか?		□YES □NO DWA	OTHERS \$ その他 ¥ TOTAL AMOUNT \$ \$ 280		
DAMAGED ITEM QUANTITY DA 品名およびメーカー・ブランド等 数 量	TE PURCHASED PLACE PUF 購入年月日 購入				携行品損害の場合
要 あり あり あり あり あり あり あり あり あり あり	ADDRESS 住 所	* *	¥		※破損の場合は、写真、見積書 を添付してください。 ※盗難の場合は盗難証明を添 付してください。
POLICE OFFICE YOU REPORTED TO 編出警察 NAME OF OWNER 所有者氏名 第	ģ.	NAME OF INJURED 負傷者の氏名			
ADDRESS C F C C C C C C C C	L MANDLY INJURY 一番への人 H	ADDRESS 主 所 HOSPITAL OR DOCTOR 病院名·医師の氏名	TEL NATURE OF INJURY 傳書名		賠責事故の場合
AMOUNT CLAIMED 請求金額 ¥ Since I confirm the above contents are true and correct. I will 上記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の ※●の請求者、接保険者と同じ住所・氏名の場合はご記	daim the money and ask you to proceed で、下記を込みのとおり支払ってください。 入不要です。 ※店番号・フリガナも		五新宿 華麗 [4]	2- 3	国内で保険金をご請求される場 合は、必ず保険金支払口座をご
保 フリガナ	座	通帳記号 1	度 / 2 3 4 5 6 D 通帳器号	7	指定ください。

OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM 海外旅行傷害保険金請求書兼状況報告書(裏面診断書)

TO:The	 二ユーインディア保険会社 御中 TO:The New India Assurance Co.Ltd. (注意) ① ② は、必ずご記入ください。 ③ は、保険金を直接病院等へ支払う場合に署名捺印してください。 ④ ~ ③ は、事故の内容により該当欄にご記入ください。 					(Purpose of use of personal information) Customers' personal information will be used in order for us to decide claim acceptance, take action for t accident (including inquiry to and from companies concerned, survey of facts, and confirmation with oth non-life insurance companies), and to proceed with claim payment. (個人情報の利用目的) お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応(関係先への照会等の事実関係の調査や関する損害保険について損害保険会社間の確認を含みます。)、保険金のお支払いを行うために利用させていただきまっ											h othe fや関係
下記の		事実と相違ないことを確			4	20		年	月	E	∃]	R	POV	VER (OF AT	TORN	JEY
A	CERTIF	FICATE OR POLICY NO.(契約訂			種の保険契約等は	あります		POLICES				LHERE	RV AP	POINT	THE PH	IVSICIA	N OB
ľ	,			保険会社証券番				険種類 険金額				THE H	OSPITA	L AS M	Y REPRI	ESENT.	ATIVE
					性別 ADDRE	SS 住					┪				al expe sicknes		CLAIM
dansni 被保険者			生年月日(西原	Ŧ	Ŧ					-		_					
S S S S S	章 年月日										_		_		£ 状		
≤者	OCCUPATION 職 業 PLACE OF EMPLOYMENT 勤務先 TEL											私は、私を治療した病院・医師を代理人と定め その事故(疾病)に係る保険金の請求およ					
保険金請求者		氏 名(被保険者と同じ場 NECESSARY WHEN THE IN		ı	ADDRI	ESS 住	E P/f	TEL			┪				限を委任		
請求者				(1)							J	SIGNA	ATURE (OF INSU	JRED 被	は保険者(の署名
ത	\	DATE & TIME 日時			PLACE 場所												_
U	事症	CIRCUMSTANCES 状況															
≓ α α	一数気の																
TAILS ACCIDENT SICKNESS	事故または																
OF AC																	
_				7 (+")				(33. mtm.) •		7	L 10 A		T-0/-			AFF. M	
		写故の種類に応じて RE & CONDITION OF INJUF						(注意) ❹	をご記	人され	と場合		自 い に DR FEE	も著名! \$	涂印を む	う願いし	ます。
4	IVATO	NE & CONDITION OF INJUR	nt un signivess 勝病	右のみり並ん									JR FEE 手術費等	-			
												薬代等					
SS					F 4 1) F						IMED #	レントゲ 職業看護					
W W w	NAME	& ADDRESS OF HOSPITAL	L UR DUCTUR 病院名	または医師の	氏名·任所						CLAIME 求	入院室料					
ACCIDENT/SICKNESS 傷害・病気											金額 額	金 AMBULANCE \$ 額 緊急移送費·移転費 ¥					
病	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? はい いいえ									AMC	OTHERS \$						
A A S		WHEN?							その他 ¥ TOTAL AMOUNT \$								
	いつで											合 計		¥			
<u></u>		DAMAGED ITEM	QUANTITY	DATE E	PURCHASED	1	PI ACE E	PURCHASED	1	ACTU	AL COS	ST			TOTAL		—
6	品名およびメーカー・ブランド等 数 量							背入先 購入価額					合計金額				
								¥									
					¥												
携																	
男989988 携行品損								¥									
BAG 提				ADDRESS AT TE							¥						
害	NAME	OF WITNESS 証人またはE	目撃者の氏名	ADDI	ADDRESS 住 所						TC						
	POLIC	E OFFICE YOU REPORTED	TO 届出警察									TEL					
		NAME OF OWNER						NAME OF INJU	RED								=
U	第一	所有者氏名					第	負傷者の氏名									
	쁑Ξ	ADDRESS 住 所			= ADDRESS												
	者 へ	IE 7/I			者への人身	1											
上 片僧	TEL						ᅴ꼴ᇬ	HOSPITAL OR DOCTOR				TEL NATURE OF INJURY					
NE 目標 本							日身	病院名・医師の日			傷害名						
							損害										
l		AMOUNT CLAIMED 請求金額 ¥		ADDRESS						TEL							
\succeq								住所					- ''				=
		ce I confirm the above cont 己の内容が事実と相違ないこと							as instr	ucted be	elow.						
	※●の請求者、被保険者と同じ住所・氏名の場合はご記入不要です。 ※店番号・フリガナも必ずご記入ください。																
保	₹				フリガナ (銀行)(信組)									温温	1	_	
保険金支払先	フリ	リガナ							信金)。	2::2			*.	本店 (支	遊馬	1	1
姜						振	(善温	·総合〉〈当座	、別段	-,		口座	番号	} '			
払	,,	=r				振込先口					1		! 	<u>i</u>		; , ,	<u>: </u>
先		所 げナ			座	郵便局	③ 通帳記号	1;	; ;,	<u> </u>	通帳番	5 '		! 	! ;!	; 1	
	70	///					_		1	1 1	- !	1 1			1 1		1

氏 名