



JI Accident & Fire Insurance

致 JI伤害火灾保险株式会社

用于伤害、疾病的治疗费(傷害・疾病治療費用)

海外旅行保险金申请书
海外旅行保険金請求書

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中

我已确认本资料的记载内容属实,并申请保险金。申请保险金时,以保险金申请人栏内的签名表示同意以下项目。同时,承认本资料的照片副本与本资料拥有同等的效力。

本書の記載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、下記項目について保険金請求者欄の署名をもって同意いたします。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.<关于医疗信息的提供以及事故调查的同意>

我同意所有为被保险人诊治的医院、医生以及相关的人员或与本事故相关的各机构或相关人员对贵公司或其指定的人提供与被保险人相关的所有疾病、负伤或事故的记录。

1.<医療情報の提供および事故調査に関する同意>

被保険者を診療または治療したすべての病院、医師、および関係者、または本件事故に関係する諸機関および関係者が、貴社またはその指名する者に、被保険者に関係するすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承諾します。

2.<个人信息的使用目的>

JI伤害火灾保险株式会社以及其委托的公司将为了判断保险承保、保险事故应对、保险的支付以及各种服务的提供等使用顾客的个人信息。

2.<個人情報の利用目的>

弊社およびその業務委託先は、お客様の個人情報を、保険引受の判断、保険事故への対応、保険のお支払および各種サービス提供等を行うために利用させていただきます。

※ 请用楷体书写(ブロック体で記入して下さい)

① 申请人原则上是被保险人本人。被保险人是未成年人,请监护人申请

請求者は原則、被保険者ご本人となります。被保険者が未成年の場合は、保護者の方がご請求ください

申请人(請求者)			
合同号码		日期	年 / 月 / 日
契約証番号		日付	/ /
申请人姓名	() 男	签字	
請求者氏名	() 女	サイン	
申请人是监护人的情况请打勾 (請求者が保護者の場合、チェックして下さい。)			☐
地址	国家 (国名) /		
住所			
联系方式	①电话(住宅)(電話(自宅)) ②手机(携帯電話) ③电子邮箱(メールアドレス)		
連絡手段			
被保险人	() 男	出生年月日	年 / 月 / 日
被保険者	() 女	生年月日	/ /

② 请在要求的领取方法处打勾 (受取方法にチェックして下さい)

要求银行汇款的情况,请指定可汇款日元的银行帐户(銀行振込をご希望の場合は、日本円を受領可能な銀行口座をご指定下さい)

要求的领取方法(支払指図)					
☐	银行名称		分行		SWIFT代码
	銀行名		支店		IBAN代码
☐	银行地址				
	銀行住所				
☐	帐户号码		帐户名义		
	口座番号		口座名義		
☐	我将以下项目的保险金申请权授权给以下支付对象。(私は下記項目の保険金請求権を以下の支払先に委任します)				
	项目	()	支付对象	()	
	項目		支払先		

③ 请尽量详细记载(できるだけ詳細を記載して下さい)

状况详细(発生状況詳細)			
事故、受伤、症状发生的日期	年 / 月 / 日 / 点 分	地方(城市)	
事故日時・受傷日・発症日	/ / :	場所(都市)	
生病、受伤、事故的状况 病気・怪我・事故の状況			

④ 除公共交通工具以外、请务必附上您负担的费用的发票（公共交通機関を除き、ご負担された費用の領収証の原本を必ず添付して下さい）

疾病、受伤保险金（疾病・傷害保険金）			
初診日	年 / 月 / 日	入院	☐ 有 () 天 ☐ 无 はい 日間 いいえ
以前是否治疗过该症状？	☐ 有 ☐ 无	什么时候？	年 / 月 / 日
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	いつですか？	/ /
申请金额（ご請求額）			
是否负担了治疗费用？		为了去医院或住院负担交通费了吗？	
治療費用の負担がありますか？ ☐ 有(あり) ☐ 无(なし)		入通院のための交通費の負担がありますか？ ☐ 有(あり) ☐ 无(なし)	
项目（項目）	金额（金額）	交通费（交通費）	
治疗费	日元(日本円)	日期	交通工具
治療費		日付	手段
处方药	日元(日本円)	/	
処方薬			
诊断书费	日元(日本円)	/	
診断書代			
医疗口译费	日元(日本円)	/	
医療通訳費			
其它 ()	日元(日本円)	/	
その他			
总计		总计	
合計	日元(日本円)	合計 日元(日本円)	

⑤ 请让医生记载（医師に記入を依頼して下さい）

如果接受了无现金医疗服务的受诊，不需要此诊断书（キャッシュレスメディカルサービスで受診された場合は、この診断書は不要です）

診断書（診断書）	
患者名	患者生年月日
患者姓名	患者の出生年月日
	年 / 月 / 日
	疾病症状が現れた日、またはケガをした日時
	疾病症状出現或受伤的日期
	年 / 月 / 日 午前 午後 :
診断名	治療期間とその方法
診断结论	治疗期间和其方法
	☐ 入院(住院) () 日間(天) 自 年 月 日
	☐ 通院(门诊) () 回(次) 至 年 月 日
疾病または傷害の状態および経過	
疾病或受伤的状态以及经过	
今回の症状について、患者は過去に治療を受けていましたか？	左記の症状は治癒していましたか？
关于这次的症状，患者以前是否接受过治疗？	左边记载的症状已经治好了吗？
☐ いいえ(无) はいの場合いつ頃どこですか？	☐ いいえ(无) はいの場合、具体的にいつ頃でしょうか？
☐ はい(有) (年 月 日頃、病院名)	☐ はい(有) (年 月 日頃)
今回の状態に影響する他の疾病の有無	診断日
是否有影响到这次状况的疾病	診断日
☐ いいえ(无) ありの場合、具体的に	年 月 日 ☐ 治癒 ☐ 継続中 ☐ 中止
☐ はい(有) ()	/ / 治愈/继续治疗/中止
作成日・病院名・住所・電話番号・担当医師名および印	
书写日期、医院名、地址、电话号码、负责的医生姓名以及印章	
病院名、住所、電話番号	作成日 年 月 日
担当医師 印	

⑥ 如果受伤了，请打勾（傷害事故の場合、チェックマークをして下さい）

第三方的证明（第三者証明）	
如果向警察报了案（警察に届出している場合）	
☐	报案的派出所、负责人姓名和电话号码
	届出署、担当名と電話番号
亲属以外的第三方的证明（親族以外の第三者の証明）	
☐	事故发生日期
	事故日時 年 / 月 / 日 点 分
	地方
	場所
	事故状况
	事故状況
☐	我证明以上情况属实（上記を証明します。）
	地址（住所）
	电话号码（電話）
	姓名（名前）
	电子邮箱（メールアドレス）