

TO : JI ACCIDENT & FIRE INSURANCE Co.,LTD
ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中

I hereby make a claim for insurance benefits, by confirming the accuracy of the contents hereof and also by agreeing to the matters mentioned below, after appending my signature thereto. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

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.< AUTHORIZATION FOR PROVISION OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION ON THE CASE >

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, or any government authority or other person who is related to the accident, to furnish JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd. or its authorized representative with any and all information or documents with respect to any sickness, injury or accident that relates to this case.

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.<Purpose to handle your personal information>

JI ACCIDENT & FIRE INSURANCE CO.,LTD or its authorized representative use your personal information for underwriting, claim handling, and other insurance services that we provide.

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。

※Please fill out in block letters.(ブロック体で記入して下さい)
① Claimant should be the Insured in principle. If the Insured is a minor, Claimant is to be a Legal Guardian.

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

CLAIMANT(請求者)			
CERTIFICATE NO. 契約証番号		DATE 日付	Y E A R / M O N T H / D A Y / /
NAME 請求者氏名	() MALE / 男 () FEMALE / 女	SIGNATURE サイン	
IF THE CLAIMANT IS THE GUARDIAN OF THE INSURED, PLEASE CHECK. (請求者が保護者の場合、チェックして下さい。)			<input type="checkbox"/>
ADDRESS 住所	COUNTRY (国名) /		
CONTACT 連絡手段	①TELEPHONE(HOME) (電話(自宅)) ②MOBILE PHONE (携帯電話) ③E-MAIL (メールアドレス)		
INSURED 被保険者	() MALE / 男 () FEMALE / 女	DATE OF BIRTH 生年月日	Y E A R / M O N T H / D A Y / /

② Please put a check mark for receiving the Insurance Benefit.(保険金受取方法にチェックして下さい)

If you prefer the bank transfer, specify your bank account that the Japanese Yen can be transferred.

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

APPOINTMENT OF RECEIVING THE INSURANCE BENEFIT(保険金支払指図)					
<input type="checkbox"/>	BANK NAME 銀行名		BRANCH 支店	SWIFT IBAN	
	BANK ADDRESS 銀行住所				
	ACCOUNT NO. 口座番号	ACCOUNT NAME 口座名義			
<input type="checkbox"/>	I AUTHORIZE THE RIGHT(S) OF THE INSURANCE BENEFIT(S) FOR THE FOLLOWING ITEM(S) AS THE BELOW. 私は下記費目の保険金受領の権限を以下のとおり委任します				
	ITEM 費目	()	TO 支払先	()	

③ Fill the details of the occurrence as much as possible. (できるだけ詳細を記載して下さい)

DETAILS OF THE OCCURRENCE(事故発生状況)			
DATE AND TIME OF OCCURRENCE 事故日時・受傷日・発症日	Y E A R / M O N T H / D A Y / T I M E / / :	PLACE(CITY) 場所(都市)	
NATURE OR CONDITION OF SICKNESS OR INJURY / CIRCUMSTANCE OF ACCIDENT 病気・怪我・事故の状況			

④ All the original receipt(s) must be attached for the item(s) you have paid (except the public transport).
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

SICKNESS OR INJURY (疾病・傷害保険金)					
FIRST DAY OF TREATMENT 初診日	Y E A R / M O N T H / D A Y / /		INPATIENT? 入院		<input type="checkbox"/> YES () DAYS はい 日間 <input type="checkbox"/> NO いいえ
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?			<input type="checkbox"/> YES はい	<input type="checkbox"/> NO いいえ	IF YES, WHEN? いつですか? Y E A R / M O N T H / D A Y / /
CLAIMED AMOUNT (ご請求額)					
DO YOU HAVE PAID MEDICAL ITEM(S) EXPENSE ? 治療費用の負担がありますか?			DO YOU HAVE PAID TRANSPOTATION EXPENSE FOR TREATMENT? 入通院のための交通費の負担がありますか?		
<input type="checkbox"/> YES(あり) <input type="checkbox"/> NO(なし)			<input type="checkbox"/> YES(あり) <input type="checkbox"/> NO(なし)		
ITEM(項目)		AMOUNT(金額)		TRANSPOTATION EXP.(交通費)	
MEDICAL EXP. 治療費	JPY(円)		DATE 日付	METHOD 手段	ROUTE 経路
PRESCRIPTION 処方薬	JPY(円)		/		JPY(円)
MEDICAL CERTIFICATE 診断書代	JPY(円)		/		JPY(円)
MEDICAL INTERPRETATION 医療通訳費	JPY(円)		/		JPY(円)
OTHERS () その他	JPY(円)		/		JPY(円)
TOTAL 合計	JPY(円)		TOTAL 合計		JPY(円)

⑤ Please ask the doctor to fill out. (医師に記入を依頼して下さい)
If you received Cashless Medical Service, this part is not required.
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 (MEDICAL CERTIFICATE)					
患者名 NAME OF PATIENT		患者生年月日 PATIENT'S DATE OF BIRTH		疾病症状が現れた日、またはケガをした日時 DATE AND TIME OF ACCIDENT OR FIRST APPEARANCE OF SYMPTOM	
		年 月 日 Y M D	年 月 日 Y M D	午前 午後	AM PM
診断名 DIAGNOSIS		治療期間とその方法 DATE AND TYPE OF MEDICAL TREATMENT (FROM/TO,YY/MM/DD)			
		<input type="checkbox"/> 入院(IN) () 日間 自 年 月 日 <input type="checkbox"/> 通院(OUT) () 回 至 年 月 日			
疾病または傷害の状態および経過 NATURE AND CONDITION OF SICKNESS OR INJURY					
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? HAS PATIENT HAD ANY PRIOR TREATMENT FOR THIS CONDITION? IF YES, WHEN?			左記の症状は治癒していましたか? WHETHER THE PATIENT HAD HEALD BY THE PRIOR TREATMENT? IF YES, WHEN?		
<input type="checkbox"/> いいえ はいの場合いつ頃どこですか? <input type="checkbox"/> はい (年 月 日 頃、病院名)			<input type="checkbox"/> いいえ はいの場合、具体的にいつ頃でしょうか? <input type="checkbox"/> はい (年 月 日 頃)		
今回の状態に影響する他の疾病の有無 DESCRIBE ANY OTHER DISEASE AFFECTING PRESENT CONDITION.IF ANY, WHAT?			診断日 DATE OF FINAL ASSESSMENT		
<input type="checkbox"/> なし ありの場合、具体的に <input type="checkbox"/> あり ()			年 月 日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止 Y M D Healed / Continued / Discontinued		
作成日・病院名・住所・電話番号・担当医師名および印 DATE,NAME OF HOSPITAL,ADDRESS, TELEPHONE NUMBER, SIGNATURE OF ATTENDING PHYSICIAN					
病院名、住所、電話番号			作成日 年 月 日		
			担当医師 印		

⑥ In the case of injury, please put a check mark. (傷害事故の場合、チェックマークをして下さい)

CERTIFICATE BY THE THIRD PARTY (第三者証明)	
THE CASE IS REPORTED TO THE POLICE. (警察に届出している場合)	
<input type="checkbox"/>	NAME OF THE POLICE OFFICE, PERSON IN CHARGE, &TELEPHONENUMBER 届出署、担当名と電話番号
CERTIFICATE BY THE THIRD PARTY, OTHER THAN YOUR RELATIVES (親族以外の第三者の証明)	
<input type="checkbox"/>	DATE & TIME Y E A R / M O N T H / D A Y / T I M E 事故日時 / / : PLACE 場所
DETAILS OF THE ACCIDENT 事故状況	
<input type="checkbox"/>	I VERIFY THE ABOVE IS TRUE AND CORRECT.(上記を証明します。) ADDRESS(住所) TELEPHONENUMBER(電話) NAME(名前) E-MAIL(メールアドレス)