

同向キャッシュレスご利用時のご用紙に追加記載、患者・日付記入の上保険証券または被保険者証のコピーとともに病院へ提出下さい。

三井住友海上・海外旅行総合保険キャッシュレスメディカルサービス保険金請求委任状・同意書  
Mitsui Sumitomo Insurance Cashless Medical Service Claim Authorization & Consent Form

(Major Conditions Not Payable under the Policy) Vaccination, Medical Check-up, Dental Disease, Pregnancy Related Treatment, Myopia / Presbyopia, Whiplash / Backache without any objective symptoms.  
保険金をお支払いできない主な場合: 予防接種、健康診断、歯科疾病、妊娠に起因する治療、近視・老眼、他覚症状のないむち打ち症・腰痛  
Chiropractic, Acupuncture/Moxacautery, Fighting / Suicidal Attempt, Pre-existing Condition, Continuous Treatments Exceeding 180 days from 1st day of treatment/accident date, etc.  
カイロプラティック、鍼灸、ケガ・自殺、保険の始期以前に発病した疾病、初診日/事故日から180日経過した継続治療費等

(Name) (ローマ字) : \_\_\_\_\_ (Sex) (M) / (F) (Date of Birth) \_\_\_\_\_  
被保険者名(漢字) : \_\_\_\_\_ 性別: 男・女 生年月日(西暦) : \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日  
(Policy No) \_\_\_\_\_ (Company Name) \_\_\_\_\_  
保険証券番号 \_\_\_\_\_ 勤務先(会社名) : \_\_\_\_\_  
(Contacts in here)(Residential Address) \_\_\_\_\_ (Tel No.) \_\_\_\_\_  
当地の連絡先(自宅ご住所) : \_\_\_\_\_ (電話番号) : \_\_\_\_\_  
(Contact Address in Japan) \_\_\_\_\_ (Tel No.) \_\_\_\_\_  
日本の連絡先(住所) : \_\_\_\_\_ (電話番号) : \_\_\_\_\_  
(Sickness Case) (Symptoms) \_\_\_\_\_  
病気の場合 => 症状 なるべく詳しくご記入下さい: \_\_\_\_\_  
=> [症状が最初に現れた日 (Date when the symptom first appeared) : \_\_\_\_\_年(Y) \_\_\_\_月(M) \_\_\_\_日(D) ]  
=> [同じ症状で最初に治療を受けた日(初診日)(Date of first consultation)\* : \_\_\_\_\_年(Y) \_\_\_\_月(M) \_\_\_\_日(D)\* ]  
[病院名 (Name of Hospital) : \_\_\_\_\_ ] \* 継続治療の場合には一番最初の診察日  
(If the treatment is continuous, the date of 1st consultation.)  
(Injury Case) (Cause of Injury & Circumstances of Accident)  
けがの場合 => けがの原因・事故の状況 なるべく詳しくご記入下さい: \_\_\_\_\_  
=> [事故が発生した日 (Date when the accident occurred) : \_\_\_\_\_年(Y) \_\_\_\_月(M) \_\_\_\_日(D)]  
他に同種の保険契約に加入していますか?(Do you have any other insurance?) はい(Yes) ・ いいえ(No)  
[保険会社名: \_\_\_\_\_ /証券番号: \_\_\_\_\_] [クレジットカード名: \_\_\_\_\_ /クレジットカード番号: \_\_\_\_\_]  
(Insurance Company) (Policy No.) (Type of Credit Card) (Credit Card No.)

医療機関に対する同意・委任状 (To Medical Service Provider)  
●「キャッシュレス」利用による治療費用についてその保険金請求権を当該医療機関に委任します。また、当該保険において支払い対象外と判明した費用については、速やかに当該医療機関、三井住友海上火災保険(株)もしくはその業務委託先に支払うことを誓約します。  
I, the undersigned, hereby irrevocably authorize the Medical Service Providers to file a claim for and on behalf of me and/or the Insured Patient, for the costs of the medical services rendered pursuant to MSI's cashless medical services. I hereby further agree to pay without delay the Medical Service Providers, MSI or its agent at the discretion of MSI or its agent for the amount not payable under the policy covering the insured Patient.  
●「個人情報の提供に関する同意」 上記患者の貴院での受療に関して、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による下記医療情報に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。  
1. 診断書・診療報酬明細書 2. 傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見 3. 画像診断(レントゲン)等の記録ほか検査資料  
I, the undersigned, hereby irrevocably authorize the Medical Service Providers to furnish MSI with such medical information as hereinafter defined, including but not limited to:  
1. Medical record and/or report describing the details of medical services and/or medicines rendered 2. Medical opinion as regards the causes and symptoms of the injury or sickness of the Insured Patient, chronological history, nature and period of the medical treatment rendered, pre-existing medical, physical, mental or clinical condition and present or possible disability, if any, of the Insured Patient, and 3. Any other form of medical records, including but not limited to X-ray, MRI or any other information recorded in optical, electronic or magnetic medium.  
三井住友海上火災保険株式会社に対する「個人情報提供に関する同意」 同意に関する同意、及び「他保険に対する保険金請求権の委任状」  
[To Mitsui Sumitomo Insurance Co., Ltd.] (hereinafter "MSI")  
●「個人情報の取扱いに関する同意」 貴社が、本保険請求に関する私の個人情報を次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。  
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(修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等)・業務委託先(保険代理店を含む)、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。  
②保険金支払の健全な運営のために、貴社が一般社団法人日本損害保険協会、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ること。  
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ること。  
④保険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確保その他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。  
⑤他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報(支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、損害保険金の額等支払保険金・費用に関する情報)を、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること。また、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、貴社から提供を受け、利用すること。  
●「調査に協同する同意」 貴社の社員またはその業務委託先が、私の保険金請求に関する保険事故事実の調査を行う範囲内で、事故の事実に関する情報を如何なる機関、個人等関係当事者より取得することに同意します。又同様に医療機関から下記医療情報を直接取得・利用することに同意します。なお、本状は上記の傷病に関する貴社の保険金支払完了後に効力を失うものとします。  
I, the undersigned, hereby irrevocably authorize MSI to obtain any and all factual information related to an insurance claim(s) filed or to be filed against MSI, including but not limited to medical, physical, clinical, mental or psychological condition of the Insured Patient from any relevant organization or individuals, including but not limited to any hospital(s), clinics, physician(s), medical doctor(s), therapist(s) and any other organization(s) or persons(s) who will or have attended, examined, inspected or provided medical services of any kind. This authorization shall be irrevocable, valid, and in effect until the final settlement of insurance claims for the above condition.  
●「他保険に対する保険金請求権の委任状」 今回保険金を受領した後に同一危険を担保する他の保険契約があることが判明した時は、その保険契約があった場合に三井住友海上が支払うべき保険金との差額を直ちに返還いたします。

(注意) 被保険者(その法定代理人)が未成年者である場合、未成年者の同意は、未成年者の法定代理人(親権者)が署名し、捺印することによって行われなければならないものとします。  
\*病院側から身分証明を求められた場合、16歳以上の身分証明書をご提示下さい。

上記ご確認のうえ下記に日付ご記入とご署名をお願いします。  
受診日(YMD) : \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 被保険者様ご署名: \_\_\_\_\_  
(Date of Consultation) (Signature) \*被保険者の方が未成年の場合には親権者の方がご署名下さい。