

同意書兼保険金請求書・委任状 / Claim Form, Power of Attorney and Authorization

＜保険金請求の委任および同意＞ 私は、私を治療した貴院を代理人と定め、当該事故（疾病）に係わる治療費用保険金の受領に関する権限を委任します。私の治療費用については保険会社に請求ください。保険会社が貴院からの請求に基づいて、直接当該保険金を支払うことを認めます。但し、治療費用が保険金支払いの対象とならない場合には私が直接貴院に治療費全額を速やかに支払う事に同意致します。また、私を治療した医師または対応したその他の者が、病気またはケガに関する病歴、診察、処方または治療他、全ての医療記録の情報を保険会社またはその代理人へ提供する事を認めます。本書の複写は原本と同じ効力があるものと認めます。

＜他の保険契約等の保険金請求に関する同意＞ 同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等がある場合、保険会社を代理人と定め、他保険契約等の保険金請求受領に関する権限を委任し、保険会社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、保険会社の負担部分を定める額を求償することを同意します。

＜個人情報の取得・利用・提供＞ 本件事故に関して、保険金支払および保険事故の調査などに必要な範囲において、保険会社が個人情報を取得・利用すること、法令等による場合や調査のため必要な場合には日本国内外の業務委託先・調査先等へ提供すること、また、本件事故に係わる医療情報等を含む個人情報を保険会社が取得・利用するにあたり日本に転送され日本の個人情報保護法に基づき管理されることに同意します。

◆処方薬代・入院交通費・帰国後の継続治療費、傷害による後遺障害が残存する場合は保険対象になる場合があります。詳細は保険会社にお問い合わせ下さい。I hereby appoint the doctor of medicine or the hospital, as my representative to file medical expense claims for my injury (or sickness). In a case that the above medical expenses are not covered under the Insurance Policy, I agree to pay all of the medical expenses directly to the doctor or the hospital immediately. I authorize the doctor, the hospital or the other person who has attended or examined me to furnish any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records to Insurance Company or its authorized representative. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

◆対象にならない主な場合：MAIN EXCLUSIONS

既往症（持病）・歯科疾病・妊娠・出産・早産・流産に起因する疾病 *「疾病に関する応急治療・救援費用補償特約」、「緊急歯科治療費用補償特約」または「妊娠初期の症状に対する保険金支払責任の変更に関する特約」加入の場合、補償される場合があります／健康診断や予防接種／180日を超えた治療（ケガの場合：事故の日から、疾病の場合：治療開始日から） Pre-existing conditions commencing before the policy went into effect, dental disease, sickness related to pregnancy, childbirth, premature birth or miscarriage. However, the medical expenses of pre-existing conditions for sickness only, not for injury, dental disease, sickness related to pregnancy, childbirth, premature birth or miscarriage shall be covered under a special clause.／Routine regular physical examinations, vaccinations or immunizing injections / Medical expenses beyond 180 days from the date on which the accident occurred or medical consultation was first received for the disease

＜お客様記入欄＞日本語で下欄①～⑬すべてご記入下さい Please have the patient fill out section 1 to 13.		①作成年月日 Date (yyyy/mm/dd)		年	月	日
②受診者のご署名 Signature of Patient (ふりがな)		③契約証番号 Certificate (Policy) Number				
(受診者が未成年の場合) 保護者ご署名 Signature of Parent		(企業包括契約の場合) ID No		企業名 Company Name		
④生年月日 Date of Birth (yyyy/mm/dd)		年	月	日	⑤電話番号 Phone Number	
⑥現住所 Current Address						
⑦Eメールアドレス E-mail		⑧直近の日本出国日 Most recent departure date of Japan Date(yyyy/mm/dd)				
⑨海外旅行保険付帯のクレジットカード所有 Credit Card with Travel Insurance Cover		有 / 無 Yes / No		カード会社名 Credit Card Company Name		
⑩事故日（病気の場合は発症日） Injury: Date of accident/Sickness: Date symptom first appeared		年	月	日	⑪入院 inpatient 有 / 無 Yes / No	
⑫病気の内容/事故状況/症状のある部位 Sickness: Description of symptom / Injury: Description of accident/Part(s) of body						
⑬同症状で治療を受けたことはありますか？ Have you had any prior treatment(s) for the same condition?		有 / 無 Yes / No		有りの場合、それはいつですか？ If yes, when ? 年 月 日 Date (yyyy/mm/dd)		

現地医師使用欄 Attending Physician's Statement

PLEASE FILL OUT ALL QUESTION IN CAPITAL LETTERS.

1. Diagnosis:	ICD Code:
2. Date symptom first appeared:	<input type="checkbox"/> Outpatient <input type="checkbox"/> Home Visit <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Telehealth
3. Date of the first visit for this condition:	
4. Name of surgical operation if any:	
5. Feature of dismemberment or continuous disability:	
6. Any chronic disease or infirmity affecting present condition:	
* Does the condition require subsequent treatment(s)?	Y / N
* Was any treatment for this symptom carried out before? If yes; give date & name of Dr/Hospital.	Y / N
* Is this disease / sickness related to Dental, Pregnancy, Delivery or Miscarriage?	Y / N
* Is there any continuous treatment for chronic disease?	Y / N
* Is this a routine regular physical examination or vaccination?	Y / N
Patient's Name :	Date (yyyy/mm/dd) :
Attending Physician's name :	Signature :