

海外旅行保険 保険金ご請求のご案内 (リスク細分型特定手続用海外旅行保険)

このたびは、SBI 損保の海外旅行保険をご利用いただき厚く御礼申し上げます。

保険金のご請求にあたり、必要な書類は下記のとおりです。お手数ではございますが、「Web 保険金請求」ページより画像のアップロード、または郵送にてご提出ください。なお、ご請求いただきました後、追加書類をお願いする場合もございますので、予めご了承ください。

Web 保険金請求 書類送付先	https://sbisonpo.tabiho.jp/jiko/do/hokenkinseikyustart 〒330-9890 さいたま新都心郵便局私書箱 70 号 ジェイアイ傷害火災保険 (株) 保険金請求書類受付センター SBI 損害保険担当 行
--------------------	---

SBI 損保の海外旅行保険はジェイアイ傷害火災保険との提携商品です。事故およびトラブル時の対応サービスはジェイアイ傷害火災保険を通じてご提供いたします。

保険補償項目	ご提出をお願いする書類							主な支払項目	備考
	海外旅行 保険請求書 (本書)	事故証明 書 注1	医師の 診断書	負担した 費用の 明細書 および 領収書	購入時 の価格・ 購入先 を示す 書類	パス ポートの コピー (写真の ページと 日本出入 国スタンプ 欄) 注4	その他 当社が 求める 書類		
ご請求される保険金の種類 ※保険金請求書の 1~4 の欄 および下記番号の欄を ご記入ください。								<ul style="list-style-type: none"> ・主な支払項目をあげています。お支払にあたってはそれぞれ条件があり、記載している費用でもお支払できない場合があります。 ・記載の他にも限度額が個別に設定されている場合があります。 ・支出した通貨が日本円以外の場合、お支払額が確定した日の前日の交換比率(レート)で日本円換算した保険金をお支払いします。ただし、クレジットカードの明細書など、実際に支出した日本円が明示された資料を提出いただいた場合にはその額でお支払できる場合もございます。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">詳しくは約款をご確認ください</div>	
治療費用 (傷害) 5 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・治療のために支出した医師の診察費、手術費、処方薬剤費、義手義足修理費(傷害)、検査費、職業看護師費、入院費、医師の静養指示によるホテル客室料、緊急移送費、入院交通費、医療通訳費、当社提出用診断書代など ・入院時:身の回り品購入費は国際電話料通通信費と合算して 20 万円限度(身の回り品購入費単体では 5 万円限度) ・治療後:行程復帰または直接住居に帰着するための交通費、宿泊費 	<ul style="list-style-type: none"> ・(ご病気) 妊娠に起因するご病気、歯科疾病は対象外 ・(ただし、ご契約の内容によって妊娠初期の異常、緊急歯科治療は対象となる場合があります)
治療費用 (疾病) 5 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・救護者の現地までの往復運賃、ホテル等客室料、移送費用、遺体輸送費用、遺体処理費用、諸雑費(救護者の渡航手続費、現地交通費、救援に必要な身の回り品購入費、国際電話料等通信費、救援に必要な通訳雇入費等)など ・付添者の行程復帰または直接住居に帰着するための交通費、宿泊費 	<ul style="list-style-type: none"> ・救護者費用は 3 名分限度 ・付添者の費用は 3 名分限度 ・客室料は 1 名 14 日分限度 ・諸雑費は 60 万円限度
救援者費用 5 11 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・再調達価額と修繕費相当額のいずれか低い額 ・乗車券等は再購入費(合計 5 万円限度) ・現地での旅券再取得費または渡航書取得費(合計 10 万円限度) ・国または都道府県に納付した運転免許証の再発給手数料 	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者所有の物、旅行開始前に賃貸業者以外の者から無償で借り入れた物が対象 ・1 個、1 組または 1 対で 10 万円限度
携行品損害 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・再調達価額と修繕費相当額のいずれか低い額 ・乗車券等は再購入費(合計 5 万円限度) ・現地での旅券再取得費または渡航書取得費(合計 10 万円限度) ・国または都道府県に納付した運転免許証の再発給手数料 	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者所有の物、旅行開始前に賃貸業者以外の者から無償で借り入れた物が対象 ・1 個、1 組または 1 対で 10 万円限度
個人賠償責任 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・責任期間中に生じた偶然な事故により、他人の身体の障害や他人の財物の損壊、紛失について、法律上の賠償責任を負担することによって支払うべき損害賠償金など 	
航空機寄託手荷物遅延費用 9 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・衣類購入費・生活必需品購入費・身の回り品購入費(目的地到着後 6 時間以上の航空機寄託手荷物遅延が生じ、目的地到着後 96 時間以内に負担した費用に限る) 	<ul style="list-style-type: none"> ・1 回の事故につき 10 万円限度
航空機遅延費用 8 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・代替便が利用可能となるまでに出発地・乗継地等で負担したホテル等客室料、食事代、交通費、国際電話料等通信費、目的地における旅行サービス取消料など 	<ul style="list-style-type: none"> ・1 回の事故につき 2 万円限度
弁護士費用等 (被害事故) 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・当社の同意を得て支出した損害賠償請求費用および弁護士に対する法律相談費用 	<ul style="list-style-type: none"> ・1 回の被害事故につき損害賠償請求費用は 100 万円限度、法律相談費用は 10 万円限度
テロ等対応 10 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・テロ等対応保険金 × 帰国遅延日数(交通費、宿泊施設の客室料、国際電話料等通信費を支出した場合に限る) 	<ul style="list-style-type: none"> ・約款所定の事由により、最終目的地への到着が遅延した場合を対象とします。 ・旅行の最終目的地への到着予定日からその日を含めて 10 日限度
日本語ガイド費用 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・次の事由による日本語ガイド等の雇入れ費 ・被保険者の入院・転院、処方薬剤の購入、医師の指示による宿泊施設での静養、治療を受け行程を離脱した場合の行程復帰または直接住居に帰着、被保険者の救援 ・旅券が盗難等の損害を被った場合における旅券または渡航書の取得、通貨盗難 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療費用または救援者費用が支払われる場合、もしくは被保険者が旅券について被った損害で携行品損害が支払われる場合が対象 ※日本語ガイド等には添乗員(ツアーコンダクター含む)、被保険者の親族、同行旅行者は含みません。
ペット預入延長 10 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・ペット預入延長保険金日額 × ペット預入延長日数(ペット専用施設の預入延長のための費用を支出した場合に限る) 	<ul style="list-style-type: none"> ・約款所定の事由により、最終目的地への到着が遅延した場合を対象とします。 ・引取予定日の翌日から起算して 7 日限度
旅行キャンセル費用 10 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・出国中止したことにより払戻しを受けられない、またはこれから支払うことを要する旅行取消料、違約料、旅行業務取扱料、渡航手続費など 	<ul style="list-style-type: none"> ・約款所定の事由による旅行キャンセルや旅行中断を対象とします。 ・約款所定の事由は契約日の翌日以後(キャンセルの場合)または出国以後(中断の場合)に発生していることが必要です。
旅行中断費用 10 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ・旅行を中断して中途帰国したときの帰国費用(ただし、企画旅行の場合は、旅行中断費用保険金額 × 旅行日程のうち、日本国に到着した日以降の日数/旅行日程の予定日数で算出した金額と帰国費用のいずれか高い金額) 	

注1 公的機関、交通機関、宿泊機関、医療機関、旅行会社、添乗員等による事故証明をいいますが、やむを得ず入手できない場合には、保険金請求書 4 にご記入ください。

注2 公的機関または交通機関の事故証明に限りです。

注3 ・治療費用(傷害)のご請求の場合:海外旅行開始後に病気にかかり、旅行行程終了後 72 時間を経過するまでに医師の治療を開始したことを併せて証明してあるもの

・治療費用(疾病)のご請求の場合:海外旅行開始後に特定の感染症に分類される病気にかかり、旅行行程終了後 30 日間を経過するまでに医師の治療を開始したことを併せて証明してあるもの

・責任開始前疾病をご請求の場合:海外旅行開始前に病気にかかり、海外旅行開始前に医師の治療を開始していたことを併せて証明してあるものおよび海外旅行中にその症状が急激に悪化し、海外旅行中に医師の治療を開始したことを併せて証明してあるもの

注4 自動化ゲート等をご利用でスタンプの押印が無い場合は、e チケットや旅行日程表等の日本の出入国日が確認できる書類をお願いします。

海外旅行保険 保険金請求書 (リスク細分型特定手続用海外旅行保険)

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM FOR SPECIFIC PROCEDURE

SBI 損害保険株式会社 宛

TO:SBI Insurance Co., Ltd.

同意事項 AUTHORIZATION	<p>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、下記の項目に同意いたします。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。 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.</p>
	<p>1. 医療情報の提供および事故調査に関する同意 AUTHORIZATION FOR PROVISION OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION ON THE CASE 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する諸機関および関係者が、貴社・ジェイアイ傷害火災保険株式会社またはその指名する者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承諾します。 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 SBI Insurance Co., Ltd.・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.</p>
	<p>2. 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（保険契約、共済契約など名称を問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいい、クレジットカードに付帯された海外旅行保険を含みます。本書面では同様とします。）から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払を受けた場合には、その超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します。 ※他の保険契約等がある場合、当社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、当社の負担部分を超える額を求償いたします。</p> <p>3. 〈個人情報の取扱い〉 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、個人情報を取得・利用すること、また法令等による場合や調査のために必要な場合には、国内・海外の業務委託先、調査先等へ提供することに同意します。また、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、支払保険金等に関する情報）を提供すること、もしくは、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社・ジェイアイ傷害火災保険株式会社へ提供すること、もしくは、貴社・ジェイアイ傷害火災保険株式会社から提供を受け、利用することに同意します。 ※ 当社の個人情報の取扱いに関する詳細については、当社ウェブサイト（https://www.sbisopco.co.jp/）をご覧ください。</p>

1 保険金請求者・被保険者

請求日（記入日）	年	月	日	契約証番号	
保険金請求者	住所	〒 -			
	フリガナ				
	署名	様	E-mail		
			電話番号	携帯電話 - - ご自宅 - -	
		FAX	- -		
被保険者	フリガナ				
	氏名	<input type="checkbox"/> 保険金請求者に同じ			
		生年月日	年	月	日

2 保険金支払指図欄 ※ 該当の□にチェックしてください。

下記口座へ振込希望

金融機関	(ゆうちょ銀行以外)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協	店名	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	ゆうちょ銀行
			店番号		通帳記号
	<input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄		口座番号		通帳番号
	口座名義 (カナ)				

当社が提携する修理業者へ支払希望
 当社が提携する医療機関へ支払希望
 () へ振込希望
 その他希望 ()

3 他の保険契約等

※ 同一の事故で保険金等が支払われる他の保険契約等、海外旅行保険が付帯されているクレジットカードがありましたら必ずご記入ください。
 ※ 海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちの場合は、パスポートコピー（写真のページと日本出入国スタンプ欄）もあわせてご提出ください。

他の保険契約等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	保険会社名	証券番号	保険金請求	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
海外旅行保険付帯のクレジットカード	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	クレジットカード名	<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> アメックス <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> セゾン <input type="checkbox"/> 三井住友 VISA <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> JTB 旅カード <input type="checkbox"/> 楽天 <input type="checkbox"/> 他 ()	旅行代金を支払ったカード名	保険金請求	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

4 事故の状況

※ 第三者証明欄は親族以外の第三者に記入を依頼してください。公的機関や添乗員等の証明書がある場合、記入は不要です。

事故が発生した、またはご病気が発症した日時	年	月	日	時	頃	発生場所	国名：	場所（都市）：
事故の状況 ご病気の内容								
盗難・火災等の場合、届出警察署（官公署）						届出番号		
第三者証明欄 (ご病気の請求の際は記入不要です)	上記の通り事故を確認しました。					電話番号	-	-
	署名					被保険者との関係		

5 おケガ/ご病気

傷病名			(おケガの場合) 受傷部位		
初診日	年	月	日	キャッシュレスメディカルサービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(年	月	日) ~ (年
(ご病気の場合) 今回と同症状の過去の治療歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(年	月	日) ~ (年
		(有の場合) <input type="checkbox"/> 治癒していた	(年	月
				日頃)	<input type="checkbox"/> 治癒していない
費用項目	入院日 (費用発生日)		合計金額 (通貨)		領収書枚数
治療費・入院費					枚
処方薬等購入費					枚
当社提出用診断書代					枚
(入院時) 国際電話料など通信費					枚
(入院時) 入院に必要な身の回り品					枚
その他 (枚
入院のための交通費	公共交通機関				
	自家用車			片道	km × 日 利用

※記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙に同じ要領でご記入のうえご提出ください。

6 携行品損害

損害品目	メーカー名・型式・品番等	購入年月日	購入金額	購入時の領収書	修理金額 (破損の場合)
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

※記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙に同じ要領でご記入のうえご提出ください。

7 個人賠償責任

●第三者への賠償 (対物賠償) の場合					
損害品			所有者名		
●第三者への賠償 (対人賠償) の場合					
被害者氏名			被害者ご連絡先	-	-
おケガの状況			入院有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
費用項目	支払状況		(支払済の場合) 支払日	支払金額	確認資料※
賠償費用	<input type="checkbox"/> 未払 <input type="checkbox"/> 支払済		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ 確認資料：領収書、事故証明書、示談書など

8 航空機の遅延、欠航等 ※ ご負担された費用は 11 番の欄にご記入ください。

事故原因							
搭乗予定便	便名			実際の搭乗便	便名		
	出発空港				出発空港	<input type="checkbox"/> 当初の予定通り	
	到着空港				到着空港	<input type="checkbox"/> 当初の予定通り	
	出発予定時間	年	月		日	時	分
	到着予定時間	年	月		日	時	分
乗継遅延	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
乗継予定便	便名			実際の乗継便	便名		
	出発空港				出発空港	<input type="checkbox"/> 当初の予定通り	
	出発予定時間	年	月		日	時	分

9 航空機寄託手荷物の遅延 ※ ご負担された費用は 11 番の欄にご記入ください。

搭乗便			到着空港		
到着日時	年	月	日	時	分
			荷物受取日時	年	月
				日	時
				分頃	

10 旅行キャンセル費用／旅行中断費用／テロ等対応／ペット預入延長

予定していた旅行日程	年 月 日 ~ 年 月 日	理由発生日	年 月 日
●キャンセル費用、旅行中断費用			
旅行を取りやめた日	年 月 日	日本に入国した日 (ご旅行の中断の場合)	年 月 日
旅行の形態	<input type="checkbox"/> 企画旅行 <input type="checkbox"/> 企画旅行以外	ご旅行代金	
●テロ等対応			
帰国予定日	年 月 日	実際の帰国日	年 月 日
●ペット預入延長			
引取予定日	年 月 日	実際の引取り日	年 月 日

※1ページの「主な支払項目」をご参照の上、ご記入ください。
 ※予め負担を予定していた費用および払戻しや補償を受けられた費用は、支出した費用から差し引かせていただきます。

11 ご負担された費用

支出した費用	内容・内訳(都市名・利用区間・ホテル名等)	支出した年月日	支出金額	確認資料
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
払戻しや補償を受けられた費用	内容・内訳(都市名・利用区間・ホテル名等)	払戻しや補償を受けられた年月日	払戻し・補償金額	確認資料
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙に同じ要領でご記入のうえご提出ください。

12 診断書 Medical Certificate ※医師に記入を依頼してください。

(1) 患者氏名 Patient's name		(2) 患者生年月日 Patient's Date of Birth	
(3) 症状が現れた日 Date of illness (first symptom) or injury		(4) 初診日 Date of first consultation	
(5) 傷病名および経過 State diagnosis or nature of illness or injury			
(6) 他の疾病の影響はございますか? Describe any other disease affecting present condition		(7) 来院前の投薬はありますか? Describe any prescribed medication(s) prior to visit	
(8) 妊娠による疾病ですか? Is the condition due to pregnancy? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>		(9) 妊娠何週目でしょうか? If yes, how many weeks pregnant is the patient? 週目 weeks	
(10) 以前に同様の症状を訴えたことがありますか? Has patient ever had same or similar symptoms? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	(11) いつ頃でしょうか? If yes, approx. when?	(12) 以前の症状で実際に治療を受けましたか? If yes, did patient receive any treatment for prior symptoms by any doctors? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	
(13) 治療期間 Period of your treatment 外来 / 往診 Outpatient/Home Visit <input type="checkbox"/> Date : 入院 Hospitalization <input type="checkbox"/> From To			
(14) 他の医療機関で治療を受けたならば、その病院名、病院住所 Name and address of facility where services were rendered for this illness or injury		(15) 転医日 Date of transfer	
(16) 治癒日 Date of Recovery	(17) 後遺障害の可能性(ケガの場合) Possibility of Permanent Disability(in case of injury) No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>		
(18) ホテルでの静養が必要でしたか? Did you instruct the patient to stay in a hotel room for recuperation? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> From To		(19) 必要であった場合、その理由 If yes, please specify the reason	
医療機関名 Hospital name	住所 Address	電話 TEL	日付 Date
		担当医ご署名 Signature of Attending Physician	