

以上



Sompo Japan Insurance Inc.

HEAD OFFICE

1-26-1, Nishi-Shinjuku,
Shinjuku-ku, Tokyo

TELEPHONES: 03-3349-3111

CERTIFICATE OF INSURANCE

This Certificate is issued as a matter of information only and confers no rights upon the Certificate Holder. This Certificate of Insurance neither affirmatively nor negatively amends, extends or alters the coverage, limits, terms or conditions of the policies it certifies.

This certificate is for Inter-University Research Institute Corporation High Energy Accelerator Research Organization.

POLICY INFORMATION

Name and Address of Policyholder	Inter-University Research Institute Corporation High Energy Accelerator Research Organization.	1-1, Oho, Tsukuba-city, Ibaraki
Kind of Insurance	OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE	
Policy Number	R006019306	
Period of Insurance	Eff. April.1.2025	Exp. March.31.2026

Coverages afforded	Amount of insurance
Injury Death	¥ 18,600,000.-
Injury Residual Disability	¥ 18,600,000.-
Sickness Death	¥ 18,600,000.-
Medical and Rescuer's Expenses	¥ 50,000,000.-

Policy Territory	Worldwide
Remarks	• The period of insurance can be extended at a policy holder's request.

Issue Date April 22, 2025

Kenya Isshiki, General Manager

Public Institutions & BUNKYO

Marketing Department.

Sompo Japan Insurance Inc.

(Authorized Representative)

新・海外旅行保険/海外旅行総合保険/海外旅行傷害保険保険金請求書

[NEW OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE/OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM]

株式会社 損害保険ジャパン※ 行【 TO:SOMPO JAPAN INSURANCE INC.】

※損保ジャパンと日本興亜損保は、関係当局の認可等を前提として、2014年9月1日に合併し、「損害保険ジャパン日本興亜株式会社」になります。
Sompō Japan Insurance Inc. and NIPPONKOA Insurance Co.,Ltd. will fully merge into a single company "Sompō Japan Nipponkoa Insurance Inc." on September 1, 2014.

*The merger of the two companies is subject to approval by the relevant authorities.

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4項目について保険金請求者欄の署名をもって同意します。

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. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

＜1＞個人情報の取扱いに関する同意 AUTHORIZATION FOR MY PERSONAL INFORMATION

株式会社損害保険ジャパン（以下、「損保ジャパン」といいます。）が本保険金請求に関する個人情報、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、付帯サービスの提供等を行うために、下記①～⑤まで、その他業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供または登録することに同意します。

- ① 損保ジャパンが、上記業務のため、業務委託先（保険代理店を含む）、保険仲立人、医療機関、修理業者、保険金の請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先、等に提供すること、または、これらの者から提供を受けること。
- ② 損保ジャパンが、保険制度の健全な運営のために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、等に提供もしくは登録し、またはこれらの者から提供を受けること。
- ③ 損保ジャパンが、再保険契約や共同保険契約における引受保険会社からの保険金等の受領のために引受保険会社等に提供すること（引受保険会社等から他の引受保険会社等への提供を含む）。
- ④ 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、損保ジャパン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）の提供、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、損保ジャパン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、また、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・共済等が損保ジャパンへ提供すること、また、損保ジャパンから提供を受け、利用すること）。
- ⑤ 損保ジャパンが、保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）について、保険業法施行規則により限定された目的以外に利用しないこと。

I agree that SOMPO JAPAN INSURANCE INC. (hereinafter "SOMPO JAPAN") acquires, uses, provides or registers my personal information regarding this insurance claim in so far as the following are concerned and to the extent that your company needs it for the business purposes in order to judge insurance underwriting or payment, to perform this contract, or to provide relevant services:

- ① SOMPO JAPAN may provide the information to, or accept provision of the information from, a outside service provider of SOMPO JAPAN's business (including insurance agencies), insurance brokers, medical institutions, repairing companies, parties related to claim or payment of insurance money, parties related to accident or other related parties;
- ② SOMPO JAPAN may provide or register the information to or with, or accept provision of the information from, The General Insurance Association of Japan, Non-Life Insurance Rating Organization of Japan, other non-life insurance companies or other related parties for the purpose of sound management of the insurance system;
- ③ SOMPO JAPAN may provide the information to a reinsurance company, etc. (including provisions from the reinsurance company, etc. to another reinsurance company, etc.) in order to enter into a reinsurance contract or receive payment of a reinsurance claim, etc.;
- ④ In the case that there are any other insurance contracts, etc., with other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., SOMPO JAPAN may provide information, which is required to claim amounts exceeding amounts it is obliged to payout from such parties (for instance, the content of relevant contracts, such as amounts obliged to pay, information concerning the incident, such as the amount of the damage, and information of insurance payouts made), to, or accept such information from the parties and use the information. Non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., stated above may provide information to, or accept information to use it from, SOMPO JAPAN ; and
- ⑤ SOMPO JAPAN does not use healthcare or other special non-public information (sensitive information) for any purpose, except as conditionally permitted under the Enforcement Regulations of the Insurance Business Law in Japan.

＜2＞医療情報の提供および事故調査に関する同意 AUTHORIZATION FOR 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係する諸機関および関係者が、損保ジャパン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認します。なお、本書の写真複写も同じ効力があるものと認めます。

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 SOMPO JAPAN or its authorized representative with any and all information or document with respect to any sickness/injury or accident. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

＜3＞キャッシュレス治療サービス利用に関する委任・同意 AUTHORIZATION FOR CASHLESS MEDICAL SERVICE

病院にキャッシュレス治療サービスの提供を受けた場合には、その治療費用についての保険金請求を病院または医師に委任します。また、その治療費用が当該保険で支払対象外と判断した場合には、当該治療費用を遅滞なく病院・医師（または損保ジャパン）に支払うことを誓約します。

When "CASHLESS MEDICAL SERVICE" is provided for me by the hospital or medical provider, I authorize the hospital or medical provider to make an insurance claim for the medical expenses for my treatment. In case the medical expenses turn out not to be payable under insurance policy, I pledge myself to pay such medical expenses as not covered under the insurance policy to the hospital or medical provider (or to SOMPO JAPAN) without delay.

＜4＞他の保険契約等の保険金請求に関する同意 AUTHORIZATION FOR INSURANCE CLAIMS FROM OTHER POLICIES

同一の損害または費用に対して、支払責任を負う保険契約および他の保険契約等（保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問いません。以下同様とします）から、保険契約等で定められた保険金等の額を超えて支払を受けた場合には、その超えた額を、損保ジャパン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（損保ジャパンまたは他の保険契約等の損害保険会社・共済等から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います）。

また、他の保険契約等がある場合、損保ジャパンがその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、損保ジャパンの負担すべき部分（他の保険契約等がないとする場合に各損害保険会社・共済等が支払うべき保険金等の額の合計額に対する損保ジャパンの支払うべき額の割合をてん補損額に算入して得た額）を超えて支払った額を求償することに同意します。

I agree that if I receive payments such as insurance payouts that exceed the amount of insurance money, etc., stated in the policy under which this claim is made or in any other policies, etc., (insurance contracts, mutual aid contracts or any other contracts under whatever name they are known and under which payouts, etc., are made to cover the same damage or cost; and the same applies in this contract) for the same damage or cost, I shall repay, without delay, the amount exceeding the insurance money, etc., to SOMPO JAPAN or to the other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded. [If SOMPO JAPAN, other non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded, specify procedures for such repayment, I shall follow the procedures.]

In the case of the existence of other insurance contracts, etc., I agree that SOMPO JAPAN may claim any excess of the amount it is obliged to payout from the non-life insurance companies, mutual aid associations, etc., with which the relevant insurance contracts, etc., are concluded.

裏面の記入例をご参照のうえ、状況・損害の程度を具体的に記入ください。

1	記入日 (DATE)	年 月 日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	住所 (ADDRESS)	〒 (フリガナ) (都 道 府 県)	
	契約証・ 証券番号	署名・捺印 (NAME-SIGNATURE)	印	(フリガナ)	
				親権者請求者が 未成年の場合	印
	保険期間 (INSURANCE PERIOD)	年 月 日 ～ 年 月 日	生年月日	年 月 日生	性別
日中連絡の取れる 電話番号 (TEL)			()		☐ 自宅 ☐ 勤務先 ☐ 携帯 (Home) (Office) (Mobile)
メールアドレス					

2	保険金の支払先 に関する指図書	金融機関	フリガナ	(銀行・信託 債金・債組 債権・労金 ゆうちょ銀行)	フリガナ	(本店)	口座種類	(普通 当座 貯蓄)	店番	口座番号
		口座名義 (カタカナ)					ゆうちょ銀行 Japan Postal Bank	通帳記号		
								通帳番号		
		受取人ご住所 (保険金請求者と同じ 時はご記入は不要です)	〒 ()				※金融機関とゆうちょ銀行のいずれかの欄にご記入ください。			

代理店記入欄	受領日	20 年 月 日	受領者	印
--------	-----	----------	-----	---

個人情報保護宣言等については当社公式ウェブサイトをご覧ください。

3

今回の件で、同一の損害または費用を補償する他の保険契約等（共済契約を含みます。）をすべてご記入ください。

他の
保
険
契
約

☐ 無 ☐ 有 「有」の場合は以下をご記入ください。

保険契約・会社名

契約証番号

海外旅行傷害保険が付帯されているクレジットカード

☐ 三井住友VISA ☐ UC ☐ JCB ☐ DC ☐ NICOS
☐ JAL ☐ ANA ☐ その他 ()

カード番号

保険金請求の有無

☐ 無 ☐ 有

以下をご記入ください。⑤、⑥、⑦は該当する欄をご記入ください。

4

複数の事故に関する保険金請求を行う場合は、保険金請求書を追加でご請求ください。もしくは、本紙のコピーをとりご記入いただくか、
各々の事故発生日や事故内容が分かるようにご記入ください。

日時 (DATE AND TIME)

年

月

日

AM

:

PM

:

第三者による現認書

私は、左記事故が事実と相違ないことを証明致します。

場所 (PLACE)

住所 (ADDRESS)

事故・疾病の状況 (CIRCUMSTANCES)

氏名 (NAME)

入院の場合ご記入ください：

入院日

年

月

日

退院日

年

月

日

届出警察 (POLICE) / 受理番号 (No.)

※治療費領収書、事故証明書、ポリスレポート、旅行会社の
証明等、別紙による証明を取得されている場合は、上記
への記入は不要です。

5

(1)
治療費等の場合

以前に、今回ご請求される症状で治療を受けたことがありますか。ある場合はいつですか

☐ ない

☐ ある (

年

月頃)

今回の治療で入院されましたか

☐ はい

☐ いいえ

キャッシュレス治療サービスは利用されましたか

☐ はい

☐ いいえ

治療費 (MEDICAL CHARGE)

薬代 (MEDICINE)

交通費 (TRANSPORTATION)

その他 (OTHERS)

合計 (TOTAL)

US\$

ユーロ

その他 ()

US\$

ユーロ

その他 ()

US\$

ユーロ

その他 ()

US\$

ユーロ

その他 ()

US\$

ユーロ

その他 ()

※領収書を添付のうえ、外貨でお支払いした費用は、通貨単位もご記入ください。

購入年月・購入価格は必ずご記入ください。領収証は必ず添付ください。購入価格は通貨単位をご記入ください。

損害品名
DAMAGED ITEMS

メーカー・形式
MODEL NO. ETC.

数量
QUANTITY

購入地・店
PLACE PURCHASED

購入年月
WHEN PURCHASED

購入価格 (通貨)
PURCHASE PRICE

領収書の有無
RECEIPT

保証書の有無
GUARANTEE

年

月

()

有

無

有

無

年

月

()

有

無

有

無

年

月

()

有

無

有

無

年

月

()

有

無

有

無

年

月

()

有

無

有

無

携行品キャッシュレス・リペアサービス※をご利用されていますか？ ☐ はい ☐ いいえ (「いいえ」の場合、これから利用されますか？ ☐ はい ☐ いいえ)

※携行品キャッシュレス・リペアサービスについては、リペアサービスセンター (指定修理会社) から必要書類をお取り寄せ頂いたうえで、当社委託の修理会社へ直接
お送りいただくこととなります。また本サービスのご提供は、日本国内に限ります。(ただし、一部取扱いができない製品がございます。) 修理が不可能な場合は、リ
ペアサービスセンターからご連絡させていただきます。※本サービスのご請求方法詳細につきましてはポケットガイドをご参照ください。

携行品損害に関するご注意点

●携行品の明細紙面不足の場合は別紙に同じ要領でご記入のうえ、添付ください。

●盗難や全損の場合、時価額ベースで計算するため減価償却 (物により、ご使用期間1年につき10% ~ 20%程度) の適用がございます。

●高額な携行品であっても、1個、1組または1対について10万円が限度額です。

●同種の補償を行う他の保険契約等がある場合は、分担して保険金をお支払することとなり、二重にお支払することはできませんので予めご了承ください。

ご自身の
損
害
・
治
療
の
状
況
等

(3)
航空機
旅
行
事
故
緊
急
費
用

出発遅延

☐

出発予定便・予定日時

月

日

便

乗継予定便の出発予定日時

月

日

便

代替便・出発日時

月

日

便

費用明細 (領収書を添付してください) (通貨)

宿泊費

()

食事代

()

交通費

()

通信費

()

旅行サービス取消料

()

合計

()

※航空機の遅延、手荷物の遅延、賠償に関するご請求の場合、裏面もご記入ください

6

6 自身のその他費用損害 (航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用等の場合)	航空機寄託手荷物遅延・旅行事故緊急費用等の場合	
	目的地到着日時: 年 月 日 時 便	荷物が到着した日時: 年 月 日 時
	支出内容	支払日
		支払額(通貨)
	年 月 日	()
	年 月 日	()

※以下は第三者に被害を与えた場合にご記入ください。

7

7 第三者への賠償責任 確認書	※賠償事故で、損害額が100万円以下の場合で、相手方と示談書を交わさない場合に示談書に代えて提出いただく書類です。	
	前記事故により、被害者 殿から損害賠償請求を受け、	
	年 月 日に賠償金 円を支払いましたが、当事者双方の了解により示談書を作成いたしませんでした。つきましては、以上のとおり賠償行為が終了しておりますので示談書にかえて本確認書並びに損害賠償金の支払いを証する書類を提示し、保険金の請求をいたします。	
	被保険者 (未成年の場合は親権者)	住所 氏名

※以下は医療機関にてご記入いただくものです。

8

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)

※治療費用が10万円以下の場合、省略可能です。

Patient's Name (Last Name, First Name) 患者名 (姓名)		Patient's Date of Birthday (患者生年月日) Month (月) Day (日) Year (年)		SEX (性別) ☐ M (男) ☐ F (女)
Date of illness (first symptoms) or Injury (症状が現れた日)		Is condition due to pregnancy? (妊娠による病気ですか?) ☐ YES (はい) ☐ NO (いいえ)		
Date the Patient first consulted you for this condition (初診日)		Diagnosis or condition of illness or injury (診断名または症状)		
If Patient was injured, please give place of accident (傷害事故の場合、受傷場所をご記入ください)				
If Patient has had same or similar prior illness, please give first date of manifestation (既往症有りの場合、最初の発病日をご記入ください) Month (月) Day (日) Year (年)				
Describe any other disease affecting present condition (他の疾患の影響がありますか?)				
Date(s) of Services (治療または入院期間)				
Home Visit(s) (往診)	From	Month (月) Day (日) Year (年)	to	Month (月) Day (日) Year (年)
Outpatient Care (外来通院)	From	Month (月) Day (日) Year (年)	to	Month (月) Day (日) Year (年)
Inpatient (入院)	From	Month (月) Day (日) Year (年)	to	Month (月) Day (日) Year (年)
Date of final assessment (診断日) Month (月) Day (日) Year (年)				
☐ 1.Healed (治癒) ☐ 2.Treatment is continuing (継続中) ☐ 3.Referred (転院・転医) ☐ 4.Discontinued (中止) ☐ 5.Death (死亡)				
Was private nurse required? (付添看護必要性の有無) ☐ YES 要 days (日間) ☐ NO 不要				
Date of service (治療日)	Fully describe procedures, medical services of supplies furnished (治療内容をご記入ください)		Charge (治療費用)	AMOUNT PAID (受領済金額)
TOTAL CHARGE (合計)				BALANCE DUE (未受領金額)
Address (住所)				
Phone number (電話番号)				
Fax number (ファクシミリ番号)				
Date of preparation (作成日付)		Month (月) Day (日) Year (年)		Signature (署名または記名捺印) of attending physician (担当医)

新・海外旅行保険／海外旅行総合保険／海外旅行傷害保険保険金請求書の記入例

この用紙は、「保険金請求書」「個人情報の取扱いに関する同意書」「キャッシュレス治療サービス利用に関する委任・同意書」「他の保険契約等の保険金請求に関する同意書」「事故状況説明書」「診断書」となっております。

「保険金請求書」「事故状況説明書」は記入例をご参照のうえ正確にご記入ください。「診断書」は治療を受けた場合、現地の病院で記入してもらってください。

1	記入日 (DATE)	2014年 8 月 1 日 (YEAR) (MONTH) (DAY)	住所 (ADDRESS)	〒 160 - 8338 (フリガナ) シンゾウシティ ニシシヅカシティ 東京 都道 舟乗 新宿区 西新宿 1-26-1															
	契約証・証券番号	JJ0001234567	署名・捺印 (フリガナ) ソノベ タロウ (NAME) SIGNATURE 印保 太郎 印	生年月日 性別 ☒ 男 (Male) ☐ 女 (Female) 1975 年 2 月 23 日生	生年月日 年 月 日生														
2	保険期間 (INSURANCE PERIOD)	2014年 7 月 1 日 2014年 7 月 8 日	日本国籍の取得者 電話番号 (TEL) メールアドレス	00 (0000) 0000															
	受取人住所 (請求書で請求先と異なる場合は記入してください)	〒 -	<table border="1"> <thead> <tr> <th>金融機関</th> <th>口座種別</th> <th>通 告 番 号</th> <th>店番</th> <th>口座番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ヒヤワリ</td> <td>当座 普通 定期 ゆうちょ銀行</td> <td>000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>ソノベ タロウ</td> <td>ゆうちょ銀行 Japan Postal Bank</td> <td>通知番号</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			金融機関	口座種別	通 告 番 号	店番	口座番号	ヒヤワリ	当座 普通 定期 ゆうちょ銀行	000		00000000	ソノベ タロウ	ゆうちょ銀行 Japan Postal Bank	通知番号	
金融機関	口座種別	通 告 番 号	店番	口座番号															
ヒヤワリ	当座 普通 定期 ゆうちょ銀行	000		00000000															
ソノベ タロウ	ゆうちょ銀行 Japan Postal Bank	通知番号																	

保険金のご請求は、被保険者（保険の対象となる方）が必ずご自分でご記入、ご捺印ください。未成年の場合は、親権者または後見人の方が、ご記入、ご捺印ください。
海外で保険金をご請求される場合、パスポートと同じサインをお願いします。

保険金振込指図欄のご記入に相違がありますと、照会等のためにお振り込みが遅れることがありますので、お間違えないようご記入ください。

記入例をご参照のうえ、状況、程度を具体的にご記入ください。

他の同種の保険契約がある場合には必ずご記入ください。

同種の保険契約とは、海外旅行総合保険、新・海外旅行保険、海外旅行傷害保険、クレジットカードに付帯する海外旅行傷害保険、普通傷害保険、傷害総合保険、家族傷害保険、交通事故傷害保険等をいいます。

携行品損害保険金、傷害治療費用保険金をご請求の場合は、警察等、公的機関の証明書などをご提出ください。

ご事情によりお取付けのできない場合は同行の添乗員もしくは第三者の証明が必要となります。

記入欄が不足の場合は同じ要領で別紙にご記入のうえ添付してください。

3

この欄で、同一の損害または費用を補償する他の保険契約等（共済契約を含みます。）をすべてご記入ください。

☐ 無 ☐ 有 「有」の場合は以下をご記入ください。	保険契約・会社名 海外旅行傷害保険が付帯されているクレジットカード 三井住友VISA ☐ UIC ☐ JCB ☐ DC ☐ NICOS ☐ JAL ☐ ANA ☐ その他 () 保険金請求の有無 ☐ 無 ☐ 有	契約証番号 カード番号
---	--	---------------------------

4

以下をご記入ください。⑤、⑥、⑦は該当する欄をご記入ください。

事故の状況に関する保険金請求を行う場合は、保険金請求書を追加でご請求ください。もしくは、本紙のコピーをとりご記入いただくか、各々の事故発生日や事故内容が分かるようご記入ください。

日時 (DATE AND TIME) 2014 年 7 月 2 日 AM : (PM) 9 : 00 場所 (PLACE) アメリカ ハワイ州 事故・疾病の状況 (CIRCUMSTANCES) ホテルの部屋で写真を撮ろうとしたところ、誤って椅子に つまずき椅子を倒した。また、この際、持っていたカメラを 破壊すると同時に、ケガをしたので病院で治療を受けた。 入院の場合にご記入ください： 入院日 年 月 日 退院日 年 月 日 届出警察 (POLICE) / 受理番号 (No.)	第三者による説明書 私は、左記事故が事実と相違ないことを証明致します。 住所 (ADDRESS) 東京都千代田区 氏名 (NAME) 損保 花子 印 ※治療費領収書、事故証明書、ポリスレポート、旅行会社の 証明書、別紙による証明を取得されている場合は、上記 への記入は不要です。
---	--

5

以前に、今回ご請求される症状で治療を受けたことがあります。ある場合はいつですか

☒ はい ☐ ある (年 月 日)

今回の治療で入院されましたか ☒ はい ☐ いいえ

キヤンセルシス治療サービスは利用されましたか ☐ はい ☒ いいえ

治療費 (MEDICAL CHARGE)	薬代 (MEDICINE)	交通費 (TRANSPORTATION)	その他 (OTHERS)	合計 (TOTAL)
☒ US\$ ユーロ US\$120.00 その他: ()	☐ US\$ ユーロ: () その他: ()	☐ US\$ ユーロ: () その他: ()	☐ US\$ ユーロ: () その他: ()	☒ US\$ ユーロ US\$120.00 その他: ()

※領収書を添付のうえ、外資でお支払いした費用は、通貨単位をご記入ください。

購入年月	購入価格に必ずご記入ください。領収証は必ず添付ください。購入価格は通貨単位をご記入ください。	購入価格 (通貨)	領収書の有無	保証書の有無			
DAMAGED ITEMS	MEASUREMENT MODEL NO. ETC.	QUANTITY	PLACE PURCHASED	WHEN PURCHASED	PURCHASE PRICE	RECEIPT	GUARANTEE
カメラ	XX	1	〇〇デパート	2012 年 7 月	36,800 (円)	有 ()	有 ()
				年 月	()	有 ()	有 ()
				年 月	()	有 ()	有 ()
				年 月	()	有 ()	有 ()
				年 月	()	有 ()	有 ()

旅行用品キヤンセルシス/リペアサービス※をご利用していますか? ☐ はい ☒ いいえ (いはい)の場合、これらを利用されましたか? ☐ はい ☒ いいえ

※旅行用品キヤンセルシス/リペアサービスについては、リペアサービスセンター（認定修理会社）から必要書類をお取り寄せ頂いて、当社委託の修理会社へ修理
お送りいただくこととなります。また本サービスの提供は、日本国内に限ります。（ただし、一部修理ができない製品がございます。）修理が不可能な場合は、リ
ペアサービスセンターからご連絡させていただきます。※本サービスの請求方法詳細につきましてはポットガイドをご参照ください。

旅行用品に関するご注意点

- 旅行用品の損傷部位が特定の損傷は別紙に同梱書類でご記入のうえ添付ください。
- 返却や修理の場合、修理費ベースで計算するため減価償却（割）により、ご使用期間1年につき10%～20%程度）の適用がございます。
- 高額な旅行用品であっても、1個、1組または1対について10万円が限度額です。
- 同様の損傷を行う他の保険契約等がある場合は、別紙で保険金をお支払することとなり、二重にお支払することはできませんので予めご了承ください。

(3) 旅行用品の保証書の有無	出発予定日・予定日	乗船予定日の発出予定日	代替便・出発日	費用明細（領収書を添付してください）（通貨）
出発予定 月 日 便 乗船予定 時 分 便	月 日 便 時 分 便	月 日 便 時 分 便	宿泊費 () 食事代 () 交通費 () 通信費 () 旅行サービス取消料 () 合計 ()	

※航空機の遅延、手荷物の遅延、賠償に関するご請求の場合、裏面もご記入ください

損害額が100万円以下で賠償額を証する領収書等がある場合、被害者の方の氏名、賠償金の支払年月日、支払済みの賠償金額をご記入することにより、示談書にかえることができます。被保険者の方が署名・捺印してください。損害賠償額を証する領収書・振込証を添付してください。

6 航空機寄託手荷物運送・旅行事故緊急費用等の場合

※この欄は、旅行事故発生時、有償の航空機に搭乗した乗客が、その航空機に搭乗している間に発生した事故に起因する損害賠償請求権の行使を目的とする場合にのみ適用される。

目的地の到着日時:	年	月	日	時	便	荷物が到着した日時:	年	月	日	時	
支出金額						支払日	支払額 (通貨)				
	年	月	日			年	月	日		()	
	年	月	日			年	月	日		()	

※以下は第三者に被害を与えた場合に記入ください。

7 賠償請求

※賠償事故で、損害額が100万円以下の場合で、相手方と示談書を交わさない場合に示談書に代えて提出いただく書類です。

前記事故および、被害者 ○氏名 日から損害賠償請求を要致す。

2014 年 7 月 に賠償金 15,000 円を受け取りました。但し、当事者双方の了解により示談書を作成いたしました。つきましては、以上のとおり賠償行為が終了しておりますので示談書にかえて本確認書並びに損害賠償金の支払いを促す書類を提示し、保険金の請求をいたします。

被害保険者 住所 東京都新宿区西新宿1-3-1

(未成年の場合は親権者) 氏名 担保 太郎

印