

华泰保险经纪有限公司记账治疗请求书
(海外旅行保険金請求書)

一. 患者填写部分

被保険者氏名 (ローマ字): _____ 性別: _____ 男・女

(漢字): _____ 年齢: _____ 歳

住所 (現地): _____ 電話番号: _____

(日本): _____ 電話番号: _____

保険会社名: _____ 証券番号: _____

保険期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

事故日或いは症状が出た日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 場所: _____

状況、原因等 (必ずご記入ください):

以前に同じ症状がありましたか? _____ はい (日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日) / _____ いいえ

ご注意: 予防接種、健康診断、歯科疾病、無他覚症状のむちうち症、腰痛、妊娠に起因する治療、初診日 (事故日) より 180 日を超えた病気、ケガに対する治療等は保険金支払う対象になりません。

<保険金請求委任同意書>

私は、私を治療した病院、医者を代理人を定め、当該疾病 (事故) に係わる保険金の請求並び受領に関する一切の権限を委任します。また、私を診察、治療した全ての疾病、傷害の記録を提出することに同意します。また、万一この疾病 (傷害) が保険金の対象にならない場合には治療費用を私の加入している保険会社のクレームエージェントである华泰保険サービス会社に支払うことを確約します。

<個人情報の取り扱いに関する同意書>

本件事故に関して、保険金支払い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、調査のため必要な場合には、業務委託先・調査先などへ提要することに同意します。

署名: _____ 日付: _____

二. 医院填写部分

診断病名: _____ 发病原因: _____

Diagnosis Cause of disease

症状出現日: _____ 初診日期: _____ 本次治疗日期: _____

Onset date Date of first visit Date of this service

是否是慢性病的持续治疗: _____ 是 / 否 ; 若是, 该症第一次治疗时间: _____

If it is continuous treatment for chronic disease, please give first date of medical treatment

医生签字: _____

Signature of attending physician

医疗费合计: _____

Total Amount of medical expenses