

Mail Address : kashinjikouke@daidokasai.co.jp

★다이도화재해상보험주식회사 앞

본서의 내용이 사실과 다름없음을 확인하며, 또 아래 항목에 동의하고 보험금을 청구합니다.

★大同火災海上保険株式会社 宛

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、また下記の項目に同意し、保険金を請求します。

청구일 / 請求日	Day	Month	Year

↓여권 성명을 기입해 주십시오. ※パスポートネームでご記入ください。

1	피보험자 被保険者	성명 氏名	주소(우) 住所	Phone Number TEL
청구자 請求者	피보험자와의 관계 被保険者との関係	성명※ 氏名	주소(우) 住所	Phone Number TEL
		Email Address		
<input type="checkbox"/> 본인 本人 <input type="checkbox"/> 친권자 親権者 <input type="checkbox"/> 법정 상속인 法定相続人 <input type="checkbox"/> 기타 其他				

※被保険者と同じ場合、記入不要。

2 의료 조회 동의서 医療照会同意書

아래 서명인은 피보험자를 진료 또는 치료한 모든 병원, 의사 및 관계자가 보험회사 또는 그 지명자에게 피보험자에 관한 모든 질병 및 상해 기록을 제공하는 것을 승인합니다. 본서의 사진 복사본도 본서와 동일한 효력이 있는 것으로 인정합니다.

被保険者を診療又は治療したすべての病院、医師及び関係者が、保険会社又はその指名をする者に、被保険者に関するすべての疾病、傷害の記録を提供することを、下記署名人は承認致します。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。

피보험자 또는 청구자의 서명 被保険者又は請求者の署名	성명 氏名	
	주소 住所	

3 위임장 ※ 委任状

본인은 본인을 치료한 병원·의사 또는 MARIO렌터카를 대리인으로 정하여 해당 사고(질병)에 관련한 보험금 청구 및 수령에 관한 일체의 권한을 위임합니다.

私は、私を治療した病院・医者またはMARIOレンタカー社を代理人と定め、当該事故(疾病)に係る保険金の請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

피보험자의 서명 被保険者の署名
---------------------

※무현금 의료 지원 서비스를 받으시는 경우에 기입하십시오.  
※キャッシュレスメディカルサービスを受ける場合にご記入下さい。

4 사고 또는 질병 내용 事故または病気の内容

일시 / 日時	Day	Month	Year	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	시경 時頃	장소 場所
병원 또는 의사의 주소·성명·전화번호 病院または医師の住所・氏名・TEL						
이전에 본 증상에 관련하여 치료를 받은 적이 있습니까? 以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No			
언제입니까? いつですか?	year / 年	around	month / 月頃			

5 보험금 지불 지시서 ※ 保険金支払指示書

은행 銀行	지점 支店	지점 코드 支店コード	스위프트 코드 スイフトコード	계좌 번호 口座番号
국가명 国名	계좌 명의 口座名義			

※치료비를 대신 지불하신 경우에 기입하십시오. ※治療費を立て替えた場合にご記入下さい。

6 대체한 치료비를 마리오렌터카 회사에서 지불을 받을 경우 立替えた治療費をMARIOレンタカー社からお支払いを受ける場合

보험금 \_\_\_\_\_엔에 대해서는 MARIO렌터카에서 대체하여 지불해 줍으므로 그 회사에 지불하도록 지정합니다.

保険金〇〇〇〇円については、MARIOレンタカーにて立替頂きましたので、同社へ支払うよう指図します。