

※ 以下は必ずご自身でご記入ください **1 通院によるキャンセル申告書** 【AWPチケットガード少額短期保険株式会社所定書式】

保険契約確認証番号 ※必ずご記入ください	必ずマイページから保険金請求 手続きを済ませてからご記入下 さい。
--------------------------------	---

キャンセルをした当事者 氏名	当事者生年月日	年	月	日
---------------------------	----------------	---	---	---

当事者住所				
--------------	--	--	--	--

患者情報	当事者ご本人 / それ以外 氏名			
-------------	------------------	--	--	--

ご病気・お怪我・ 通院の詳細	診断名								
	発症・受傷日時	年	月	日	午前 午後	時頃			
	通院日時	年	月	日	午前 午後	時頃			

キャンセルの原因と なったご病気・ お怪我の状況 (できるだけ具体的に ご記入ください)	発熱・痛みの有無 等詳しい症状								
	治療の内容								
	投薬等の有無	あり () なし							
	現在のご病気・ お怪我の状況								

搭乗／出発／イベ ント観覧のキャン セルに至った経緯	キャンセルの理由								
	搭乗／出発／イベ ント観覧のキャン セルを決定した日 時	年	月	日	午前 午後	時頃			

医療機関名				
--------------	--	--	--	--

所在地	連絡先			
------------	------------	--	--	--

AWPチケットガード少額短期保険株式会社 宛
 貴社の社員またはその業務委託先が、上記に関する保険金支払の目的の範囲内で、医療機関に照会し、医療情報を直接取得・利用することに同意します。

原則として当事者ご本人のご署名をお願いいたします。当事者が未成年の場合は親権者の方がご署名ください。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご署名 _____

2 診断書兼領収証等証明書類貼付用台紙 【AWPチケットガード少額短期保険株式会社所定書式】

※原則として診断書は本書式をご使用ください。医療機関書式の診断書を取得された場合は以下貼付欄に貼付してください。いずれの場合も診断書取得費用として上限 3,000 円までの実費を負担いたしますので必ず領収証を同封してください。

※受診日が出発当日／イベント当日の場合に限り、医療機関領収書だけでお手続き可能ですので以下に貼付してください(詳しくは弊社ホームページをご参照ください)。

貼付欄 医療機関書式の診断書、搭乗日／出発日／イベント日当日発行の領収証はこちらに貼付してください。

担当医療機関 御中

私の保険金の受取りに際し、本診断書をご記入願います。

■患者情報

患者氏名		性別	男 / 女
患者生年月日	年	月	日
発症日 受傷日	年	月	日
通院日	年	月	日
診断名			
上記患者が診断傷病により飛行機搭乗／旅行出発／イベント観覧等ができなかった経緯と理由			

■診断者情報

医療機関名	
所在地	
連絡先	

上記の通り診断し、それにより当該患者が飛行機に搭乗／旅行出発／イベント観覧が不可と判断したことを証明します。

医療機関 御中

上記患者の貴院での受療に関して、AWPチケットガード少額短期保険株式会社の社員またはその業務委託先による以下医療情報に関する照会または資料貸出依頼があったときは、ご対応頂くことに同意します。1. 診断書・診療報酬明細書 2. 傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否、旅行・外出の可否等に関する所見 3. 画像診断フィルム等の記録他検査資料

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医(ご署名・捺印) _____ 印