

阪急交通社／岩崎 宛  
 FAX: 096-211-3940  
 TEL: 096-211-3939

**2. 感染した方の情報**

フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名		男 ・ 女	歳	年 月 日
フリガナ				
住所	〒			
自宅TEL		日中連絡先		

※感染した方も保険金請求を行う場合（添乗員等でない場合）は、請求書類送付先住所、および、日中ご連絡のつくお電話番号をご記入下さい。

旅行期間	2022年 12月 13日 ~ 2022年 12月 16日			
行き先	長野県	添乗員	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	
事故日（検査日）	2022 年 月 日			
事故状況	(例：旅行中に発熱したため、○月○日に△病院を受診、同日検査。○日に陽性と判明。)			

**3. 被保険者**

※本人・同行者とも保険金請求を行う場合は、両方に○を付けて下さい。

感染者との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人 ・ <input type="radio"/> 同行者 ⇒ 別途、「被保険者リスト」の提出
---------	---

**4. 必要書類**

必要書類	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者リスト（HBOS出力資料でも可）
	<input checked="" type="checkbox"/> 旅行行程表
	<input checked="" type="checkbox"/> 契約加入手続書
	<input type="checkbox"/> 陽性証明書（医師の診断書や保健所の通知書）

**お客様へのご連絡事項**

1. 事故状況など詳細につきまして東京海上日動より直接ご連絡する場合があります。
2. 感染した被保険者が2週間以内に他の旅行やイベントに参加された場合には、その旅行やイベントにもコロナ補償がついていないかご確認いただくよう、旅行代表者等にお伝えください。

この保険以外に他の同一補償の保険契約等をしていませんか？

はい ・ いいえ

加入保険会社名	<input type="text"/>	加入保険名	<input type="text"/>
満期日	<input type="text"/>	支払い限度額	<input type="text"/> 円