

保険金請求書 (Claim Form) [立替払還付用]

TO ACS

153 rue de l'Universite
75007 Paris France

***Policy No.(保険契約者番号)**

--

付保証明書(Certificate)右上にあるアルファベット・数字

***Policy Period(保険期間)**

Start(保険始期) dd/mmm/yy	Expiry(満期日)dd/mmm/yy

***Name of Insured (被保険者)**

Surname	First Name

***Date of Birth (生年月日)**

Date	Month	Year

***Detail of Insured (被保険者詳細)**

<Current Address> 現住所	<Postal Code> 郵便番号	
	<Country> 所在国	
	<TEL> 電話番号	
<SEX> 性別	<Mobile> 携帯番号	
Male(男) or Female(女)	<Email >	

***Bank Detail (保険金受取口座)**

<Name of Bank> 銀行名
 <International Bank Account No.IBAN>
 <Bank Branch> 支店名
 <Branch Identifier Code> 支店コード
 <Bank Address> 銀行住所
 <SWIFT Code> SWIFT コード
 <name of account holder> 口座名義人
 <account Number> 口座番号

<例>
 Casse d'Epargne
 FR761751590000123456789023
 Ile-de-France Paris
 90000
 21, rue d Louvre 75001 Paris
 CEPAFRPP751
 Taro Yamada
 01234567890

***Claim Detail (英語にてご記入下さい)**

No.	Date 診察日 (薬購入日)	Name of Hospital/Pharmacy 医療機関名	Type of Treatment 治療内容・薬	Amount of Payment お支払い金額 (通貨も記入下さい)	Attachment 添付書類 必ずオリジナルを送付下さい
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

医療機関発行オリジナル請求書・領収書・処方箋をご用意頂き、同封してください。

Name of Insured (被保険者氏名)

Signature (サイン)

Date of Signature (サインした日付)