

**外国人技能実習生総合保険/外国人技能実習修了者総合保険/特定技能外国人総合保険/外国人研修生総合保険  
保 険 金 請 求 書**

2019年6月改定版

請求日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中

被保険者本人の在留カードに記載のある在留期間内(在留期間外の場合は「今回の傷病・事故について」に記載)の事故であること、この書面に記載した事項について事実と相違ないことを確認し、保険金を請求しますので、下記支払指図のとおりお支払いください。口座の振込をもって保険金を受領したと認めます。

(注) 在留期間外の事故は、保険金のお支払いが出来ない場合があります。

<個人情報取扱扱い>

保険事故に関して、保険金支払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に必要な場合には、国内外の業務委託先、調査先等へ提供することに同意します。

いずれかにチェックしてください。既に請求されたことのある病気またはケガでの請求有無をご記入ください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    前回支払時のご照会番号    V    H    -    J												
保険契約	証券番号	J				-				住所	〒	
	保険期間	年		月		日		団体名・会社名 氏名			印	
		年		月		日						
雇用開始日	年		月		日							
被保険者	氏名	漢字										
		カタカナ										
		アルファベット										
	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	生年 月日	年		月		日		担当者	
										TEL		
										FAX		
委任状兼同意書	保険金請求者と被保険者が異なる場合、下部の委任状兼同意書欄にサインが必要です。 私は裏面の内容に同意します。 我同意反面処述内容。 I hereby give my consent to the details on the reverse side.											
										被保険者サイン Signature _____		
										(パスポートと同じサインを記載してください)		
病気またはケガの内容	病気の症状が現れた日 ケガをした日	年		月		日		以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか？				
	初診日	年		月		日		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり "あり"の場合 治療を受けていた時期    年    月頃 治癒した時期    年    月頃				
	傷病名											
	事故場所											
	体の部位	頭部・頸部・胸・背・腹・脚(右・左)・手/腕(右・左)・顔面(    )・その他(    )										
	ケガの状態	骨折・脱臼・打撲・捻挫・切傷・断裂・その他(    )										
	状況 <small>(ケガの場合どこで何をしていたか/病気の場合、どのような症状なのか詳しくご記入ください)</small>	----- ----- -----										
今回の傷病・事故について	<input type="checkbox"/> 在留期間内で業務上(通勤含)以外での病気・ケガ・事故である <input type="checkbox"/> 在留期間内で業務上(通勤含)での病気・ケガ・事故である(労災請求有) <input type="checkbox"/> その他(    )											
保険金支払指図欄	フリガナ	銀行・信用金庫 その他(    )				フリガナ	支店		口座種類		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	金融機関コード					店番			口座番号 (右づめ)			
	ゆうちょ銀行		ゆうちょ銀行の場合は下記に記号番号5ケタと口座番号8ケタをご記入ください									
			記号	1		0		番号			1	
			口座名義 フリガナ・アルファベット (通帳の見開き1ページ目をご確認の上、ご記入下さい)									
※名義が保険金請求者と異なる場合、関係をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被保険者以外 ( 関係:    )												
請求額	治療費用											
			同一危険を担保する保険契約 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり "あり"の場合、保険証券のコピーを添付してください。									
			代理店通信欄									
合計						代理店受付日						

私は表面の事案に関して、表面の保険金請求者を代理人と定め、本件事故に係る外国人技能実習生総合保険・外国人技能実習修了者総合保険・特定技能外国人総合保険・外国人研修生総合保険保険金の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

また、貴社が本保険請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。

- (1) 保険契約の履行（損害調査、保険金支払の可否、支払保険金の算定等）・保険引受判断・各種サービスの提供等のために、保険事故の関係者（修理業者、医療機関、損害保険会社・共済、保険事故の当事者等）、業務委託先（保険代理店を含む）、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- (2) 保険金支払の健全な運営のために、（社）日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、他の損害保険会社・共済等に提供もしくは登録を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。
- (3) 再保険契約の締結、再保険契約に基づく通知・報告、再保険の請求等のために、再保険引受会社に提供を行うことがあること。
- (4) 保健医療等の特別な非公開情報（センシティブ情報）については、保険業法施行規則に基づき、保険業の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定して取得・利用・提供を行うこと。

#### JI 伤害火灾保险股份有限公司

关于前述事宜，我授权前述保险金申请者为代理人，全权委托代理人办理本案件中所涉及的外国人技能实习生综合保险・外国人技能实习学习结束者综合保险・特定技能外国人综合保险・外国人研修生综合保险保险金的申请及领取等事宜。

此外，同意贵公司在办理下述事宜时，在必要范围内，获取、利用、提供有关我的个人信息。

- (1) 为履行保险合同（损失调查，审查赔偿责任，理算赔付保险金额等）、保险公估以及提供各种服务，向保险事故有关单位（修理厂商、医疗机关、损害保险公司 / 互助保险公司、保险事故当事人）、业务委托单位（包括保险代理店）、以及其他必要的有关单位提供个人信息，或者接受上述各单位所提供的信息。
- (2) 为正确理赔保险金，向（社）日本损害保险协会、损害保险费率计算机构、以及其他损害保险公司 / 互助保险公司提供信息，或进行注册、以及接受上述有关单位提供的信息。
- (3) 为签订再保险合同、基于再保险合同的通知、报告、申请再保险，向再保险接受公司提供个人信息。
- (4) 关于保健医疗等特殊非公开信息（敏感信息），根据《保险业法实行规则》，为确保保险业的正常运行、在其他限定的必要范围内，获取、利用和提供个人信息。

To: JI Accident & Fire Insurance Co.,Ltd.

I, the undersigned, authorize the claimant indicated on the front of this form to administer all authorities concerning the claim for and receipt of the comprehensive insurance for foreign technical trainee, post-foreign technical trainee, foreign specified skilled worker and foreign trainee pertaining to the accident described on the front of this form. I hereby give my consent to your company to acquire, use and offer my personal information concerning this insurance claim, within the scope necessary to achieve the following purposes of use.

- (1) Provide information to parties related to the insured event (repair tradespersons, medical institutions, nonlife insurance companies or mutual aid associations, persons concerned with the insured event, etc.), parties handling administrative activities by consignment (including insurance agents and agencies) and other necessary concerned parties, in order to implement the insurance policy (investigate the injury, determine suitability of payment of the insurance claim, calculate the insurance benefit payment, etc.), perform the insurance underwriting judgment and provide various services, or to receive provision of information and/or services from such parties for such purposes.
- (2) Provide or register information with General Insurance Association of Japan, the Non-Life Insurance Rating Organization of Japan, non-life insurance companies or mutual aid associations or other entities, in order to soundly manage payment of the insurance claim, or to receive provision of information and/or services from such parties for such purposes.
- (3) Provide information to a reinsurance underwriting company for purposes such as concluding a reinsurance policy, providing notifications and/or reports based on the reinsurance policy, and billing for a reinsurance payment.
- (4) Acquire, use and provide health care-related and/or other special undisclosed information (sensitive information), limited to within the scope required for appropriate management of your insurance business or otherwise recognized to be necessary, based on the Insurance Business Law Enforcement Regulations.