

記入例

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 2019年9月1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。

<個人情報の取扱い>

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、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。既にご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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 - 0 0 0 1
	保険期間 2019年7月1日 2022年7月31日
	雇用開始日 2019年8月1日
被保険者	住所 〒104-8016 東京都中央区晴海1-8-10 晴海アイランドトリトンスクエア オフィスタワーX16階
	団体名・会社名 氏名 ジェイアイ株式会社
	担当者 保険 花子
	TEL 03-1234-5678 FAX 03-9876-5432
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 JITA HORI 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 2019年8月14日
	初診日 2019年8月15日
	傷病名 右足捻挫
	事故場所 ジェイアイ株式会社 晴海工場前
	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 休みの日にコンビニに買物に行こうとした際、段差につまづいた。 翌日になっても痛みがあったため病院で治療を受けた。 湿布を貼っていたら一週間ほどで痛みがなくなり、3回の通院で完治した。
今回の傷病・事故について <input checked="" 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)	
保険金支払指図欄	フリガナ ミツイスミトモ 銀行 信用金庫 フリガナ ハルミ 三井住友 その他() 晴海 支店 口座種類 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	金融機関コード 0 0 0 9 店番 1 0 0 口座番号(右つめ) 1 2 3 4 5 6 7
	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 シ タ ホ リ 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 checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被保険者以外 (関係:)	
請求額	治療費用 5,500円 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。
	合計 5,500円 代理店通信欄 _____ 代理店受付日 _____

保険金請求者は被保険者本人可。その場合は、被保険者の個人印を押印。持っていない場合には、被保険者本人のサイン(必須)。

被保険者本人のサイン(必須)

在留期間内であることを確認し、必ずチェックください。

講習中、通勤途中、日常生活などの時の状況なのか分かるように記載してください。

治療費用以外については、項目ごとに分けてご記入ください。

保険金請求者以外への支払いの場合、ご関係をご記入ください。(被保険者の場合には口被保険者欄に☑してください)

- お願い
- ◆ 黒色のペンもしくはボールペンで記入願います。(鉛筆書き不可、フリクションペン不可)
 - ◆ 委任状兼同意書欄の被保険者サインは、必ず実習生本人がパスポートと同じサインをご記入願います。
 - ◆ 記入ミスをした場合は、二本線で消して請求印を訂正印として押印ください。(修正テープ等不可)
 - ◆ 1枚の請求用紙には、ひとつの傷病の請求としてください。