

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

記入例


2026年2月改定版

請求日 2025 年 7 月 5 日

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中

(この書面は全て西暦でご記載ください)

在留カード記載の在留期間内の事故について、この書面に記載した内容に事実と相違ないこと、裏面に記載の事項を確認・同意し、保険金を請求します。
下記「保険金支払指図欄」記載の口座への振込をもって保険金を受領したものと認めます。

今回は以前に保険金のご請求されたことのある病気やケガに関するご請求(継続治療など)でしょうか。		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒		([はい]の場合のみ) 前回の照会番号		-					
保険契約	証券番号	GS12345678			-	0003					
	保険期間	2025	年	4	月	1	日				
		2028	年	4	月	30	日				
雇用開始日	2025	年	5	月	1	日					
被保険者	氏名	漢字									
		カタカナ	ゲン スアン ビン								
		アルファベット	NGUYEN XUAN VINH								
	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	1983	年	1	月	1	日		
	在留資格	<input checked="" type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 特定技能 <input type="checkbox"/> 特定活動									
業務内容	従事している業種 食品加工										
委任状兼同意書	◆下記に被保険者ご本人のサインが必要です◆										
	・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.										
	被保険者署名 Signature										
	(パスポートと同じサインを記載してください)										
病気やケガの内容	発症日※1	2025	年	6	月	23	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後	7	時頃	※1 病気の場合は症状が現れた日時 ケガの場合はケガをした日時
	初診日	2025	年	6	月	24	日	傷病名			
	部位	左手			<ケガの場合> ケガの内容				その他(右に入力⇒ (捻挫))		
	発生場所	東京都中央区〇〇町〇〇-〇									
	事故状況/症状	買い物に行く途中に転倒して左手を打った。翌日腫れていたため、病院に行った。									
	ケガの場合は発生状況/病気の場合は症状を詳しくご記入ください										
	●業務上(通勤中を含む)でのケガ・病気でしょうか。							<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
●今回の症状に関して以前に治療を受けたことがありますか。							<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 治療を受けていた時期 年 月 日 治療した時期 年 月 日				
●同一の費用を補償する他の保険契約等がありますか。							<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 保険/共済等の会社名 () 証券番号 ()				
保険金支払指図欄	金融機関	<ゆうちょ銀行の方>			記号(3桁)			番号(末尾の1を除く7桁を入力)			口座種類
		1	234	0	0123456			1	<input checked="" type="checkbox"/> 総合(普通)		
	<その他の金融機関の方>	フリガナ	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> その他			フリガナ	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店			口座種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		金融機関コード(4桁)	-			店番(3桁)	-			口座番号(7桁)	
	<すべての方> 口座名義人		◆通帳の見開き1ページ目をご確認の上、同様にご記入下さい(フリガナ/アルファベット) ゲン スアン ビン								
●口座名義人と被保険者との関係をご記入ください <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 保険金請求者 <input type="checkbox"/> それ以外(具体的:)											
請求額	治療費用	¥1,730			★下記(代表例)などお支払いの対象とならない請求の書類提出は不要です。 ・初診日(病気)、事故日(ケガ)から180日を経過した以降の費用 ・業務災害(労災事故)・歯科疾病・妊娠に関する症状・発病のない健康診断 ・保険責任期間の開始前に受傷または発病していた傷病(持病、治療中の傷病など) ・病院側の指示や都合によらない本人希望の健康保険適用外費用						
	合計	¥1,730			<保険会社・代理店使用欄/受付日・通信欄>						