

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

2022年6月改定版

請求日 2022年7月1日

(この書面は全て西暦でご記載ください)

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中

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		V H R X - J					
保険契約	証券番号	J 123456789 - 0001		住所	〒104-6016 東京都中央区晴海1-8-10						
	保険期間	2022年4月1日 - 2025年4月30日			会社名 団体名 氏名	株式会社〇〇 (印)					
	雇用開始日	2022年5月1日				担当者	東京 太郎 (必要があれば部署名も)				
被保険者	氏名	漢字	グエン タット タン			TEL	03-XXXX-XXXX				
		カタカナ	Nguyen Tat Thanh				◆上記「保険金請求者」以外へも 保険金お支払い案内ハガキの送付が必要な場合は、 下記に送付先をご記入ください (送付先は保険契約者または契約上の受入機関に限ります)				
		アルファベット	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 1984年1月1日								
	性別	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			お支払い案内ハガキ送付先 (予備欄・該当の場合のみ)	住所	〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-1-1				
業務内容 従事している業種	溶接			会社名 団体名 氏名		ジェイアイ協同組合					
委任状兼同意書	◆保険金請求者と被保険者が異なる場合、下記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.						担当者	ジェイアイ 花子			
	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	2022年6月25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	2022年6月26日		傷病名		右手首骨折					
	部位	右手		<ケガの場合> ケガの内容		骨折					
	発生場所	東京都墨田区〇〇町XX									
	事故状況/症状 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	休日自転車で友人宅に行こうとした際、転倒し、右手の手のひらをついてしまった。 翌日になっても痛みが引かなかったため、病院で診察を受けたところ、骨にひびが入っていた。									
●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	治療を受けた時期	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 0		-		1		<input checked="" type="checkbox"/> 総合 (普通)			
	<その他の金融機関の方>	フリガナ	三菱UFJ		<input checked="" 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	ツキシマ 月島		<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店	口座種類	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		金融機関コード(4桁)	0005		店番(3桁)	326		口座番号(7桁)	1234567		
<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) グエン タット タン									
●口座名義人が保険金請求者または被保険者以外の場合に被保険者との関係をご記入ください⇒		( )									
請求額	治療費用	¥5,500		★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発病していた傷病(持病、完治していない既往症) ・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	¥5,500		<保険会社・代理店使用欄/受付日・通信欄>							