令和８年度　JET プログラム

JET 傷害保険制度のしおり

令和８年３月

一般財団法人　自治体国際化協会

引受幹事会社

東京海上日動火災保険株式会社

－目次－

1．本制度の概要
本制度の構成 …… 1
2．保険の内容
(1) 保険契約 …… 3
(2) 補償内容（あらまし） …… 4
(3) 保険金をお支払いできない主な場合 …… 5
(4) 日本国外での事故について …… 5
3．保険金の請求手続き
(1) 保険金の請求手続きの概要 …… 6
(2) 保険金の請求手続きの留意点 …… 7
(3) Ｑ＆Ａ …… 9
① 事故の連絡について
② 傷害治療費用保険金・疾病治療費用保険金の請求について
③ 日本国外での事故について
④ 被保険者同意確認書について
⑤ 救援者費用等保険金について
⑥ 賠償責任危険担保特約について
4．その他（配付物について）
(1) JET 傷害保険制度のしおり …… 17
(2) 被保険者同意確認書 …… 17
(3) 事故の際に東京海上日動から JET プログラム参加者に送付するもの …… 17
5．別紙一覧 …… 18
(1) 海外旅行保険金請求書（表面）
(2) 海外旅行保険金請求書（裏面）
(3) 被保険者同意確認書
(4) 被保険者同意確認書（記入例）
(5) 緊急速報
(6) 海外旅行保険普通保険約款ならびに特約条項（抜粋）

１．本制度の概要

当制度は、外国青年招致事業（JET プログラム）の JET プログラム参加者を被保険者（保険加入者）として、一般財団法人自治体国際化協会（以下 CLAIR）が東京海上日動火災保険株式会社（略称：東京海上日動）を引受幹事会社とする海外旅行保険を付保するものです。

保険契約者	CLAIR
保険料負担者	任用団体
被保険者	JET プログラム参加者
引受幹事会社	東京海上日動火災保険

この制度は、「海外旅行保険包括契約」方式で契約し、以下のように CLAIR が保険契約を取りまとめています。

(1)　保険契約者の対応事項

・被保険者の名簿作成、管理と通知
・受入団体からの保険料相当の負担金の徴収
・幹事会社への保険料（暫定、確定）の支払い
・しおりの配付

(2)　取りまとめ団体の対応事項

・「加入依頼状」（JET プログラム新規参加団体のみ）の取りまとめと CLAIR あて送付
・事故の場合の緊急速報の CLAIR あて送付

(3)　任用団体の対応事項

・「加入依頼状」（JET プログラム新規参加団体のみ）の作成及び取りまとめ団体あて送付
・「請求対象者等名簿」の作成及び CLAIR あて送付
・保険負担金の CLAIR あて送金
・既に提出した被保険者同意書の情報の修正が必要な場合の、被保険者同意確認書の CLAIR あて送付

(4)　被保険者（JET プログラム参加者）の対応事項

・保険事故報告（疾病含む）

(5)　引受保険会社（令和８年３月現在）

東京海上日動火災保険㈱、損害保険ジャパン㈱、三井住友海上火災保険㈱

この保険契約は前記の保険会社による共同保険契約であり、各引受保険会社はそれぞれの引受割合に応じ、連帯することなく単独別個に保険契約上の責任を負います。また、幹事保険会社が他の引受保険会社の代理・代行を行います。引受保険会社の経営が破綻した場合等には、保険金、返戻金等の支払いが一定期間凍結されたり、金額が削減されたりすることがあります。引受割合につきましては、CLAIR に確認願います。

なお、経営が破綻した場合には、ご加入される保険種類によりましては「損害保険契約者保護機構」の補償対象となり、保険金、返戻金等は、所定の割合まで補償されます。保険金・解約返戻金等の８割（ただし、破綻時から３か月までに発生した事故による保険金は全額）までが補償されます。

(6)　取扱代理店

㈱都市総研

〒102-0083　東京都千代田区麹町 3-5-11　一ノ瀬ビル４階

03-5216-7077

取扱代理店は引受保険会社との委託契約に基づき、保険契約の締結・管理業務等の代理業務を行っております。従いまして、取扱代理店とご締結いただいて有効に成立したご契約につきましては、引受保険会社と直接契約されたものとなります。

２．保険の内容

(1) 保険契約

① 保険種目

海外旅行保険（呼称：JET 傷害保険）

② 契 約 者

CLAIR

③ 被保険者（保険加入者）

JET プログラム参加者（新規招致者及び再任用者）

④ 証券番号（2026 年３月時点）

ア．４月指定来日者・４月再任用者　　**T901410385**

イ．指定来日者 A・B、再任用者　　未定

※包括契約のため、証券番号は来日日ごとに全被保険者共通。
毎年６月 30 日に契約更改となり、その日を境に証券番号が変わります。

⑤ 保険期間と保険負担金額

ア．４月再任用者（中韓伯秘）	2026．5．1～2027．4.30	28,840 円
イ．４月再任用者（中韓伯秘以外）	2026．5．1～2026．8.31	7,960 円
ウ．４月指定来日者	2026．4．11～2027．4.30	30,430 円
エ．再任用者	2026．9．1～2027．8.31	28,840 円
オ．指定来日者Ａ	2026．7.25～2027．8.31	31,860 円
カ．指定来日者Ｂ	2026．8．1～2027．8.31	31,310 円

・海外旅行保険料に変更があった場合は保険負担金も変更になります。
・状況により来日日程が上記以外となる場合は費用が異なる場合があります。その場合は来日日程に基づき別途計算し、請求します。
・責任期間は上記期間中で、かつ被保険者が本国の住居を出発してから、本国の住居に帰着するまでとします。
・保険期間の開始と終了時間：初日の午前０時に開始し、最終日の午後 12 時で終了します。
・４月再任用者（中韓伯秘以外）は、上記イおよびエを合わせた額が当年度の保険負担金となります。

⑥ 中途退職の際の保険負担金の返戻等

ア．保険負担金の返戻

事情により JET プログラム参加者が中途退職し、この制度から中途脱退した際は残期間に応じた保険負担金の返戻があります。中途退職による保険負担金の返戻は「中途退職者情報届出書」の提出によります。（任用団体用マニュアル参照）

イ．保険有効期間

中途退職者の保険契約終了日は、退職日の翌月応答日の前日となります。但し、JET の任用満了日前に中途退職した場合の保険契約終了日は、保険終期を越えることはありません。

例：中途退職日が 10 月 15 日の場合、保険契約終了日は、11 月 14 日となります。

これにより、退職後であっても、保険有効期間は保険契約終了日あるいは帰国日のいずれか早い日まで延長となり、原則として帰国途上での事故等にも対応できるようになっています。

(2) 補償内容(あらまし)

下表はあらましであり、詳細は保険約款に従います。

※保険約款は、本しおり別紙６および英文のしおりに掲載してあります。

※補償内容については直近の請求に関する動向も踏まえつつ保険会社と協議し、内容を見直す可能性があります。

		補償種目	保険金額	支払い内容
母国に一時帰国中	日本国内滞在中／第三国旅行中	傷害死亡	2,000 万円	責任期間中の急激かつ偶然な外来の事故によるケガにより、事故の発生の日からその日を含めて 180 日以内に死亡した場合、保険金額の全額が支払われる。
		傷害後遺障害	後遺障害の程度に応じて 2,000 万円の 3~100%	同上の事故によるケガにより、事故の発生の日からその日を含めて 180 日以内に身体に後遺障害が生じた場合、後遺障害の程度に応じて保険金額の 3～100%が支われる。
		傷害治療費用	70 万円（免責 5 千円）	責任期間中に急激かつ偶然な外来の事故によるケガにより、医師の治療を受けたとき、下記の費用で実際に支払われた治療費のうち社会通念上妥当と認められる金額（事故の日からその日を含めて 180 日以内に必要となった費用に限る）から 5 千円を控除した額が保険金額の範囲内で支払われる。 ①医師・病院に支払った診療・入院関係費用。(緊急移送費、病院が利用できない場合や医師の指示で静養する場合の宿泊施設客室料などを含む。) ②治療のために必要になった通訳雇入費用、交通費。 ③入院のため必要になった国際電話料等通信費、身の回り品購入費用（5 万円限度）（下線部は合計で 20 万円限度） ④保険金請求のために必要な医師の診断書費用　　等
		疾病死亡	600 万円	下記の場合に保険金額の全額が支払われる。 ①責任期間中に病気で死亡した場合 ②責任期間開始後に発病した病気により、責任期間終了後 72 時間を経過するまでに医師の治療を受け、責任期間終了日からその日を含めて 30 日以内に死亡した場合 ③責任期間中に感染した特定の感染症によって、責任期間終了日からその日を含めて 30 日以内に死亡した場合
		疾病治療費用	70 万円（免責 5 千円）	下記の場合に実際支払われた治療費等のうち社会通念上妥当と認められる金額（傷害治療費用の項に同じ。初診の日からその日を含めて 180 日以内に必要となった費用に限る。）から 5 千円を控除した額が保険金額の範囲内で支払われる。 ①責任期間開始後に発病した病気により、責任期間終了後 72 時間を経過するまでに医師の治療を受けた場合 ②責任期間中に感染した特定の感染症がもとで、責任期間終了日からその日を含めて 30 日を経過するまでに医師の治療を受けた場合
		賠償責任	1 億円	責任期間中に個人の日常生活において他人にケガをさせたり、他人の物に損害を与えて、法律上の損害賠償責任を負ったりした場合、保険金額を限度に損害賠償責任の額が支払われる。
		救援者費用等	400 万円	下記の場合に保険契約者、被保険者、又は被保険者の親族の方が実際に支出した費用（捜索救助費用、救援者の往復航空運賃（3 名分まで)、宿泊施設の客室料（3 名分かつ 1 名につき 14 日分まで)、救援者の渡航費用や現地での諸雑費（合計 20 万円まで)、現地からの移送費用、遺体処理費用（100 万円まで)で社会通念上妥当と認められる金額が保険金額の範囲内で支払われる。 ①責任期間中の急激かつ偶然な外来の事故によるケガにより、事故の日からその日を含めて 180 日以内に死亡した場合 ②責任期間中の急激かつ偶然な外来の事故によるケガや保険期間中に発病した病気により、3 日以上続けて入院した場合（病気の場合は責任期間中に医師の治療を開始した場合に限る） ③病気、妊娠、出産、早産、流産が原因で責任期間中に死亡した場合 ④責任期間中に発病した病気により、責任期間中に医師の治療を開始し、責任期間終了日からその日を含めて 30 日以内に死亡した場合 ⑤乗っている航空機・船舶が遭難した場合、事故により生死が確認できない場合、警察等の公的機関によって緊急捜索・救援活動が必要な状態と確認された場合　　等

※本制度では携行品の補償はありません。

※公務災害として支払われるべき治療費は、本制度の対象外です。

(3) 保険金をお支払いできない主な場合

傷害治療費用、疾病治療費用、救援者費用等	賠償責任
①次のような原因により生じた事故。 ・保険契約者、被保険者、保険金受取人の故意 ・けんか、自殺、犯罪行為 ・戦争、その他の変乱（テロ行為を除く） ・無免許、酒酔いまたは麻薬等の影響による運転 ・妊娠、出産、早産、流産 （妊娠・出産・早産・流産により死亡した場合の救援者費用等を除く） ②他覚所見のないむちうち症、腰痛 ③歯科疾病 ④日本国外でカイロプラクティック、はり、きゅうによる治療を受けた場合の費用　など	①次のような原因により生じた事故。 ・保険契約者、被保険者の故意 ・戦争、その他の変乱（テロ行為を除く） ②次のような損害賠償責任を負ったことにより被った損害 ・被保険者の親族に対する損害賠償 ・被保険者の職務遂行に直接もとづく損害賠償 ・心身喪失に起因する損害賠償 ・自動車に起因する損害賠償　など

(4) 日本国外での事故について

一時帰国中担保特約を付帯しているので、JET プログラム参加者が母国へ一時帰国した場合でも、30 日間（※）以内に被った疾病や傷害に対して、この保険契約に基づく保険金の支払いが行われます。

また、母国以外の第三国への旅行期間中に発病した疾病や傷害についても、保険適用の対象となります。

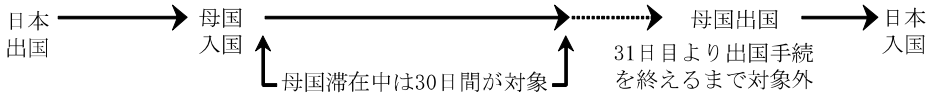
日本・母国・第三国への出入国日の確認のため、保険金請求時にパスポートの写しの提出が必要となります。

※母国入国日の翌日から数えて 30 日間とします。(3.（3）Q&A③Q1.Q2 参照)

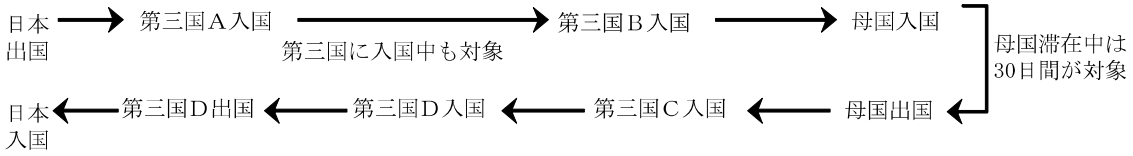
※但し、日本国内で発生したけがや病気について、自己都合等の理由により海外で治療することになった場合、傷害・疾病治療費用保険金のうち治療費以外の費用（母国への帰国費用等）をお支払いできない場合があります。（3.（3）Q&A②Q8 参照）

①　母国に一時帰国する場合

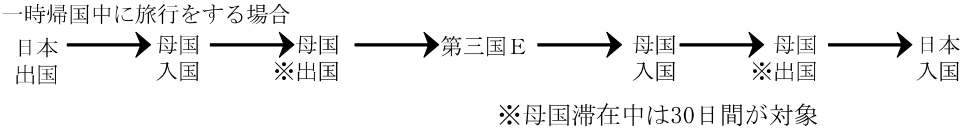
ア 母国のみに入国する場合



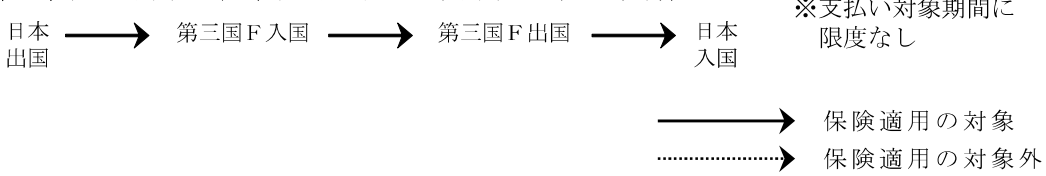
イ 往復路で第三国に立寄る場合



ウ 一時帰国中に旅行をする場合

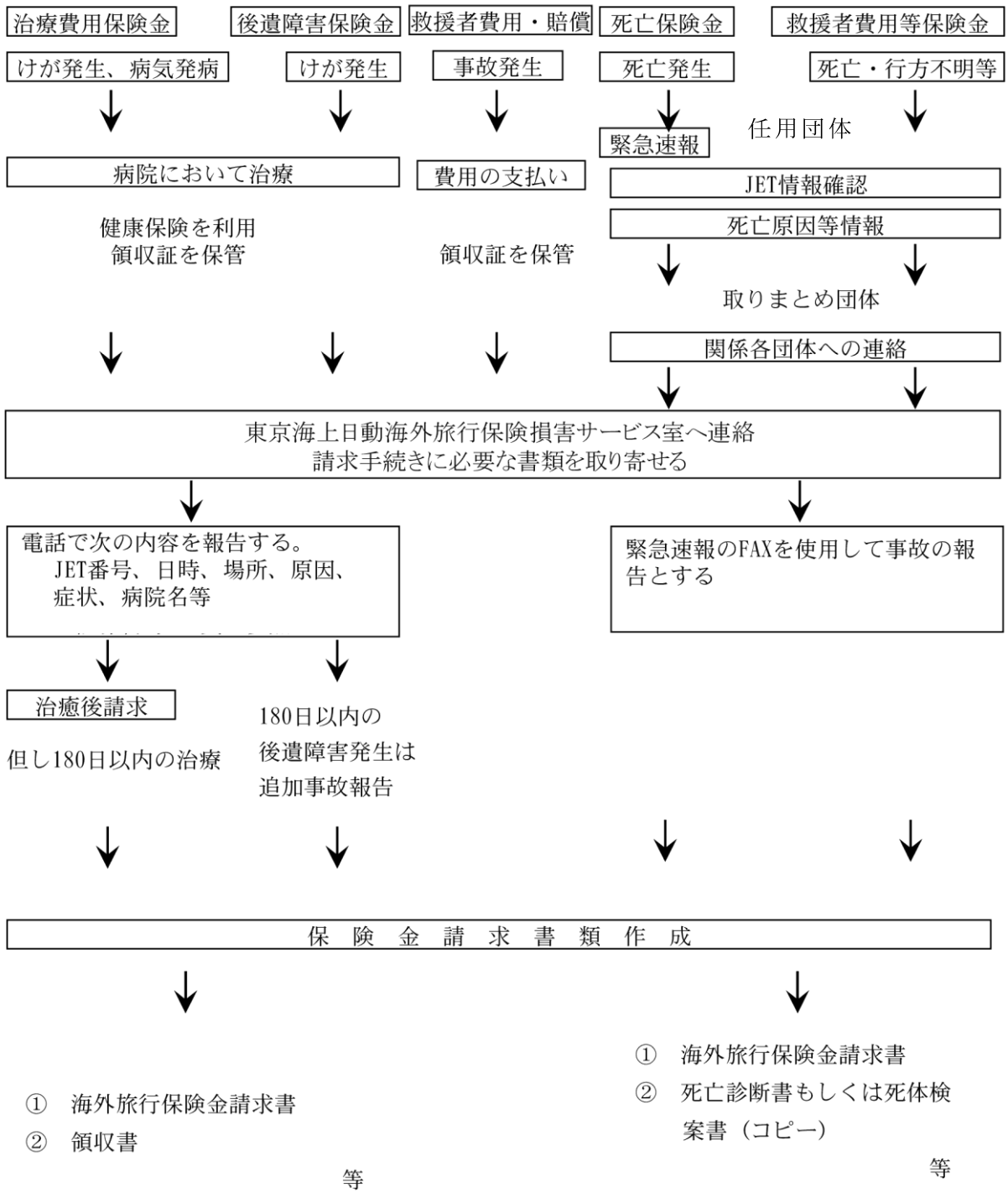


②　第三国への旅行（母国を目的とせず旅行をする場合）



３．保険金の請求手続き

（1）保険金の請求手続きの概要



(2) 保険金の請求手続きの留意点

保険事故報告から保険金支払いまでについて

① 保険金支払いの窓口

東京海上日動海外旅行保険損害サービス室が窓口となります。この窓口では、JET傷害保険担当者が請求の受付から損害調査、保険金の支払いまで担当しています。

保険金の支払手続や事故の連絡に関するお問合せ先
平日 9 時～17 時（日本時間） **東京海上日動海外旅行保険損害サービス室** **0120-881-503** 〒104-0061 東京都中央区銀座 5-3-16 日動火災・熊本共同ビル 6 階 ※英語での対応を必要とする場合、「English, please」と言っていただければ、英語対応可能な係員に代わりご対応致します。
上記以外の時間 **0120-789-133** ※午前 9 時～午後 5 時以外の時間は東京海上日動海外総合サポートデスクにて受付し、請求手続きのご案内を致します。

② 保険事故（疾病含む）等の連絡

JETプログラム参加者本人または任用団体の担当者は、事故発生時に速やかに（30日以内）東京海上日動海外旅行保険損害サービス室のJET保険担当者に連絡願います。ご通知が遅れますと保険金が支払われないことがありますのでご注意ください。

JETプログラム参加者が日本語での連絡が難しい時は、できる限り任用団体の担当者から東京海上日動海外旅行保険損害サービス室に連絡願います。事故の際の請求手続きに必要な書類は東京海上日動海外旅行保険損害サービス室から送付します。

また、JETプログラム参加者の事件、事故、病気等による死亡（意識不明、後遺障害、1ヶ月以上の入院加療）等身体に重大な異変・変動が生じた場合の保険金請求に係わる事故報告は、「緊急速報」（任用団体マニュアルに掲載）をCLAIR又は取りまとめ団体が東京海上日動海外旅行保険損害サービス室にメールで送付します。（別紙５参照）

賠償責任事故の場合、賠償金額の決定には、事前に保険会社の承認を必要とします。

③ 任用団体の協力

事故の際の請求手続き等に関して、ご協力願います。

④ 保険金請求に必要な書類

東京海上日動海外旅行保険損害サービス室の指示に基づき、海外旅行保険金請求書を記入し、必要書類（病院の領収証等）を添付して東京海上日動海外旅行損害サービス室に送付願います。

⑤ 東京海上日動からの保険金の支払い

上記④に必要書類が揃った後、調査の結果に基づきJETプログラム参加者の指定する預金口座に保険金が支払われます。

けがや病気時の治療費用について

① 請求額

日本国内において、健康保険を使用した治療費のうち、JETプログラム参加者の自己負担分を請求できます(5千円を控除した額が保険金額の範囲内で支払われます)。健康保険を使用しない治療の場合は、原則、請求できません。((3)Q&A②Q1参照)

② 請求手続き

請求には診断書が必要ですが、保険金請求額が30万円以下の場合は省略することができます。保険金請求書には、病院、医院の発行する診察券(写しでも可)を貼付してください。この場合でも、費用の支払いを証明する領収証・レシートは必要です。((3)Q&A②Q3参照)

③ 公務上の災害(傷害、疾病)

JETプログラム参加者が実際に治療費の一部を立て替えて支払った場合、後で公務災害として所属の任用団体に請求して給付を受けますので、この制度では対象となりません。((3)Q&A②Q9参照)

(3) Q&A

① 事故の連絡について

Q1. 東京海上日動海外旅行保険損害サービス室への事故連絡の電話は誰がかけるのですか。

A. 本人又は任用団体の担当者の方どちらでも結構です。しかし、JETプログラム参加者が日本語での電話連絡が難しい場合は、任用団体の担当者の方が電話をしてください。

Q2. 私（JETプログラム参加者）から電話で事故の連絡をしたいのですが、どのようにしたらよいですか。

A. 事故の連絡・請求手続きについては、できるだけ任用団体担当者からご連絡ください。ただし、緊急時等は下記にご連絡くだされば、弊社のスタッフが対応します。次の内容区分に応じて下記お問い合わせ先宛てにご連絡ください。

内容区分	時間帯	会社・部署等	連絡先
発生した事故に関する保険金の支払手続や事故の連絡に関すること	平日 9 時～17 時（日本時間）	東京海上日動 本店損害サービス部 海外旅行保険損害サービス室 〒104-0061 東京都中央区銀座 5-3-16 日動火災 ・熊本共同ビル 6 階 ※ 英語での対応を必要とする場合、「English, please」 と仰っていただければ、英語対応可能な係員にてご対応いたします。	0120-881-503
	上記以外の時間	東京海上日動海外総合サポートデスク ※平日 9 時～17 時以外の時間は東京海上日動海外総合サポートデスクにて受付し、請求手続きのご案内をいたします。	0120-789-133
保険契約内容、未発生事故に関する一般的な質問		東京海上日動 広域法人部法人第一課 ※任用団体よりメールでお問い合わせください。	jetprogramme@tmnf.jp

Q3. 請求手続がよくわからないので、任用団体の担当者の方に委任して全て任せたいのですが。

A. 請求手続の相談、東京海上日動海外旅行保険損害サービス室との電話連絡などは任用団体の担当者の方にご協力いただきますが、その他書類の作成などは被保険者であるJETプログラム参加者が中心となって進めてください。

任用団体の担当者の方をはじめ特別な事情で他人に請求手続を委任したいときは、保険金請求書の委任状欄にJETプログラム参加者が記入するとともに、請求者欄には委任を受けた人が署名・捺印し提出してください。

② 傷害治療費用保険金、疾病治療費用保険金の請求について

Q1. ケガ（病気）をして医者にかかろうと思います。この傷害保険制度を利用したいのですが、病院では医療費はどのように支払えばよいのでしょうか。

A. 一般的には日本の病院では、診察の前に健康保険証を受付に提出して健康保険の適用を受け、診療後に自己負担分を現金で支払います。この制度を利用する場合も、健康保険証は必ず病院に示してください。健康保険の適用を受けた上で病院から請求された自己負担分を支払い、領収書またはレシートを忘れずにもらってください。（保険金請求の際必要です。）

Q2. ケガや病気によって治療した場合に支払われる保険金で、免責金はどのように適用されるのでしょうか。

A. 健康保険によって治療した後、自己負担した金額から5千円を控除した金額が保険金として支払われます。

したがって、自己負担額が5千円以下の場合は、請求できません。

Q3. ケガ（病気）をして治療費を支払ったので、この制度に請求しようと思います。請求手続きについて教えてください。

A1. まず本人または任用団体の担当者の方からケガをした、もしくは発病し医師の治療を開始した日時、場所、原因、症状、病院名等を速やかに東京海上日動海外旅行保険損害サービス室の「JET傷害保険」担当者に電話連絡してください。その際証券番号とJET番号を聞かれることがあります。連絡先は(3)Q&A①Q2を、証券番号は保険の内容（P.3）をご覧ください。

2. 東京海上日動海外旅行保険損害サービス室では事故を記録するとともに、請求方法についての説明をしますのでその内容に従ってください。なお、任用団体の担当者の方から連絡をした場合には内容の説明を十分に受け、JETプログラム参加者に説明してください。

3. 請求必要書類は次のとおりです。（事故受付時に東京海上日動海外旅行保険損害サービス室よりお送り致しますが、JETプログラムホームページからダウンロードすることも可能です。）

① 海外旅行保険金請求書

② 診断書（海外旅行保険金請求書の裏面にあります。）

なお、請求金額が30万円以下の場合は診断書を省略する事ができます。

③　治療費の領収書、レシート

4. 全ての書類が揃ったら東京海上日動海外旅行保険損害サービス室に送ってください。東京海上日動海外旅行保険損害サービス室にて確認の上、保険金は原則として銀行振込いたします。

Q4. 請求する際、診断書が必要とありますが、診断書をとるには、3～5,000 円ぐらいかかるとききました。診断書代は請求できるのですか。

A.　診断書代は病院によって異なりますが大体3～5,000円程度のようです。診断書代も診断書原本を送付頂ければ請求の対象となります（保険金支払対象外の場合は診断書代のお支払いは出来ません)。

なお、請求金額が30万円以下の場合は、診断書を取り付ける必要はありません。

Q5. JET プログラム参加者が来日する 2 週間前にケガ(病気)をし、ずっと治っていませんでした。来日して日本の病院へ行きましたが、治療費は請求できますか。

A.　この制度で支払の対象となるケガ（病気）は、その受傷（発病）が保険期間開始後でかつ日本に向けて住居を出発した時以降のケガ（病気）となっています。したがって、このケースはお支払いできません。

Q6. 虫歯のため、歯科医に通っていますが、この治療費は請求できますか。

A.　この制度では歯科に関する病気（虫歯、歯周炎など）は対象となりません。

ただし、傷害事故による歯科治療等については対象となります（転んで歯を欠損した場合等)。

Q7. 風邪をひいたため薬屋で市販の薬を買いました。この薬代は請求できますか。

A.　医師の処方によらない薬代は、この制度の対象となりません。

Q8. 現在病気のため通院していますが、一時帰国する予定があり、母国で治療を続けたいと思います。母国での治療費は請求できますか。

A.　日本国内での発病について、やむを得ず海外（母国を含みます。）で治療した場合であっても、医師の治療開始日から180日以内に治療のために現実に要した費用であれば保険金のお支払い対象となります。(なお、ケガの場合は受傷日から180日以内に要した費用となります。)

ただし、自己都合等の理由により海外で治療することになった場合、疾病治療費用保険金のうち治療費以外の費用（母国への帰国費用等）をお支払いできない場合があります。

Q9. 公務上のケガ（病気）で通院しましたが、任用団体が治療費を全て支払ってくれたので、私（JET プログラム参加者）の負担はありません。この場合でも請求できますか。

A.　この制度は被保険者（JETプログラム参加者）が実際支払った治療費用について保険金を払うものであり、このケースでは被保険者が支払った費用がないので請求できません。任用団体が立て替えた費用については請求することができます。

なお、本制度は公務災害として支払われるべき治療費は対象としておりませんので、JETプログラム参加者が治療費の一部を支払った場合は後で任用団体に公務災害として請求することで支払われますが、本制度では請求できません。

Q10. 私は週末にフットボールをします。フットボールのような激しいスポーツ中のケガも対象となりますか。

A. 対象となります。ただし、次に挙げる危険なスポーツの場合は、支払われる保険金が削減されます。保険金が削減される危険なスポーツは次のとおりです。

山岳登はん（ピッケル、アイゼン、ザイル、ハンマー等の登山用具を使用するもの)、リュージュ、ボブスレー、スケルトン、航空機操縦、スカイダイビング、ハンググライダー搭乗、超軽量動力機（モーターハンググライダー、マイクロライト機、ウルトラライト機等）搭乗、ジャイロプレーン搭乗その他これらに類する危険な運動、など。

なお、スキー、ラグビー、山歩き（ピッケル等の登山用具を使用しないもの)、スキューバダイビングなどのスポーツは削減されません。

Q11. 来日後、任用団体へ派遣されるまで健康保険証を発行することができません。そのため、健康保険証が発行される前にケガや病気になった場合の医療費は、10割負担であってもJET傷害保険で全額カバーできますか。

A. 補償内容に記載の保険金額を上限に全額カバーできます。やむを得ない事情で健康保険証がない場合、治療後に自己負担した金額全額から5千円を控除した金額が保険金として支払われます。

Q12. JETプログラム参加者としての任期が終了した後も、通院が必要となりました。この場合の治療費等は対象となりますか。

A. JETプログラム参加者としての任期終了に伴い、健康保険も満了となりますが、任期終了後も保険終期までの期間が残っている場合、その間にかかった医療費等は、保険金のお支払いの対象となります。

Q13. ボランティア活動に参加しようと思っています。ボランティア保険への加入が参加条件なのですが、ボランティア活動期間中にケガや病気をした場合の医療費は、ボランティア保険とJET傷害保険のどちらの保険へ請求できますか。

A. まず、加入するボランティア保険が、定額払い、実費払いのどちらなのかを確認する必要があります。(JET傷害保険は実費払いです。)

(1) ボランティア保険が定額払いの場合は、JET傷害保険とボランティア保険の両方へ請求が可能です。

(2) ボランティア保険が実費払いの場合は、ボランティア保険、もしくはJET傷害保険のどちらか一方へのみしか請求できません。

Q14. JETプログラム参加者が来日後に感染病の症状が出たため、日本の病院へ行き、治療を受けた場合、治療費は請求できますか。

A. 保険期間中に感染し、医師から「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第６条（以下、感染症法）（＊1）に規定する一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症のいずれかを診断された場合は、「疾病治療費用」の補償対象となります。この場合、責任期間終了後であっても終了日から30日を経過するまでに治療を開始された場合についても、お支払の対象となります。

*1）詳細は、厚生労働省のホームページ（リンク：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/kekkaku-kansenshou11/01.html#h2_free3 ）にある「感染症法における感染症の分類」をご参照ください。

Q15. JET プログラム参加者としての任期が終了し、帰国することとなりましたが、予約済の帰国便が欠航となり、帰国が予定より延期されることとなりました。これにより、JET 傷害保険の保険終期を超えて母国へ到着することとなった場合、事前に JET 傷害保険の保険期間の延長を、個別に申請できるのでしょうか？

A. 予約便の欠航により、保険終期を超える遅延が発生した場合、保険約款（基本条項第５条）上、保険終期から72時間までは有効としております。原則、72時間を超過する遅延については、約款規定を超える期間延長のお引受はできかねますため、個人保険への別途の加入を御検討いただきたくお願いいたします。詳細は約款をご覧ください。

Q16. JETプログラム参加者が、来日後にケガ／病気をした際に、外出が困難なため、病院が提供するオンライン診療を受けた場合、診察費を請求できますか。

A. オンライン診療は、以下の条件に限り、５千円を超過する部分についてお支払いの対象となります。

① 医師の資格を持つ者による妥当な診察であること
② 日本国内の医師であること

③　日本国外での事故について

Q1. ①一時帰国したり、②第三国を旅行したりする際に、この制度でカバーされない部分はいつからいつまでですか。

A.　①母国へ一時帰国後、帰国した翌日より起算して30日間に被った不慮の事故、ケガ、又は発生した疾病はこの制度でカバーされますが、それ以降（31日目から）母国からの出国手続終了まではこの制度ではカバーされません。
②第三国へ旅行した場合は滞在期間にかかわらずこの制度でカバーされます。

Q2. 一時帰国中や第三国への旅行中にケガ（病気）で治療を受ける場合、どのように治療費を支払い、保険請求したら良いのでしょうか。

A.　本人が海外の病院で治療費を支払い、日本に帰ってから、まず、健康保険の給付の手続きを行ってください。健康保険の請求にあたっては、次の書類が必要となります。
①療養費支給申請書
②診療内容明細書（日本語訳、翻訳者の住所、氏名、捺印を添付）
③領収明細書（日本語訳、翻訳者の住所、氏名、捺印を添付）
④医療費の領収書
その後、東京海上日動海外旅行保険損害サービス室へ連絡して、健康保険適用分の残りの自己負担分について保険金を請求してください。
なお、保険金請求の際には、医療費の領収証が必要になります。健康保険の請求の際に原本を提出する場合はコピーをご用意ください。
本制度では、キャッシュレス治療サービスは受けられません。
②～③の様式については、管轄の社会保険事務所にお問い合わせください。
②および③については、一時帰国する際、および旅行に出かける際にご持参ください。

④　被保険者同意確認書（以下「同意書」）について

Q1. JET 傷害保険被保険者同意確認書（以下「同意書」）は、真にやむを得ない事情がある場合にのみ提出が可能ということですが、「真にやむを得ない事情」とはどのような場合でしょうか。

A.　同意書の提出は原則不要です。提出が可能な、「真にやむを得ない事情」とは、母国に親族が存在せず死亡保険金の受取人を法定相続人以外に指定する必要がある場合等を指します。

提出を希望する場合は、来日前に在外公館・CLAIR経由で保険会社へ提出します（コピーの提出可）。受取人を変更する場合は、再度提出してください。

⑤　救援者費用等保険金について

Q1. JET プログラム参加者が、ケガや病気で継続して３日以上入院し、母国の両親が緊急来日した場合、どのような費用が保険金として支払われるのですか。

A.　下記の費用が支払われます。

①往復の航空運賃等『交通費』（救援者３名分まで）

②『ホテル客室料』（救援者３名分かつ１名につき14日分まで）

③日本国内での交通費、国際電話代等の『諸雑費』（20万円限度）

なお、お支払いできる金額は、救援者費用等保険金額の400万円が限度となります。（下記Q2.Q3.の費用なども合算した限度額です）

また、保険金を請求する際には、領収書が必要となります。

Q2. JET プログラム参加者がケガや病気で亡くなった場合、遺体を処理して母国に持ち帰る費用は対象になりますか。

A.　遺体に防腐処理を施して持ち帰る場合は、その防腐処理費用と遺体の輸送費用（航空運賃、自動車運賃等）などが対象となります。また、火葬する場合はその火葬費用が対象となります。（遺体処理費用は合計100万円が限度）

いずれの場合も、葬儀費用は対象となりません。

Q3. JET プログラム参加者の親族が遺体処理費用の請求を受けましたが、東京海上日動から直接処理業者に保険金として支払ってもらえないでしょうか。

A.　被保険者の親族が費用を負担したとみなして、東京海上日動から直接保険金をお支払いすることができます。ただし、親族が保険金請求書を作成する必要はあります。

この場合、直接お支払いする保険金は、救援者費用等保険金額から優先して差し引かれますので、以降の救援者費用等保険金額はその残額となります。

⑥　賠償責任危険担保特約について

Q1. JETプログラム参加者が勤務している、または住んでいる自治体では、条例で「自転車保険」の加入を義務付けられています。JET 傷害保険に加入中に別途「自転車保険」に加入する必要がありますか。

A.　加入する必要はありません。JET傷害保険では最大１億円の保険金をお支払いするこ

とができます。ただし、「示談交渉サービス」は付帯しておりませんので、事故を起こした場合、責任範囲や支払額などについて相手方と交渉することはできません。

４．その他（配付物について）

(1) JET 傷害保険制度のしおり（以下「しおり」）

①　配付方法　JETプログラムホームページからダウンロードする。

(2) 被保険者同意確認書（以下「同意書」）

原則不要ですが、真にやむを得ない事情により提出を希望する場合は、以下の方法にて提出してください。

①　配付方法　JETプログラムホームページからダウンロードする。

②　提出方法

ア．来日前に案内された期限までに在外公館の提出し、CLAIR 経由で、東京海上日動に提出します。JET プログラム参加者→在外公館→CLAIR→東京海上日動担当部署

イ．任用開始後、提出した同意書の内容（受取人等）を変更する場合は、以下の経路で提出してください。

JET プログラム参加者→任用団体→東京海上日動担当部署（※）

※送付先：

〒102-8014　千代田区三番町６－４

東京海上日動火災保険（株）　広域法人部法人第一課　JET プログラム　担当者

③　提出時の注意

記載事項上の注意に沿って記載されているか、提出前に確認してください。

□受取人が適切か
□訂正箇所に印やサインがあるか

※コピー提出可

(3) 事故の際に東京海上日動から JET プログラム参加者に送付するもの

①　海外旅行保険金請求書（別紙１、２）

※その他必要なものにつきましては、担当者よりご説明させていただきます。

５．別紙一覧

別紙１　海外旅行保険金請求書（表面）
（事故受付時に東京海上日動よりお送りいたしますが、JET プログラムホームページからダウンロードすることも可能です。）

別紙２　海外旅行保険金請求書（裏面）　（　〃　）

別紙３　被保険者同意確認書　（　〃　）

別紙４　被保険者同意確認書（記入例）

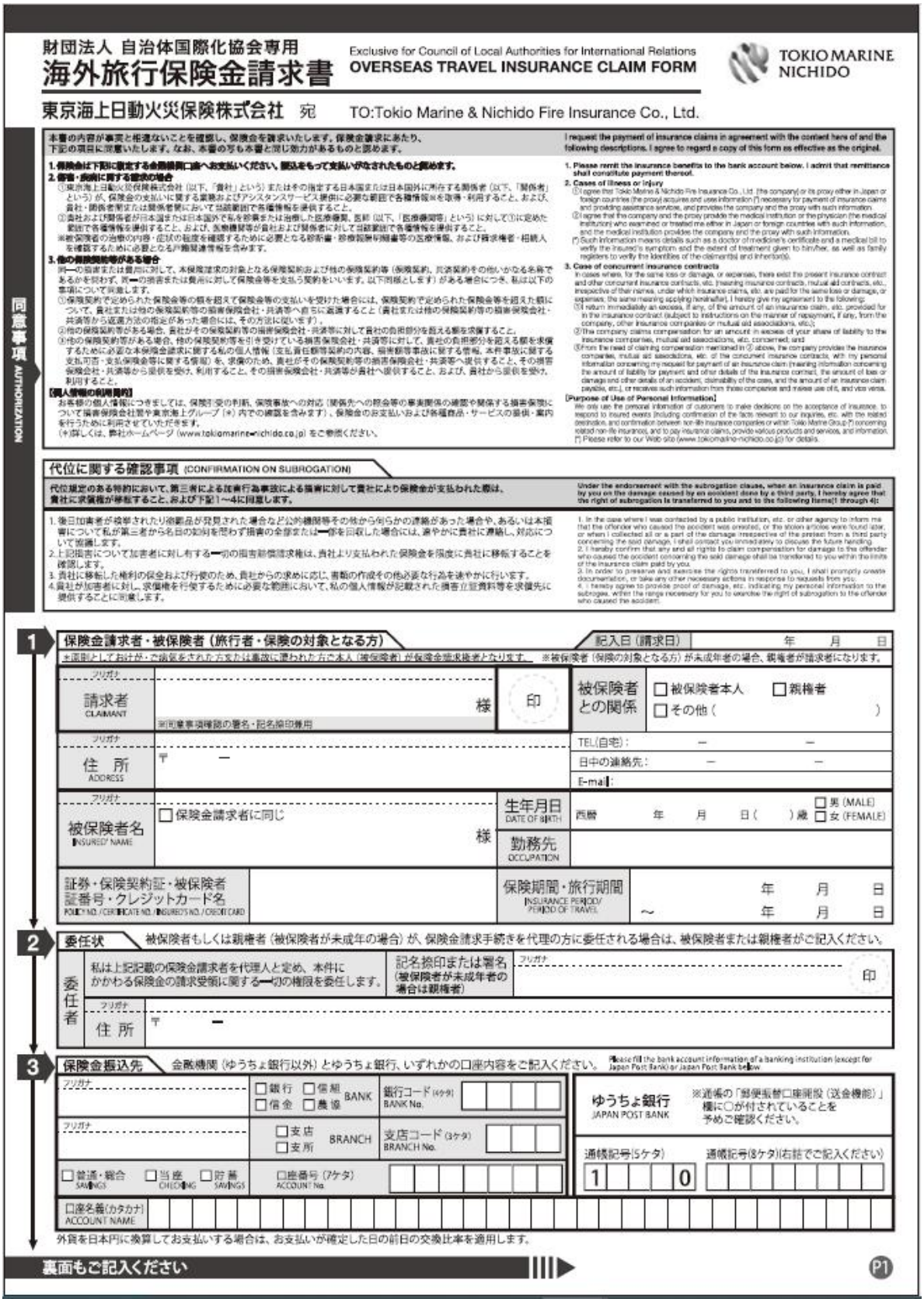
別紙５　緊急速報　（　〃　）

別紙６　海外旅行保険普通保険約款ならびに特約条項（抜粋）

別 紙１

海 外 旅 行 保 険 金 請 求 書（表 面）

（JET プログラムホームページからダウンロードする。）



財団法人 自治体国際化協会専用
海外旅行保険金請求書
Exclusive for Council of Local Authorities for International Relations
OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM
TOKIO MARINE NICHIDO
東京海上日動火災保険株式会社 宛 TO:Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.

同意事項 AUTHORIZATION

本書の内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求いたします。保険金請求にあたり、下記の項目に同意いたします。なお、本書の写も本書と同じ効力があるものと認めます。

1. 保険金は下記に指定する金融機関口座へお支払いください。万一なもって支払いがなされたものと認めます。
2. 傷害・疾病に関する場合
①東京海上日動火災保険株式会社（以下、「貴社」という）またはその指定する日本国または日本国外に所在する関係者（以下、「関係者」という）が、保険金の支払いに関する業務およびアシスタンスサービス提供に必要な範囲で各種情報※を取得・利用すること、および、貴社・関係者関連または関係者間において当該範囲で各種情報を提供すること。
②貴社および関係者が日本国または日本国外で私を診察または治療した医療機関、医師（以下、「医療機関等」という）に対して①に定めた範囲で各種情報を提供すること、および、医療機関等が貴社および関係者に対して当該範囲で各種情報を提供すること。
※被保険者の治療の内容・症状の程度を確認するために必要となる診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するために必要となる戸籍関連情報を含みます。
3. 他の保険契約等がある場合
同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等（保険契約、共済契約その他いかなる名称であるかを問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいいます。以下同様とします）がある場合につき、私は以下の事項について同意します。
①保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払いを受けた場合には、保険契約で定められた保険金等を超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ自らに返還すること（貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等から返還方法の指定があった場合には、その方法に従います）。
②他の保険契約等がある場合、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して貴社の負担部分を超える額を求償すること。
③他の保険契約等がある場合、他の保険契約等を引き受けている損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な本保険金請求に関する私の個人情報（支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、本件事故に関する支払可否・支払保険金等に関する情報）を、求償のため、貴社がその保険契約等の損害保険会社・共済等へ提供すること、その損害保険会社・共済等から提供を受け、利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、および、貴社から提供を受け、利用すること。

【個人情報の利用目的】
お客様の個人情報につきましては、保険引受の判断、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の確認や関係する損害保険について損害保険会社間や東京海上グループ（※）内での検討を含みます）、保険金のお支払いおよび各種商品・サービスの提供・案内を行うために利用させていただきます。
（※詳しくは、弊社ホームページ（www.tokiomarine-nichido.co.jp）をご参照ください。

I request the payment of insurance claims in agreement with the content here of and the following descriptions. I agree to regard a copy of this form as effective as the original.

1. Please remit the insurance benefits to the bank account below. I admit that remittance shall constitute payment thereof.
2. Cases of illness or injury
①I agree that Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd. (the company) or its proxy either in Japan or foreign countries (the proxy) acquires and uses information (*) necessary for payment of insurance claims and providing assistance services, and provides the company and the proxy with such information.
②I agree that the company and the proxy provide the medical institution or the physician (the medical institution) who examined or treated me either in Japan or foreign countries with such information, and the medical institution provides the company and the proxy with such information.
(*) Such information means details such as a doctor of medicine's certificate and a medical bill to verify the insured's symptom and the extent of treatment given to him/her, as well as family registers to verify the identities of the claimant(s) and inheritor(s).
3. Case of concurrent insurance contracts
In cases where, for the same loss or damage, or expenses, there exist the present insurance contract and other concurrent insurance contracts, etc. (meaning insurance contracts, mutual aid contracts, etc., irrespective of their names, under which insurance claims, etc. are paid for the same loss or damage, or expenses, the same meaning applying hereinafter), I hereby give my agreement to the following:
①I will return immediately an excess, if any, of the amount of an insurance claim, etc. provided for in the insurance contract (subject to instructions on the manner of repayment, if any, from the company, other insurance companies or mutual aid associations, etc.);
②The company claims compensation for an amount in excess of your share of liability to the insurance companies, mutual aid associations, etc. concerned; and
③From the need of claiming compensation mentioned in ② above, the company provides the insurance companies, mutual aid associations, etc. of the concurrent insurance contracts, with my personal information concerning my request for payment of an insurance claim (meaning information concerning the amount of liability for payment and other details of the insurance contract, the amount of loss or damage and other details of an accident, claimability of the case, and the amount of an insurance claim payable, etc.), or receives such information from those companies and makes use of it, and vice versa.

【Purpose of Use of Personal Information】
We only use the personal information of customers to make decisions on the acceptance of insurance, to respond to insured events (including confirmation of the facts relevant to our inquiries, etc. with the related destination, and confirmation between non-life insurance companies or within Tokio Marine Group (*) concerning related non-life insurances, and to pay insurance claims, provide various products and services, and information.
(*) Please refer to our Web site (www.tokiomarine-nichido.co.jp) for details.

代位に関する確認事項 (CONFIRMATION ON SUBROGATION)

代位規定のある特約において、第三者による加害行為事故による損害に対して貴社により保険金が支払われた際は、貴社に求償権が移転すること、および下記1～4に同意します。

1. 後日加害者が検挙されたり盗難品が発見された場合など公的機関等その他から何らかの連絡があった場合や、あるいは本損害について私が第三者から名目の如何を問わず損害の全部または一部を回収した場合には、速やかに貴社に連絡し、対応について協議します。
2. 上記損害について加害者に対し有する一切の損害賠償請求権は、貴社より支払われた保険金を限度に貴社に移転することを確認します。
3. 貴社に移転した権利の保全および行使のため、貴社からの求めに応じ、書類の作成その他必要な行為を速やかに行います。
4. 貴社が加害者に対し、求償権を行使するために必要な範囲において、私の個人情報が記載された損害立証資料等を求償先に提供することに同意します。

Under the endorsement with the subrogation clause, when an insurance claim is paid by you on the damage caused by an accident done by a third party, I hereby agree that the right of subrogation is transferred to you and to the following items(1 through 4):

1. In the case where I was contacted by a public institution, etc. or other agency to inform me that the offender who caused the accident was arrested, or the stolen articles were found later, or when I collected all or a part of the damage irrespective of the pretext from a third party concerning the said damage, I shall contact you immediately to discuss the future handling.
2. I hereby confirm that any and all rights to claim compensation for damage to the offender who caused the accident concerning the said damage shall be transferred to you within the limits of the insurance claim paid by you.
3. In order to preserve and exercise the rights transferred to you, I shall promptly create documentation, or take any other necessary actions in response to requests from you.
4. I hereby agree to provide proof of damage, etc. indicating my personal information to the subrogee, within the range necessary for you to exercise the right of subrogation to the offender who caused the accident.

1 保険金請求者・被保険者（旅行者・保険の対象となる方）

記入日（請求日） 年 月 日

★原則としておけが・ご病気をされた方または事故に遭われた方ご本人（被保険者）が保険金請求権者となります。 ※被保険者（保険の対象となる方）が未成年者の場合、親権者が請求者になります。

フリガナ / 請求者 CLAIMANT	様 ※同意事項確認の署名・記名捺印兼用	印	被保険者との関係：☐被保険者本人 ☐親権者 ☐その他（ ）
フリガナ / 住所 ADDRESS	〒 －		TEL(自宅)： － － / 日中の連絡先： － － / E-mail：
フリガナ / 被保険者名 INSURED' NAME	☐保険金請求者に同じ 様	生年月日 DATE OF BIRTH	西暦 年 月 日（ ）歳 ☐男 (MALE) ☐女 (FEMALE)
		勤務先 OCCUPATION	
証券・保険契約証・被保険者証番号・クレジットカード名 POLICY NO. /CERTIFICATE NO. /INSURED'S NO. /CREDIT CARD		保険期間・旅行期間 INSURANCE PERIOD/ PERIOD OF TRAVEL	年 月 日 ～ 年 月 日

2 委任状

被保険者もしくは親権者（被保険者が未成年の場合）が、保険金請求手続きを代理の方に委任される場合は、被保険者または親権者がご記入ください。

委任者	私は上記記載の保険金請求者を代理人と定め、本件にかかわる保険金の請求受領に関する一切の権限を委任します。	記名捺印または署名（被保険者が未成年者の場合は親権者）	フリガナ 印
	フリガナ / 住所	〒 －	

3 保険金振込先

金融機関（ゆうちょ銀行以外）とゆうちょ銀行、いずれかの口座内容をご記入ください。 Please fill the bank account information of a banking institution (except for Japan Post Bank) or Japan Post Bank below

フリガナ	☐銀行 ☐信組 ☐信金 ☐農協 BANK	銀行コード (4ケタ) BANK No.	ゆうちょ銀行 JAPAN POST BANK ※通帳の「郵便振替口座開設（送金機能）」欄に○が付されていることをご確認ください。
フリガナ	☐支店 ☐支所 BRANCH	支店コード (3ケタ) BRANCH No.	通帳記号(5ケタ) 1 0 / 通帳記号(8ケタ)(右詰でご記入ください)
☐普通・総合 SAVINGS ☐当座 CHECKING ☐貯蓄 SAVINGS	☐口座番号 (7ケタ) ACCOUNT No.		
☐口座名義(カタカナ) ACCOUNT NAME			

外貨を日本円に換算してお支払いする場合は、お支払いが確定した日の前日の交換比率を適用します。

裏面もご記入ください ▶ P1

別 紙２

海 外 旅 行 保 険 金 請 求 書（裏 面）

（JET プログラムホームページからダウンロードする）



4 他の保険契約等 (OTHER INSURANCE CONTRACTS)

他に契約されている海外旅行保険はありますか? Do you have other overseas travel insurance?	☐無 NO ☐有 YES	海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちですか? Do you have overseas travel insurance incidental to a credit card? ※海外旅行保険付帯のクレジットカードをお持ちの場合は、お名前と日本の出入国年月日が確認できる書類（eチケット等）もご提出ください。 If yes, please also submit a copy of the document such as e-ticket so that we may verify your name and when you exited and entered Japan.	☐持っていない NO ☐持っている YES
保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company?	☐無 NO ☐有 YES	保険金請求の有無 Have you filed a claim against the insurance company?	☐無 NO ☐有 YES

お持ちの場合にご記入ください。 When you have it, please fill in.

保険会社名 INSURANCE COMPANY		カード名① NAME OF THE CREDIT CARD	カード番号（上6桁、下4桁） NUMBER OF CREDIT CARD
証券番号 INSURANCE POLICY NUMBER		カード名② NAME OF THE CREDIT CARD	カード番号（上6桁、下4桁） NUMBER OF CREDIT CARD

本紙に書ききれない場合は別紙を添付してください。 Please attach another sheet if necessary.

5 事故状況またはおけが・ご病気の状況 (DESCRIPTION OF ACCIDENT, INJURY, SICKNESS)

事故日時・受傷日・発病日 DATE OF LOSS/ INJURY MANIFESTATION OF ILLNESS	年 YEAR 月 MONTH 日 DAY ☐AM ☐PM : 頃(現地時間)	国名・場所 PLACE	
事故状況 CIRCUMSTANCES	おけが・ご病気に至った経緯またはその他損害の発生した経緯をご記入ください。 Please describe the accident, injury or sickness in detail.		
警察届出 POLICE REPORT	届出警察署名 NAME OF POLICE 受理番号 REPORT NO.	事故証明書原本をご提出ください。 Please submit the original certificate of accident.	
証人欄 WITNESS	上記の通り事故を確認します I confirm the accident as above. 名前 NAME ※ご病気の請求の際は警察届出・証人欄は記入不要です。 印 SIGNATURE	住所 ADDRESS TEL TELEPHONE 被保険者(保険の対象となる方)との関係 RELATIONS WITH THE PERSON INSURED	

6 おけが・ご病気に関するご請求 (CLAIM ON INJURY OR SICKNESS)

保険金請求額が30万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書をお取り付けください。 When the amount of claim exceeds 300,000 yen, please submit a medical certificate.

初診日 DATE OF FIRST CONSULTATION 年 YEAR 月 MONTH 日 DAY

傷害または疾病名および症状 EXTENT OF INJURY, DIAGNOSIS AND CONDITION

入院 ADMISSION ☐有 YES ☐無 NO

病院名 NAME OF MEDICAL INSTITUTION

本症状に関して旅行開始前に治療を受けたことがありますか? Have you had any prior treatment for this condition? ☐有 YES ☐無 NO

有の場合は以下にご記入ください。 If yes, please fill the periods of medical treatment

治療期間 DATE OF SERVICES 年 月 日～ 年 月 日

☐治癒 CURE ☐治療継続中 CONTINUOUS ☐治療中止 DISCONTINUATION OF TREATMENT

ご旅行中のおけが・ご病気の治療は終了していますか? Have you completed medical treatment on your injury or sickness during the trip? ☐はい YES ☐いいえ NO

請求種類

☐おけが・ご病気のご請求 (Medical Exp) ☐賠償責任 (Liability) ☐死亡 (Death) ☐その他 (Others)

保険金請求額(治療費など) THE AMOUNT OF CLAIM(MEDICAL FEE & OTHERS)	通貨 CURRENCY	金額 AMOUNT
治療費、検査費、手術費等 DOCTOR'S FEE, EXAMINATION/ SURGERY COST		
処方薬費 PRESCRIPTION COST		
医師の診断書費(弊社提出用) COST OF MEDICAL CERTIFICATE (TO BE SUBMITTED TO INSURER)		
治療のために必要な通訳雇入費 COST OF INTERPRETER EMPLOYED FOR MEDICAL TREATMENT		
海外の病院に直接支払いを希望する費用 THE AMOUNT YOU WOULD LIKE INSURER TO PAY DIRECTLY TO MEDICAL INSTITUTION OVERSEAS		
他 OTHERS ( )		
他 OTHERS ( )		
合計 TOTAL		

入院または通院のための交通費 TRANSPORTATION EXPENSES FOR THE INSURED TO GET HOSPITALIZED OR GO TO HOSPITAL AS AN OUTPATIENT ☐負担あり YES ☐負担なし NO

交通機関 MEANS OF TRANSPORTATION	利用日 DATE OF SERVICE	区間・経路・回数 SECTION/ROUTE/NUMBER OF TIMES	通貨 CURRENCY	金額 AMOUNT
				☐片道 SINGLE ☐往復 RETURN
				☐片道 SINGLE ☐往復 RETURN
				☐片道 SINGLE ☐往復 RETURN
合計 TOTAL				

◆タクシーの場合は、領収書を添付してください。 When you went by taxi, please submit the receipt.
◆自家用車の場合は、区間・経路と回数を記入してください（金額の記入は不要です）。 When you went by private car, please fill Section, Route and Number of times (You don't have to fill amount).

診断書 ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (医師の診断書)

保険金請求額が30万円を超える場合は、原則病院から発行された診断書またはこの診断書をお取り付けください。日本の病院の場合は病院所定の用紙をご利用ください。（受傷日もしくは発病日、初診日、療養名、全治期間の記載があるもの）

Patient's Name(患者氏名) (Last Name, First Name) (姓) (名)	Patient's Birthday(患者生年月日) Month(月) Day(日) Year(年) / Sex(性別) ☐M(男) ☐F(女)
Date when current illness(first symptom) appeared or injury (accident) occurred(発症日・受傷日) Month(月) Day(日) Year(年)	If patient has had same or similar prior illness, please give first date of manifestation.(既往症がある場合は、最初の発病日をご記入ください) Month(月) Day(日) Year(年)
Diagnosis or condition of illness or injury (診断名または症状)	
If patient is injured, please give place of accident. (傷害事故の場合、受傷場所をご記入ください)	

Date of services(治療または入院期間)

	Month(月) Day(日) Year(年)		Month(月) Day(日) Year(年)	
Home visit(s)(往診)	From	(から)	To	(まで) How many? Times(回)
Outpatient care(外来通院)	From	(から)	To	(まで) How many? Times(回)
Hospitalization(入院)	From	(から)	To	(まで)

Is there any possibility of physical or functional permanent disability due to the injury?(後遺障害が残っている可能性はありますか?)

Breakdown of medical expenses(治療実費の明細)

Consultation fee(診察費)	Laboratory tests(諸検査費)	Medication(医薬費)
Hospitalization(入院費)	Operation(手術費)	Other charges(その他治療費)
Total(合計)	Amount of received(領収金額)	

Date of final assessment(診断日) M(月)____ D(日)____ Y(年)____

☐1.Healed(治癒)
☐2.Treatment is continuing(継続中)
☐3.Referred(転院・転医)
☐4.Discontinued(中止)
☐Death(死亡)

Address(住所)

Phone number(電話番号) Fax number(FAX番号)

Date of preparation(作成日付) Month(月) Day(日) Year(年)

Signature(署名または記名捺印)of attending physician(担当医)

代理店受領日 査定受領日

P2

被保険者同意確認書

兼用 様式Ⅱ（2）【海旅・内旅・国内航空用】 本人確認票

To Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.
東京海上日動火災保険株式会社 宛

提出用（本人 → 在外公館→CLAIR → 保険会社）
（JET → Embassy or Consulate of Japan → CLAIR → Insurance Co.）

JET ACCIDENT INSURANCE
Insured's Confirmation of Agreement
（JET傷害保険 被保険者同意確認書）

Please Read the Following Directions Carefully Before Filling Out the Form.（下記の注意事項に従って記載してください。）

1.Stipulation of Beneficiary （受取人について）
Only a **parent, spouse, child, grandparent** or **sibling** of the participant may be specified as a beneficiary. Please fill out his/her address, name and your relationship with the beneficiary.（受取人には両親、配偶者、子供、祖父母、兄弟から指定をし、受取人の住所、氏名とあなたの関係（続柄）を記入してください。）

2.Language（記入言語について）
Please complete the form in Japanese or English.（日本語か英語で記入してください。）

3.Filling out this form（記入について）
Please use a non-erasable ballpoint pen if you fill it out by hand.（ボールペン（消えないもの）を使用して記入ください。）

4.To Make Corrections（訂正方法について）
Please make any corrections by crossing out incorrect information with two horizontal lines and signing beside the correction. The use of white-out is NOT permitted.
（訂正する場合は、二重線で抹消し、上にサインをしてください修正液の使用は不可です。）

5.Please complete all fields in bold-bordered boxes.（太枠内の全ての項目を記入してください。）

■Terms and conditions of the insurance （該当契約の内容）

Date of Submission 提出日	DAY / MONTH / YEAR ／ ／		
Applicant (Contractor) ご契約者	Council of Local Authorities for International Relations 一般財団法人 自治体国際化協会	Type of insurance 保険種類	Overseas Travel 海外旅行保険
		Policy Number 証券番号	
Period of insurance (Period for open contract) 保険期間（特約期間）	Including the extension of the period on the same terms and conditions.（同条件で保険期間が延長される場合も含みます。）		

Limit of indemnity per insured (※1) 保険金額（被保険者1名あたり）	Coverage（補償項目）	Limit of indemnity（保険金額）	Coverage（補償項目）	Limit of indemnity（保険金額）
	Injury death（傷害死亡）	20,000,000 Yen	Sickness death（疾病死亡）	6,000,000 Yen

Name of JET Participant JET参加者の名前		**JET Number** JET番号	

Beneficiary (Recipient of death benefits) 死亡保険金受取人

You can designate only one person. 受取人は1名のみ指定できます

Address ご住所	**Country** 国名		
Name お名前		**Relationship with the insured** (※1) 被保険者との関係	
E-Mail Address メールアドレス	@		
Telephone Number 電話番号	Country Code ＋		

Special clause for labor disaster indemnity provided by a corporation,etc. 企業等の災害補償規定等特約	☐ Yes ☑ No（※1）	Objects of agreement 同意の対象	☐ **All insurance contracts included in the present open contract.**（※2） 本包括契約で対象となる全契約に同意 ☑ **This insurance contract only** 本契約のみ同意	Agreement to renewal of the open contract【B2 form】 更新契約の同意【B2方式】	☑ **Yes**（Agreement to future renewal on the same terms and conditions）（※3） 有（同条件の更新契約も同意） ☐ **No**（Agreement to the present contract only） 無（本契約のみ同意）

※1 Please explain to your family about this insurance contract.（本契約の加入についてご家族にご説明ください。）
※2 Insurance contracts shall be those in which participation is made at the time of business trips on the same terms and conditions during the above period of insurance.（上記特約期間中の業務出張時に上記内容で加入される保険契約を対象とします。）
※3 The following contracts will be handled in the same way with the present contract:
・Renewal contracts continued on the same terms and conditions.
・Insurance contracts which are cancelled halfway through the period of insurance and take effect on the date of cancellation on the same terms and conditions as before, as well as their renewal contracts.
（以下の契約についても本契約と同様に取扱います：
・同条件で継続される更新契約 ・保険期間の途中で保険契約を解約し契約日を保険始期とする同条件の保険契約およびその更新契約）

I confirm my agreement to become the insured (※1) of the above-mentioned insurance contract.
（上記の保険契約の被保険者となることに同意します。）

Insured (JET Paticipant) 被保険者（JET参加者）

Signature by JET Participant (the insured (※1)) JET参加者（被保険者）のご署名	**Date of Birth** 生年月日	**Age**（※2）満年齢
Please sign here in handwriter.（必ずご署名下さい。）	DAY / MONTH / YEAR ／ ／	
Passport No パスポート番号	**Signature date** ご署名日	
	DAY / MONTH / YEAR ／ ／	

※1 The insured means person(s) insured under this contract.（「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。）
※2 Please enter your full age on the date of commencement or alteration (in cases of participation or the designation of the recipient halfway through the period of insurance.)（始期日もしくは変更日（中途加入、期中での受取人指定の場合）時点の満年齢をご記入ください。）

Official Use 代理店・社員記入欄

以下の確認欄に記載の方法により被保険者が本人であることを確認し、被保険者の死亡保険金受取人指定に関する同意の意思を確認しました。

本人確認方法 ☑ パスポート ☐ 健康保険証 ☐ その他（書類名 ）

確認書類の番号
（ 上記番号について確認した ）

確認者	社員

2023年3月作成

被保険者同意確認書（記入例） 別紙4

兼用 様式Ⅱ(2)【海旅・内旅・国内航空用】 本人確認票

To Tokio Marine & Nichido Fire Insurance Co., Ltd.
東京海上日動火災保険株式会社 宛

提出用（本人 → 在外公館→CLAIR → 保険会社）
（JET → Embassy or Consulate of Japan → CLAIR → Insurance Co.）

JET ACCIDENT INSURANCE
Insured's Confirmation of Agreement
（JET傷害保険 被保険者同意確認書）

Please Read the Following Directions Carefully Before Filling Out the Form.（下記の注意事項に従って記載してください。）

1.Stipulation of Beneficiary（受取人について）
Only a **parent**, **spouse**, **child**, **grandparent** or **sibling** of the participant may be specified as a beneficiary. Please fill out his/her address , name and your relationship with the beneficiary.（受取人には両親、配偶者、子供、祖父母、兄弟から指定をし、受取人の住所、氏名とあなたの関係(続柄)を記入してください。）

2.Language（記入言語について）
Please complete the form in Japanese or English.（日本語か英語で記入してください。）

3.Filling out this form（記入について）
Please use a non-erasable ballpoint pen if you fill it out by hand.（ボールペン(消えないもの)を使用して記入ください。）

4.To Make Corrections（訂正方法について）
Please make any corrections by crossing out incorrect information with two horizontal lines and signing beside the correction or stamping your personal seal over the mistake. The use of white-out is NOT permitted.（訂正する場合は、二重線で抹消し、上にサインまたは捺印をしてください修正液の使用は不可です。）

5.Please complete all fields in bold-bordered boxes.（太枠内の全ての項目を記入してください。）

■Terms and conditions of the insurance（該当契約の内容）

Date of Submission 提出日	DAY / MONTH / YEAR
	1 / August / 2021

Applicant (Contractor) ご契約者	Council of Local Authorities for International Relations 一般財団法人 自治体国際化協会	Type of insurance 保険種類	Overseas Travel 海外旅行保険
		Policy Number 証券番号	
Period of insurance(Period for open contract) 保険期間(特約期間)	Including the extension of the period on the same terms and conditions.(同条件で保険期間が延長される場合も含みます。)		

Limit of indemnity per insured (※1) 保険金額(被保険者1名あたり)	Coverage (補償項目)	Limit of indemnity (保険金額)	Coverage (補償項目)	Limit of indemnity (保険金額)
	Injury death (傷害死亡)	20,000,000 Yen	Sickness death (疾病死亡)	6,000,000 Yen

Name of JET Participant JET参加者の名前	Key Sugawara	**JET Number** JET番号	20210123456	
Beneficiary (Recipient of death benefits) 死亡保険金受取人	**Country** 国名	USA	★If the contents of the yellow box are incorrect, it is necessary to cross out the incorrect information and sign one's name next to it (黄色欄の記載を誤った場合、二重線での抹消とサインが必要です。)	
	Address ご住所	765 Figuero Street, Suite 4800, Los Angeles, California 90017		
	Name お名前	John Sugawara	**Relationship with the insured** (※1) 被保険者との関係	Father ~~Mother~~ KS
	E-Mail Address メールアドレス	john.sugawara @ abc.co.jp		
	Telephone Number 電話番号	Country Code 1	+ 123-456-7890	

You can designate only one person.
受取人は1名のみ指定できます

Special clause for labor disaster indemnity provided by a corporation,etc. 企業等の災害補償規定等特約		Objects of agreement 同意の対象		Agreement to renewal of the open contract 【B2 form】 更新契約の同意【B2方式】	
	☐ Yes		☐ **All insurance contracts included in the present open contract.**(※2) 本包括契約で対象となる全契約に同意		☑ **Yes** (Agreement to future renewal on the same terms and conditions) (※3) 有(同条件の更新契約も同意)
	☑ No (※1)		☑ **This insurance contract only** 本契約のみ同意		☐ **No**(Agreement to the present contract only) 無(本契約のみ同意)

※1 Please explain to your family about this insurance contract.(本契約の加入についてご家族にご説明ください。)

※2 Insurance contracts shall be those in which participation is made at the time of business trips on the same terms and conditions during the above period of insurance.（上記特約期間中の業務出張時に上記内容で加入される保険契約を対象とします。）

※3 The following contracts will be handled in the same way with the present contract:
・Renewal contracts continued on the same terms and conditions.
・Insurance contracts which are cancelled halfway through the period of insurance and take effect on the date of cancellation on the same terms and conditions as before, as well as their renewal contracts.
(以下の契約についても本契約と同様に取扱います:
・同条件で継続される更新契約 ・保険期間の途中で保険契約を解約し契約日を保険始期とする同条件の保険契約およびその更新契約)

I confirm my agreement to become the insured (※1) of the above-mentioned insurance contract.
（上記の保険契約の被保険者となることに同意します。）

Insured (JET Paticipant) 被保険者(JET参加者)	**Signature by JET Participant (the insured** (※1)) JET参加者(被保険者)のご署名	**Date of Birth** 生年月日	**Age** (※2) 満年齢
	KS	DAY / MONTH / YEAR 28 / July / 1991	29
	Passport No パスポート番号	**Signature date** ご署名日	
	AB1234567	DAY / MONTH / YEAR 1 / August / 2021	

※1 The insured means person(s) insured under this contract.(「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。)

※2 Please enter your full age on the date of commencement or alteration (in cases of participation or the designation of the recipient halfway through the period of insurance.)（始期日もしくは変更日(中途加入、期中での受取人指定の場合)時点の満年齢をご記入ください。）

Official Use 代理店・社員記入欄

以下の確認欄に記載の方法により被保険者が本人であることを確認し、被保険者の死亡保険金受取人指定に関する同意の意思を確認しました。

本人確認方法 ☑ パスポート ☐ 健康保険証 ☐ その他(書類名)

確認書類の番号
(上記番号について確認した)

確認者	社員

2023年3月作成

別 紙５

緊 急 速 報

※本様式送付時の送り状は不要です。

＜様式 5-2-①　緊急速報＞

自治体国際化協会　研修・カウンセリング課　行
E-mail:jetprogramme@tmnf.jp　東京海上日動火災保険　広域法人部　法人第一課　行

緊急速報

年　　月　　日（　）

任用団体名 （部署名）		電話		
		FAX		
		担当		
JET プログラム 参加者氏名			国　籍	
			性　別	男　・　女
			推薦公館名	
JET 番号		職種	CIR　・　ALT　・　SEA	
パスポート NO.		在留カード番号		
配属先	配属先名			
	所在地			
	電話/FAX			
JET プログラム 参加者の住所・電話				
母国連絡先（氏名、住所、電話、続柄）				
1．事件・事故等の概要 2．当面の措置状況 3．今後の対処事項 4．その他				
送信者（取りまとめ団体名） 都道府県　（市）　部　　課 TEL　　担当者名				

海外旅行保険普通保険約款

約款はHPに掲載しております（以下リンク参照）。

https://www.tokiomarine-nichido.co.jp/service/pdf/overseas_yakkan_240401.pdf

引受幹事会社

東京海上日動火災保険株式会社

広域法人部　法人第一課

〒102-8014　東京都千代田区三番町6-4

TEL.03-3515-4147