兼用

提出用(本人 → 在外公館→CLAIR → 保険会社) ( JET  $\rightarrow$  Embassy or Consulate of Japan  $\rightarrow$  CLAIR  $\rightarrow$  Insurance Co. ) 保険会社には必ず原本を提出してください。(必要に応じてコピーを取り、手控えとしてください。)

# JET ACCIDENT INSURANCE Insured's Confirmation of Agreement

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

#### 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.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 Date of Submission 提出日 / 2018 ■Terms and conditions of the insurance (該当契約の內容) Type of insurance Overseas Travel **Applicant** 海外旅行保険 保険種類 Council of Local Authorities for International Relations (Contractor) 一般財団法人 自治体国際化協会 Policy Number ご契約者 証券番号 Period of Including the extension of the period on the same terms insurance (Period and conditions. (同条件で保険期間が延長される場合も含 for open contract) 保険 期間(特約期間) Coverage (補償項目) Limit of indemnity Limit of indemnity (保険金額) Coverage (補償項目) Limit of indemnity (保険金額) per insured (X1) 6,000,000 20,000,000 Sickness death (疾病死亡) 保険金額 Injury death (傷害死亡) Yen Yen (被保険者1名あたり) Name of JET JET **Participant** Number JET参加者の名前 JET番号 Address Beneficiary Relationship with the (Recipient of Name insured (※1) death benefits) 死亡保険金受取人 Special clause for labor disaster Yes indemnity provided by a Please explain to your family about this insurance contract. corporation,etc. (本契約の加入についてご家族にご説明ください。)  $\mathbf{X}$ No You can 企業等の災害補償規定等特約 Insurance contracts shall be those in which participation is made at the time of business designate All insurance contracts included in the trips on the same terms and conditions during the above period of insurance. (上記特約 present open contract. only 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。) 本包括契約で対象となる全契約に同意 Objects of agreement one person. 同意の対象 This insurance contract only X The following contracts will be handled in the same way with the present contract: 本契約のみ同意 • Renewal contracts continued on the same terms and conditions. 受取人は1名のみ Yes (Agreement to future renewal on the Agreement to renewal Insurance contracts which are cancelled halfway through the period of insurance and take same terms and conditions) effect on the date of cancellation on the same terms and conditions as before, as well as of the open contract 有(同条件の更新契約も同意) their renewal contracts. [B2 form] (以下の契約についても本契約と同様に取扱います。 **No** (Agreement to the present contract 更新契約の同意【B2方式】 ・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 only)無(本契約のみ同意) 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。) Signature and seal by the insured (※1) (Official Use) Please fill in.(必ずご記入下さい。) 代理店•社員記入欄 本人確認方法 Stamping is unnecessary ☑ パスポート □ 運転免許証 □ 健康保険証 □ 住民基本台帳カード □ 公務員共済組合員証 □ 戦傷病者手帳·身体障害者手帳等各種福祉手帳 Passport No パスポート番号 Date of Birth 生年月日 確認書類の番号 ( 左記番号について確認した Signature date ご署名日 / 2018

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

代理店•社員記入欄

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。

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。)

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。)

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.) 保険会社には必ず原本を提出してください。(必要に応じてコピーを取り、手控えとしてください。)

## JET ACCIDENT INSURANCE Insured's Confirmation of Agreement

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.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。) 4.Please complete all fields.(全ての項目を記入してください。)

			Date	of Submission 提出日	August	/	1 /	20	018
■Terms ar	nd conditions of t	the insurance 😘	当契約の内容)						
Applicant (Contractor)	Council of Local Authorities for International Relations				Type of insura 保険種類	ince	Overseas Travel 海外旅行保険		
ご契約者	一般財団法人 自治体国際化協会					Policy Number 証券番号			к>>
Period of insurance (Period for open contract) 保険 期間(特約期間)	《 <b>LEAVE BLANK》</b> Including the extension of the period on the same terms and conditions. This period of insurance is for the Applicant (CLAIR), and therefore may dift coverage for each JET participant. (前年同条件で保険期間が延長される								:でも契
Limit of indemnity	Coverage (補償項目)	Limit of indemnit	Limit of indemnity (保険金額)		賞項目)	Limit	imit of indemnity (保険金額)		
per insured (※1) 保険金額 (被保険者1名あたり)	Injury death (傷害死亡)	20,000,000	Yen	Sickness death (	疾病死亡)	6,000,000 Yen			
Name of JET Participant <sub>JET参加者</sub> の名前	Key Sugawara JET Number 20180123456								
	Address 765 Figuero Street, Suite 4800, Los Angeles, California 90017, USA						7, USA		
Beneficiary (Recipient of death benefits) 死亡保険金受取人	Name お名前	Daddy S	ugawar	<i>ra</i> ins	nship with the sured (※1) 険者との関係		Fath	ier	
	Special clause for labor disaster indemnity provided by a	☐ Yes							
You can	corporation,etc. 企業等の災害補償規定等特約	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ぐださい。)							
designate only one person.	Objects of agreement 同意の対象	▼ Yes (Agreement to future renewal on the short and s			contracts shall be those in which participation is made at the time of business to same terms and conditions during the above period of insurance. (上記特勢業份出課所に上記內容で加入される保険契約を対象とします。)  wing contracts will be handled in the same way with the present contract: contracts outlined on the same terms and conditions.  e contracts which are cancelled halfway through the period of insurance and take the date of cancellation on the same terms and conditions as before, as well as				
受取人は1名のみ 指定できます	Agreement to renewal								
	of the open contract 【B2 form】 更新契約の同意[B2方式]	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)		their renewal contracts.					
	I confirm my agreemer	(上記の保険契約のぞ 			ed insurance o	ontra	ct.		
	gnature and seal by the insured (※ 被保険者のご署名・ご捺印		Official Use )						
Please fill in.(必ずご記入下	Keu Suaawar	Stamping is unnecessary. 排印不要	代理店	•社員記入欄	人確認方法				
	Passport No パスポート音号 <i>AB1234567</i>		<ul><li>✓ パスポート</li><li>□ 公務員共済</li><li>□ 年金手帳</li></ul>	・ □ 運転免許証 □ 斉組合員証 □ 戦傷病者 □ その他(書類名			基本台帳力- 各種福祉手 )		
Date o	of Birth 生年月日	<b>Age</b> (※2)満年齢		<b>+</b>					-
<b>Tuly /29 / 1988</b> 30 確認書類の番号 ( 左記番号について確認した )							;		
_	Signature date ご署名日	į.							
*	uly /31 /2018	, /FJ+ max + · · ·	/B #A - 11 / 2	. <del> </del>					
	eans person(s) insured under the our full age on the date of comm				of the recipient half	way thr	ough the p	eriod of	

※2 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。)

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。

■傩訟名							
	代理店名(課支社名)	広域法人部 法人第1課					
	確認者氏名	印 確認日 平成 年 月 日					