

t@bihoたびほ

(リスク細分型特定手続用海外旅行保険)

ご契約内容について

西谷 美和 様

平素より弊社t@bihoたびほをご利用いただき、まことにありがとうございます。

この書面は、発行日(2026/05/30)時点の最新のご契約内容をご案内しています。

ご契約内容の変更を行った場合、該当項目の変更を反映したご契約内容になっておりますので、内容をご確認のうえ、ご不明な点等ございましたらマイページからお問合わせください。



ジェイアイ傷害火災保険株式会社  
JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd.

取扱代理店(HM-002-0000)  
ジェイアイ傷害火災保険直扱

連絡先：webmaster@tabiho.jp

|            |                            |                                   |
|------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 契約証番号      | CERTIFICATE NO.            | TB08791633                        |
| 原保険期間      | ORIGINAL POLICY PERIOD     | FROM 2026/06/02 TO 2026/06/06 5D  |
| 最新保険期間(注1) | POLICY PERIOD              | FROM 2026/06/02 TO 2026/06/06 5D  |
| 保険契約者      | POLICY HOLDER              | 西谷 美和<br>NISHITANI MIWA           |
| 電話番号       | TEL NO.                    | 090-9250-0212                     |
| ご住所        | ADDRESS                    | 〒 432-8002<br>静岡県浜松市中央区富塚町932-3-3 |
| 被保険者       | INSURED<br>(保険の対象となる方)     | 西谷 美和<br>NISHITANI MIWA           |
| 生年月日(注2)☆  | DATE OF BIRTH (YYYY/MM/DD) | 1976/01/18                        |
| 性別         | SEX                        | 女 FEMALE                          |
| 旅行目的       | PURPOSE OF TRIP            | 商用                                |
| 旅行先(目的地)★  | DESTINATION                | 台湾                                |

|                         |                  |
|-------------------------|------------------|
| 発行日<br>DATE OF ISSUE    | 2026/05/30       |
| 契約日<br>DATE OF CONTRACT | 2026/05/26 23:58 |

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| 被保険者数<br>NO. OF INSURED      | 1                 |
| 運動割増<br>SPORT A.P.           | なし<br>NOT APPLIED |
| 職業割増★<br>OCCUPATION A.P.     | なし<br>NOT APPLIED |
| 合計保険料 (一時払)<br>TOTAL PREMIUM | ¥2,910            |

合計保険料には、契約内容変更にかかる追加・返還保険料を含みます。

- ・☆が付された事項についてご注意のうえ契約内容をご確認ください。
- ・★が付された事項に変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください(通知義務)。ご連絡がない場合は、保険金を削減してお支払することがあります。なお、変更内容によっては、ご契約を解除させていただくことがありますので、特にご注意ください。
- ・(注1)発行日時点での最新の保険期間を表示しています。
- ・(注2)保険期間の初日における実際の年齢が当社の定める契約年齢の範囲外であった場合には、保険契約が無効になる場合がありますのでご注意ください。
- ・別に指定した場合を除き、死亡保険金受取人は各被保険者の法定相続人となります。

| 補償項目                  | COVERAGE                  | 保険金額(ご契約金額)*<br>LIMITS OF LIABILITY* | 適用特約等                               |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 治療・救援費用               | Medical & Rescuer's Exp.  | ***10,000*                           | ■ 保険契約の締結に関する特約                     |
| 緊急歯科治療費用 (自己負担50%) ** | Dental Expenses**         | *****100*                            | ■ 保険料の払込みに関する特約(リスク細分型特定手続用海外旅行保険用) |
| 個人賠償責任                | Personal Liability        | **100,000*                           | ■ 保険証券の発行に関する特約                     |
| 携行品損害                 | Baggage                   | *****300*                            | ■ 保険期間延長の追加保険料支払に関する特約              |
| 航空機寄託手荷物遅延 (定額払型)     | Baggage Delay             | *****10*                             |                                     |
| テロ等対応保険金 (日額)         | Terrorism Incident Exp.   | *****10*                             |                                     |
| 弁護士費用等                | Legal Expenses            | ****1,000*                           |                                     |
| 傷害死亡                  | Accident Death            | ***10,000*                           |                                     |
| 傷害後遺障害                | Accident Disability       | ***10,000*                           |                                     |
| 疾病死亡                  | Sickness Death            | ***10,000*                           |                                     |
| 旅行キャンセル費用 (拡大型)       | Trip Cancellation Exp.    | *****100*                            |                                     |
| 旅行中断費用                | Trip Discontinuation Exp. | *****100*                            |                                     |

(\*)単位:千円 UNIT: ¥1,000

( \* \* ) 縮小割合50% REDUCED INDEMNITY 50%

番号は、記載されている国の国内フリーダイヤルとなります（日本の0120～）ので、番号をそのままダイヤルしてください。

※ホテルなどでは、外線の番号を押す場合もあります。

ご連絡の際には、以下の「電話の掛け方、並びに注意事項等」をご確認ください。

#### ■電話の掛け方

##### ①フリーダイヤル

記載の番号は各国内のフリーダイヤルとなりますので、番号をそのままダイヤルしてください。

（ホテルなどでは外線発信番号が必要な場合があります）

##### \* 注意事項

- ・各国の通信事情等により、ご利用できない場合があります。（例：携帯電話からの通話など）
- ・該当国以外からのご利用はできません。（例：アイルランドからイギリスの番号に掛ける場合など）
- ・ホテルや携帯電話からご利用の場合は、サービス料等が課金される場合があります。

##### ②一般ダイヤル（有料）

フリーダイヤルがご利用頂けない場合は、一般ダイヤルをご利用ください。

##### ■携帯電話からお掛けの場合の注意事項

- ・発信に加え、着信料金が掛かる場合があります。
  - ・電話の掛け方や通話料等の詳細は、ご加入の携帯電話会社にご確認ください。
- t@bihoサポートラインからお掛け直することも可能ですので、ご希望の場合はその旨お伝えください。

| 地区               | 国・地域名         | フリーダイヤル番号        | 一般ダイヤル(有料)                                                                           |
|------------------|---------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| アジア・オセアニア・ミクロネシア | 中国            | 4001-206265      | フリーダイヤルがご利用いただけない場合や左記の国以外からご連絡する場合は、以下にご連絡ください。<br>国際電話識別番号<br>+【国番号81】-3-6369-8614 |
|                  | 香港            | 800-96-0874      |                                                                                      |
|                  | マカオ           | 00-800-80007878  |                                                                                      |
|                  | シンガポール        | 800-8110-808     |                                                                                      |
|                  | マレーシア         | 1-800-81-7828    |                                                                                      |
|                  | タイ            | 001-800-81-10544 |                                                                                      |
|                  | 韓国            | 00798-81-1-0801  |                                                                                      |
|                  | 台湾            | 00801-81-2752    |                                                                                      |
|                  | ベトナム          | 120-81-028       |                                                                                      |
|                  | インドネシア        | 007803-81-1-0019 |                                                                                      |
|                  | フィリピン         | 1-800-1-8110196  |                                                                                      |
|                  | インド           | -                |                                                                                      |
|                  | オーストラリア       | 1-800-650-352    |                                                                                      |
|                  | ニュージーランド      | 0800-88-0527     |                                                                                      |
| 北・中南米            | アメリカ合衆国（含ハワイ） | 1-844-328-0202   | フリーダイヤルがご利用いただけない場合や左記の国以外からご連絡する場合は、以下にご連絡ください。<br>国際電話識別番号<br>+【国番号81】-3-6369-8614 |
|                  | カナダ           | 1-844-422-4924   |                                                                                      |
|                  | メキシコ          | 01-800-123-7043  |                                                                                      |
|                  | ブラジル          | 0800-761-6015    |                                                                                      |
|                  | アルゼンチン        | 0800-444-1073    |                                                                                      |
| ヨーロッパ・アフリカ・中東    | イギリス          | 0808-23-42163    | フリーダイヤルがご利用いただけない場合や左記の国以外からご連絡する場合は、以下にご連絡ください。<br>国際電話識別番号<br>+【国番号81】-3-6369-8614 |
|                  | フランス          | 0800-90-1794     |                                                                                      |
|                  | イタリア          | 800-8-99053      |                                                                                      |
|                  | ドイツ           | 0800-0-82-6643   |                                                                                      |
|                  | スイス           | 0800-55-2744     |                                                                                      |
|                  | オーストリア        | 0800-298306      |                                                                                      |
|                  | スペイン          | 00-800-80007878  |                                                                                      |
|                  | ギリシャ          | 00-800-8113-0125 |                                                                                      |
|                  | オランダ          | 00-800-80007878  |                                                                                      |
|                  | ポルトガル         | 800-8-81-115     |                                                                                      |
|                  | ベルギー          | 0800-7-2782      |                                                                                      |
|                  | デンマーク         | 8025-3163        |                                                                                      |
|                  | ノルウェー         | -                |                                                                                      |
|                  | スウェーデン        | 020-793-131      |                                                                                      |
|                  | フィンランド        | 0800-9-176-92    |                                                                                      |
|                  | チェコ           | 800-143-956      |                                                                                      |
|                  | ハンガリー         | 06-800-21068     |                                                                                      |
|                  | ロシア           | 8-800-301-7107   |                                                                                      |
|                  | エジプト          | 0800-0009-079    |                                                                                      |
|                  | 南アフリカ         | 0800-98-1700     |                                                                                      |
|                  | UAE           | 800-081-0-0132   |                                                                                      |

### 日本国内での事故ご連絡先

事故のご連絡は、インターネットからお手続きください。

※インターネットで事故報告がご利用いただけないお客様は下記までご連絡をお願いいたします。

t@biho サポートライン  
たびほ

フリーダイヤル

0120-75-3157

一般

03-6369-8614

ご契約についてのお問合せはトップページの「お問合せ」からメールでご連絡ください。

## 海外旅行保険 保険金ご請求のご案内（リスク細分型特定手続用海外旅行保険）

この度は、弊社の海外旅行保険をご利用いただき厚く御礼申し上げます。

保険金のご請求にあたり、必要な書類は下記のとおりです。お手数ではございますが、「Web 保険金請求」ページより画像のアップロード、または郵送にてご提出ください。なお、ご請求いただきました後、追加書類をお願いする場合もございますので、予めご了承ください。

|                    |                                                                                                                   |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Web 保険金請求<br>書類送付先 | https://jiattend.jp/attend/do/hokenkinseikyusStart<br>〒330-9890 さいたま新都心郵便局私書箱 70 号 ジェイアイ傷害火災保険株式会社 保険金請求書類受付センター宛 |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 保険補償項目                                                   | ご提出をお願いする書類              |             |           |                      |                    |                     |                                            |                 |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------|----------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------------------|-----------------|
| ご請求される保険金の種類<br>※保険金請求書の<br>1～4 の欄<br>および下記番号の欄をご記入ください。 | 海外旅行保険<br>保険金請求書<br>(本書) | 事故証明書<br>注1 | 医師の診断書    | 負担した費用の<br>明細書および領収書 | 損害品の修理見積書<br>および写真 | 購入時の価格・<br>購入先を示す書類 | パスポートのコピー<br>(写真のページと日本<br>出入国スタンプ欄)<br>注4 | その他弊社が求める<br>書類 |
| 治療費用（傷害） 5 12                                            | ○                        | ○           | ○         | ○                    |                    |                     |                                            | ○               |
| 治療費用（疾病） 5 12                                            | ○                        |             | ○<br>注3   | ○                    |                    |                     | ○                                          | ○               |
| 救援者費用 5 11 12                                            | ○                        | ○           | ○         | ○                    |                    |                     |                                            | ○               |
| 携行品損害 6                                                  | ○                        | ○           |           | ○                    | ○<br>(破損)          | ○                   |                                            | ○               |
| 生活用動産損害 6                                                | ○                        | ○           |           | ○                    | ○<br>(破損)          | ○                   |                                            | ○               |
| 個人賠償責任 7                                                 | ○                        | ○           | ○<br>(対人) | ○                    | ○<br>(対物)          | ○<br>(対物)           |                                            | ○               |
| 航空機寄託手荷物遅延費用 9 11                                        | ○                        | ○           |           | ○                    |                    |                     |                                            | ○               |
| 航空機遅延費用 8 11                                             | ○                        | ○           |           | ○                    |                    |                     |                                            | ○               |
| 弁護士費用等（被害事故） 11                                          | ○                        | ○           |           | ○                    |                    |                     |                                            | ○               |
| テロ等対応 10 11                                              | ○                        | ○<br>注2     |           | ○                    |                    |                     | ○                                          | ○               |
| ペット預入延長 10 11                                            | ○                        | ○           |           | ○                    |                    |                     | ○                                          | ○               |
| 旅行キャンセル費用 10 11                                          | ○                        | ○           | ○         | ○                    |                    |                     |                                            | ○               |
| 旅行中断費用 10 11                                             | ○                        | ○           | ○         | ○                    |                    |                     | ○                                          | ○               |
| 緊急一時帰国費用 10 11                                           | ○                        | ○           | ○         | ○                    |                    |                     | ○                                          | ○               |

保険補償項目の主な支払項目については、以下のページよりご確認ください。

<https://tabiho.jp/overseas/agreement/index.html>

注1 公的機関、交通機関、宿泊機関、医療機関、旅行会社、添乗員等による事故証明をいいますが、やむを得ず入手できない場合には、保険金請求書4にご記入ください。

注2 公的機関または交通機関の事故証明に限りです。

注3 ・治療費用（疾病）のご請求の場合：海外旅行開始後に病気にかかり、旅行行程終了後 72 時間を経過するまでに医師の治療を開始したことを併せて証明してあるもの  
・治療費用（疾病）のご請求の場合：海外旅行開始後に特定の感染症に分類される病気にかかり、旅行行程終了後 30 日間を経過するまでに医師の治療を開始したことを併せて証明してあるもの  
・責任開始前疾病をご請求の場合：海外旅行開始前に病気にかかり、海外旅行開始前に医師の治療を開始していたことを併せて証明してあるものおよび海外旅行中にその症状が急激に悪化し、海外旅行中に医師の治療を開始したことを併せて証明してあるもの

注4 自動化ゲート等をご利用でスタンプの押印が無い場合は、e チケットや旅行日程表等の日本の出入国日が確認できる書類をお願いします。

海外旅行保険 保険金請求書（リスク細分型特定手続用海外旅行保険）

OVERSEAS TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM FOR SPECIFIC PROCEDURE

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 宛 TO:JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd.

AUTHORIZATION

同意事項

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

I hereby make a claim for insurance benefits, by confirming the accuracy of the contents hereof and also by agreeing to the matters mentioned below, after appending my signature thereto.

A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

1. 医療情報の提供および事故調査に関する同意 AUTHORIZATION FOR PROVISION OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION ON THE CASE  
被保険者を診療または治療したすべての病院、医師、および関係者、または本件事故に関係する諸機関および関係者が、貴社またはその指名する者に、被保険者に関係するすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承諾します。  
I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, or any government authority or other person who is related to the accident, to furnish JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd. or its authorized representative with any and all information or documents with respect to any sickness, injury or accident that relates to this case.

2. 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、共済契約など名称を問わず、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、クレジットカードに付帯された海外旅行保険を含みます。本書面では同様とします。）から、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を受けた場合には、その超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します。  
※他の保険契約等がある場合、弊社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、弊社の負担部分を超える額を求償いたします。

3. 〈個人情報の取扱い〉  
本件事故に関して、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、国内・海外の業務委託先、調査先等へ提供することに同意します。また、他の保険契約等がある場合、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ために必要な情報（支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報）を提供すること、もしくは、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、もしくは、貴社から提供を受け、利用することに同意します。

1 保険金請求者・被保険者

|          |      |                                    |      |        |       |
|----------|------|------------------------------------|------|--------|-------|
| 請求日（記入日） | 年    | 月                                  | 日    | 契約証番号  |       |
| 保険金請求者   | 住所   | 〒 -                                |      |        |       |
|          | フリガナ |                                    |      | E-mail |       |
|          | 署名   | 様                                  | 電話番号 | 携帯電話   | - -   |
|          |      |                                    | ご自宅  | - -    |       |
|          |      | FAX                                |      | - -    |       |
| 被保険者     | フリガナ |                                    |      |        |       |
|          | 氏名   | <input type="checkbox"/> 保険金請求者と同じ |      | 生年月日   | 年 月 日 |

2 保険金支払指図欄 ※ 該当の□にチェックしてください。

☐ 下記口座へ振込希望

|      |                                                                                        |                                                                                                                          |      |                                                            |        |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------|--------|
| 金融機関 | (ゆうちょ銀行以外)                                                                             | <input type="checkbox"/> 銀行<br><input type="checkbox"/> 信金<br><input type="checkbox"/> 信組<br><input type="checkbox"/> 農協 | 店名   | <input type="checkbox"/> 支店<br><input type="checkbox"/> 支所 | ゆうちょ銀行 |
|      |                                                                                        |                                                                                                                          | 店番号  |                                                            | 通帳記号   |
|      | <input type="checkbox"/> 普通・総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 |                                                                                                                          | 口座番号 |                                                            | 通帳番号   |
|      | 口座名義（カナ）                                                                               |                                                                                                                          |      |                                                            |        |

☐ 弊社が提携する修理業者へ支払希望  
☐ 弊社が提携する医療機関へ支払希望  
☐ ( ) へ振込希望  
☐ その他希望 ( )

3 他の保険契約等

※ 同一の事故で保険金等が支払われる他の保険契約等、海外旅行保険が付帯されているクレジットカードがありましたら必ずご記入ください。  
※ 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、パスポートコピー（写真のページと日本出入国スタンプ欄）もあわせてご提出ください。

|                   |                                                          |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |                                                                   |
|-------------------|----------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------|
| 他の保険契約等           | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 | 保険会社名     | 証券番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 保険金請求         | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有          |
| 海外旅行保険付帯のクレジットカード | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 | クレジットカード名 | <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> アメックス <input type="checkbox"/> オリコ<br><input type="checkbox"/> セゾン <input type="checkbox"/> 三井住友 VISA <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> ANA<br><input type="checkbox"/> JTB 旅カード <input type="checkbox"/> 楽天 <input type="checkbox"/> 他 ( ) | 旅行代金を支払ったカード名 | 保険金請求<br><input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 |

4 事故の状況

※ 第三者証明欄は親族以外の第三者に記入を依頼してください。公的機関や添乗員等の証明書がある場合、記入は不要です。

|                                 |                       |          |             |
|---------------------------------|-----------------------|----------|-------------|
| 事故が発生した、またはご病気が発症した日時           | 年 月 日 時頃              | 発生場所     | 国名： 場所（都市）： |
| 事故の状況<br>ご病気の内容                 |                       |          |             |
| 盗難・火災等の場合、<br>届出警察署（官公署）        | 届出番号                  |          |             |
| 第三者証明欄<br>(ご病気の請求の際は<br>記入不要です) | 上記の通り事故を確認しました。<br>署名 | 電話番号     | - -         |
|                                 |                       | 被保険者との関係 |             |

## 5 おケガ／ご病気

|                                                                                    |                                                                         |              |               |                     |                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|---------------------|-------------------------------------------------------|
| 傷病名                                                                                |                                                                         |              | (おケガの場合) 受傷部位 |                     |                                                       |
| 初診日                                                                                | 年                                                                       | 月            | 日             | キャッシュレスメディカルサービスの利用 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 入院                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) |              |               |                     |                                                       |
| (ご病気の場合) 今回と同症状の過去の治療歴                                                             | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) |              |               |                     |                                                       |
| (有の場合) <input type="checkbox"/> 治療していた ( 年 月 日頃 ) <input type="checkbox"/> 治療していない |                                                                         |              |               |                     |                                                       |
| 費用項目                                                                               | 入院日(費用発生日)                                                              |              | 合計金額(通貨)      |                     | 領収書枚数                                                 |
| 治療費・入院費                                                                            |                                                                         |              |               |                     | 枚                                                     |
| 処方薬等購入費                                                                            |                                                                         |              |               |                     | 枚                                                     |
| 弊社提出用診断書代                                                                          |                                                                         |              |               |                     | 枚                                                     |
| (入院時) 国際電話料など通信費                                                                   |                                                                         |              |               |                     | 枚                                                     |
| (入院時) 入院に必要な身の回り品                                                                  |                                                                         |              |               |                     | 枚                                                     |
|                                                                                    |                                                                         |              |               |                     | 枚                                                     |
| 入院のための交通費                                                                          | 公共交通機関                                                                  |              |               | 枚                   |                                                       |
|                                                                                    | 自家用車                                                                    | 片道 km × 日 利用 |               |                     |                                                       |

※記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙に同じ要領でご記入のうえご提出ください。

## 6 携行品損害／生活用動産損害

| 損害品目 | メーカー名・型式・品番等 | 購入年月日 | 購入金額 | 購入時の領収書                                               | 修理金額(破損の場合) |
|------|--------------|-------|------|-------------------------------------------------------|-------------|
|      |              | 年 月 日 |      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |             |
|      |              | 年 月 日 |      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |             |
|      |              | 年 月 日 |      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |             |
|      |              | 年 月 日 |      | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |             |

※記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙に同じ要領でご記入のうえご提出ください。

## 7 個人賠償責任

|                   |                                                          |  |              |                                                       |                                                       |
|-------------------|----------------------------------------------------------|--|--------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| ●第三者への賠償(対物賠償)の場合 |                                                          |  |              |                                                       |                                                       |
| 損害品               |                                                          |  | 所有者名         |                                                       |                                                       |
| ●第三者への賠償(対人賠償)の場合 |                                                          |  |              |                                                       |                                                       |
| 被害者氏名             |                                                          |  | 被害者ご連絡先      | - -                                                   |                                                       |
| おケガの状況            |                                                          |  | 入院有無         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |                                                       |
| 費用項目              | 支払状況                                                     |  | (支払済の場合) 支払日 | 支払金額                                                  | 確認資料※                                                 |
| 賠償費用              | <input type="checkbox"/> 未払 <input type="checkbox"/> 支払済 |  | 年 月 日        |                                                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

※ 確認資料：領収書、事故証明書、示談書など

## 8 航空機の遅延、欠航等 ※ ご負担された費用は11番の欄にご記入ください。

|       |        |                                                       |        |      |                                  |
|-------|--------|-------------------------------------------------------|--------|------|----------------------------------|
| 事故原因  |        |                                                       |        |      |                                  |
| 搭乗予定便 | 便名     |                                                       | 実際の搭乗便 | 便名   |                                  |
|       | 出発空港   |                                                       |        | 出発空港 | <input type="checkbox"/> 当初の予定通り |
|       | 到着空港   |                                                       |        | 到着空港 | <input type="checkbox"/> 当初の予定通り |
|       | 出発予定時間 | 年 月 日 時 分                                             |        | 出発時間 | 年 月 日 時 分                        |
|       | 到着予定時間 | 年 月 日 時 分                                             |        | 到着時間 | 年 月 日 時 分                        |
| 乗継遅延  |        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |        |      |                                  |
| 乗継予定便 | 便名     |                                                       | 実際の乗継便 | 便名   |                                  |
|       | 出発空港   |                                                       |        | 出発空港 | <input type="checkbox"/> 当初の予定通り |
|       | 出発予定時間 | 年 月 日 時 分                                             |        | 出発時間 | 年 月 日 時 分                        |

## 9 航空機寄託手荷物の遅延 ※ ご負担された費用は11番の欄にご記入ください。

|      |           |        |            |
|------|-----------|--------|------------|
| 搭乗便  |           | 到着空港   |            |
| 到着日時 | 年 月 日 時 分 | 荷物受取日時 | 年 月 日 時 分頃 |

# 10 旅行キャンセル費用／旅行中断費用／テロ等対応／ペット預入延長／緊急一時帰国費用

|                   |                                                               |                         |       |
|-------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|-------|
| 予定していた旅行日程        | 年 月 日 ～ 年 月 日                                                 | 理由発生日                   | 年 月 日 |
| ●旅行キャンセル費用、旅行中断費用 |                                                               |                         |       |
| 旅行を取りやめた日         | 年 月 日                                                         | 日本に入国した日<br>(ご旅行の中断の場合) | 年 月 日 |
| 旅行の形態             | <input type="checkbox"/> 企画旅行 <input type="checkbox"/> 企画旅行以外 | ご旅行代金                   |       |
| ●テロ等対応            |                                                               |                         |       |
| 帰国予定日             | 年 月 日                                                         | 実際の帰国日                  | 年 月 日 |
| ●ペット預入延長          |                                                               |                         |       |
| 引取予定日             | 年 月 日                                                         | 実際の引取日                  | 年 月 日 |
| ●緊急一時帰国費用         |                                                               |                         |       |
| 帰国日               | 年 月 日                                                         | 再出国日                    | 年 月 日 |

# 11 ご負担された費用

※1ページの「主な支払項目」をご参照の上、ご記入ください。  
※予め負担を予定していた費用および払戻しや補償を受けられた費用は、支出した費用から差し引かせていただきます。

| 支出した費用         | 内容・内訳（都市名・利用区間・ホテル名等） | 支出した年月日         | 支出金額    | 確認資料                                                  |
|----------------|-----------------------|-----------------|---------|-------------------------------------------------------|
|                |                       | 年 月 日           |         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|                |                       | 年 月 日           |         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|                |                       | 年 月 日           |         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|                |                       | 年 月 日           |         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 払戻しや補償を受けられた費用 | 内容・内訳（都市名・利用区間・ホテル名等） | 払戻しや補償を受けられた年月日 | 払戻・補償金額 | 確認資料                                                  |
|                |                       | 年 月 日           |         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|                |                       | 年 月 日           |         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

※記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙に同じ要領でご記入のうえご提出ください。

# 12 診断書 Medical Certificate ※医師に記入を依頼してください。

|                                                                                                                                                                    |                                         |                                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (1) 患者氏名 Patient's name                                                                                                                                            |                                         | (2) 患者生年月日 Patient's Date of Birth                                                                                                                                   |  |
| (3) 症状が現れた日 Date of illness (first symptom) or injury                                                                                                              |                                         | (4) 初診日 Date of first consultation                                                                                                                                   |  |
| (5) 傷病名および経過 State diagnosis or nature of illness or injury                                                                                                        |                                         |                                                                                                                                                                      |  |
| (6) 他の疾病の影響はございますか？<br>Describe any other disease affecting present condition                                                                                      |                                         | (7) 来院前の投薬はありますか？<br>Describe any prescribed medication(s) prior to visit                                                                                            |  |
| (8) 妊娠による疾病ですか？ Is the condition due to pregnancy?<br>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>                                                     |                                         | (9) 妊娠何週目でしょうか？ If yes, how many weeks pregnant is the patient?<br>週目 weeks                                                                                          |  |
| (10) 以前に同様の症状を訴えたことがありますか？<br>Has patient ever had same or similar symptoms?<br>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>                           | (11) いつ頃でしょうか？<br>If yes, approx. when? | (12) 以前の症状で実際に治療を受けましたか？<br>If yes, did patient receive any treatment for prior symptoms by any doctors?<br>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> |  |
| (13) 治療期間 Period of your treatment<br>外来 / 往診 Outpatient/Home Visit <input type="checkbox"/> Date :<br>入院 Hospitalization <input type="checkbox"/> From To         |                                         |                                                                                                                                                                      |  |
| (14) 他の医療機関で治療を受けたならば、その病院名、病院住所<br>Name and address of facility where services were rendered for this illness or injury                                           |                                         | (15) 転医日 Date of transfer                                                                                                                                            |  |
| (16) 治癒日 Date of Recovery                                                                                                                                          |                                         | (17) 後遺障害の可能性（ケガの場合） Possibility of Permanent Disability(in case of injury)<br>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>                              |  |
| (18) ホテルでの静養が必要でしたか？<br>Did you instruct the patient to stay in a hotel room for recuperation?<br>No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> From To |                                         | (19) 必要であった場合、その理由 If yes, please specify the reason                                                                                                                 |  |
| 医療機関名 Hospital name                                                                                                                                                |                                         | 電話 TEL 日付 Date                                                                                                                                                       |  |
| 住所 Address                                                                                                                                                         |                                         | 担当医ご署名 Signature of Attending Physician                                                                                                                              |  |

# CERTIFICATE OF OVERSEAS TRAVEL INSURANCE

FOR  
Mr. / Ms. NISHITANI MIWA

This is to certify that the above named individual is insured under our standard overseas travel accident/life insurance as shown below.

This insurance provides worldwide coverage.

Policy No. TB08791633  
Policy period: From June 2, 2026 To June 6, 2026

## Coverages afforded and the amount of insurance:

UNIT:US dollar

|                               |         |
|-------------------------------|---------|
| Medical & Rescuer's Expenses  | 62 516  |
| Dental Expenses               | 625     |
| Personal Liability            | 625 156 |
| Baggage                       | 1 875   |
| Baggage Delay (Fixed Amount)  | 63      |
| Terrorism Incident Expenses   | 63      |
| Legal Expenses                | 6 252   |
| Accident Death                | 62 516  |
| Accident Disability           | 62 516  |
| Sickness Death                | 62 516  |
| Trip Cancellation Expenses    | 625     |
| Trip Discontinuation Expenses | 625     |

(-) 1USdollar ≈ 159.96\_JPN YEN

(-) The amount of insurance is fixed in Japanese yen. The amount of insurance expressed in any currency other than Japanese yen represents the amount roughly calculated using the foreign exchange rate in effect at the time of preparation of this document.

### (NOTES)

|                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medical expenses coverage is applied to each occurrence (each accident or disease), and is not applied to the insured period.                                                                                     |
| Medical evacuation expenses & Repatriation of remains expenses are payable as part of Medical & Rescuer's Expenses.                                                                                               |
| No deductible amount is applied to Medical & Rescuer's Expenses.                                                                                                                                                  |
| COVID-19 Medical Expenses are payable as part of Medical & Rescuer's Expenses.                                                                                                                                    |
| If any property rented by the insured is damaged by fire, explosion or leakage of water caused by his or her negligence, the compensation for damages up to the sum insured under liability coverage is provided. |

Customer Service Department General Manager

Masanori Shichijo

*M. Shichijo*

JI Accident and Fire Insurance Co., Ltd.

