

海外渡航のてびき

生命保険契約のお取扱い

2024.7



ご出発前に必ずご一読ください

メディケア生命保険株式会社

海外へ渡航されるお客さまへ

平素よりメディケア生命をお引き立ていただき、誠にありがとうございます。

メディケア生命では、ご加入の保険を通じて皆さまに安心と満足をご提供できるよう、サービスの充実に努めております。

この冊子は、一時的に海外に渡航されるお客さまに渡航前にご準備いただきたいことや、渡航中にご入院をされた場合に必要となるお手続きなどをまとめたものです。

渡航に際しては、ぜひご一読いただきお役立てください。

<ご留意点>

- この冊子は将来帰国されることを前提として、ご説明しています。
海外に永住や帰化されるお客さまにつきましては、お取扱いが異なることがありますので、メディケア生命までお問い合わせください。
- この冊子の内容は、将来変更されることがありますのであらかじめご了承ください。
なお、最新の内容はメディケア生命ホームページからご覧いただけます。
<https://www.medicarelife.com/contractor/situation/foreign/>

《目次》

海外渡航前の準備

1. 海外渡航前のお手続きについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 保険料のお払込みについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
3. 渡航先にお持ちいただく書類について・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
4. メディケア生命からの諸連絡について・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

海外渡航と生命保険契約

5. 海外での保障について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
6. 海外からの保険加入について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6

海外からの各種請求手続

7. 入院給付金などのご請求について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
8. 死亡保険金などのご請求について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
9. 名義変更・契約内容変更について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
10. 代理人さまからのお手続きについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10

その他

11. 海外送金のお取扱いについて・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
12. 外国の居住者（納税者）となった場合・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
13. 渡航先がアメリカ合衆国の場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12

マイページについて・海外からの連絡先・帰国されたときの連絡先・・・・・・・・ 13

【添付書類】

＜給付金等の手続きに関する書類＞・・・・・・・・P.7、8をご確認ください。

- 給付金請求書
- 海外入院・手術・通院届出書
- メディケア生命所定の英文診断書（入院・手術・通院証明書）
- 事故状況報告書

＜代理人さまからのお手続き＞・・・・・・・・P.10をご確認ください。

- 委任状／委任状の見本

＜外国の居住者（納税者）となった場合＞・・・P.11をご確認ください。

- (新規)届出書（居住地国確認届出書）

＜渡航先がアメリカ合衆国の場合＞・・・・・・・・P.12をご確認ください。

- FATCA に関するお客さまへのお願い
- FATCA に関する確認書兼情報提供同意書

海外渡航前の準備

1. 海外渡航前のお手続きについて

一時的に海外に渡航される契約者さまは、以下のお手続きが必要です。

お手続きには日数を要することがありますので、できる限り渡航前にお手続きください。

* 被保険者さま・受取人さま等の渡航についてはお手続き不要です。

Check1

マイページが利用できるかご確認ください。

マイページとは、インターネットでお手続き・お問い合わせいただける便利なサービスです。

海外からもスムーズにご利用いただけますので、サービスのお申込みがお済みでないお客さまは渡航前にぜひお手続きください。

詳細は2ページへ



Check2

国内の連絡先をご確認ください。

海外渡航中、メディケア生命からの諸通知は、ご指定いただいた国内連絡先あてに送付いたします。

詳細は3ページへ



□ Check1 マイページのご利用について

「マイページ」をご利用いただくためには、インターネットで利用登録をしていただく必要があります。

マイページとは…

インターネット等で契約内容のご確認、各種手続きなどがご利用いただけるサービスです。

*海外でのご利用にあたっては、次の点にご注意ください。

○日本語に対応したパソコン、スマートフォン等が必要です。

推奨環境はメディケア生命ホームページをご覧ください。

<https://www.medicarelife.com/management/sitepolicy/>

○海外のご住所への住所変更はお取り扱いできません。

○手続き書類の送付先は、ご指定いただいた国内連絡先となります。

*マイページをご登録済みの場合、パスワードを忘れた時もメディケア生命ホームページから再設定が可能です。

*サービス内容の詳細につきましては、メディケア生命ホームページをご覧ください。

<https://www.medicarelife.com/>

□ Check2 国内連絡先の変更について

*海外渡航中、保険契約に関する諸通知は、国内連絡先へ送付いたします。

連絡先として国内に居住されるご家族などの代理人をご指定いただき、

ご契約者さまの住所を国内連絡先にご変更ください。

*以下のいずれかの方法で変更ができます。

- マイページでのお手続き
- メディケア生命コールセンターへお問合わせ

2. 保険料のお払込みについて



海外渡航中の保険料の払込みはどうすればいいのですか？



現在の払込方法（口座振替、クレジットカード払い）で、継続して保険料をお払い込みいただくことができます。
クレジットカードの更新やご変更、振替口座のご変更はマイページよりお手続きが可能です。

海外からのお払込みはお取り扱いしておりません。



ご注意

保険契約が失効しないよう、口座の残高不足などにご注意ください。

3. 渡航先にお持ちいただく書類について



渡航先には何を持っていけばいいのですか？



契約内容に関するご照会や手続きのお申し出などが必要な場合に備えて、次のものを持参されることをおすすめします。

- 保険証券（写）
- 海外渡航のてびき
（ホームページからご覧いただけます。）
- ご契約のしおり（約款）
- ご契約内容のお知らせなど、メディケア生命からの通知物

4. メディケア生命からの諸連絡について



海外渡航中のメディケア生命からの通知や案内は
どうなるのですか？



海外渡航中のメディケア生命からの諸通知は、ご指定いただいた
国内連絡先に送付します。

【お願い】

海外渡航中にご住所の変更がある場合や海外から帰国されたときは、必ずメディケア生命までご連絡ください。



海外渡航と生命保険契約

5. 海外での保障について



現在加入している保険は渡航中でも保障されますか？



海外渡航中であってもご契約が有効に継続している限り、保障が受けられます。

ご契約の約款に基づいて、給付金などをお支払いします。

6. 海外からの保険加入について



海外から新しく保険に加入できますか？



海外渡航中の保険加入のお申込みはお取り扱いしておりません。

また、渡航前であっても渡航先や渡航期間、渡航先でのお仕事の内容などによっては、ご希望の内容でお引き受けできない場合があります。

お申込みについては、メディケア生命にご相談ください。

海外からの各種請求手続き

7. 入院給付金などのご請求について



海外渡航中の入院、手術、通院について請求する場合、どうすればいいのですか？



ご請求手続きには、2つの方法があります。

1. 郵送でご請求いただく方法

帰国後または海外から郵送で請求書類をご提出いただく方法です。

- 帰国後にご請求いただく場合は請求に必要な書類のうち海外での入院先の診断書や、現地警察などが発行する事故証明書など、その国で準備しておかなければならない書類は、必ずお取寄せのうえご帰国ください。
- 海外から請求書類を直接メディケア生命に郵送していただく場合は、お手続きに相当の日数が必要となりますのであらかじめご了承ください（この場合の郵送費はお客様負担となります）。
- 代理人さまからご請求いただく方法はP.10をご参照ください。

抗がん剤(腫瘍用薬)治療給付金、高度障害年金、リビング・ニーズ保険金、保険料払込免除などは原則ご帰国後にご請求いただけます。

2. インターネットでご請求いただく方法

メディケア生命のマイページに必要情報を入力し、医療機関発行の書類の画像データをアップロードすることでご請求いただく方法です。給付金の種類等によってはご利用いただけない場合がございます。ご利用条件の詳細についてはマイページからご確認ください。



ご注意

必ずP.11、P.12をご確認いただき、「(新規)届出書(居住地国確認届出書)」「FATCAに関する確認書兼情報提供同意書」をご提出いただく必要があるときは、給付金などの請求書類とあわせてご提出ください。

【ご提出いただく請求書類】

郵送でご請求いただく場合は次の書類をご提出ください。

(インターネットでご請求いただく場合は、マイページの案内に沿って必要事項のご入力および書類の画像データをアップロードしてください。)

○「給付金請求書」

○「海外入院・手術・通院届出書」

入院給付金などのお支払いの際に参考とさせていただきます。

○メディケア生命所定の英文診断書(入院・手術・通院証明書)

メディケア生命所定の英文診断書(入院・手術・通院証明書)

(以下、メディケア生命所定の診断書)に主治医の証明をいただくと手続きがスムーズです。

病院・診療所の書式の証明でも、お取り扱いできますが、入院給付金などのお支払いの判断に必要な情報が不足している場合は、メディケア生命所定の診断書をお取り寄せいただくことがあります。

可能な限りメディケア生命所定の診断書をご利用ください。

【給付金のお支払いに必要な情報】

- 傷病者の氏名、生年月日
- 傷病名
- 初診日
- 入退院日
- 手術名、手術日
- 通院日
- 医療機関名、医師の署名

【不慮の事故が原因の場合にご提出いただくその他の書類】

○事故状況報告書

○事故証明※

現地警察署などの公的機関が発行する証明書が必要です。

※もし、この証明書が得られない場合は、新聞記事もしくは勤務先など第三者による証明をご提出ください。



©MCL/ADK

8. 死亡保険金などのご請求について



被保険者が海外渡航中に死亡した場合、
保険金の請求はどうすればいいのですか？



死亡保険金などのご請求につきましては、日本国内で受取人さま
からご請求ください。

現地で発行された死亡証明書（診断書）や、事故の場合は現地警
察署など公的機関が発行する事故証明などが必要となりますので、
その国で準備しておかなければならない書類は、必ずお取寄
せのうえご帰国ください。

<ご請求に必要な書類>

- メディケア生命所定の請求書
- 受取人の本人確認書類の写し
- 死亡証明書（診断書）

現地で発行の証明書（診断書）とあわせ、和訳されたものもご提出いた
だくと手続きがスムーズです。

* 不慮の事故が原因となる場合の提出書類は P.8 をご確認ください。

9. 名義変更・契約内容変更について



海外渡航中の名義変更や契約内容変更の手続きはどうすればいいのですか？



契約者ご本人さままたは代理人さまからお申し出ください。お申し出の際には必ず、「証券番号」「契約者氏名」をお知らせください。

メディケア生命から必要書類をご案内します。

なお、名義変更に関する書類はマイページよりお取り寄せいただくことができます。

あらかじめご指定いただいた国内連絡先に送付します。

契約者ご本人さまのご署名が必要となるため、帰国時または代理人さまから海外住所へ送付いただき、お手続きください。

なお、名義変更手続きについては、被保険者の同意（ご署名）が必要となる場合があります。

10. 代理人さまからのお手続きについて



代理人からの手続きはどうすればいいのですか？



日本国内の代理人さまから請求書類をご提出いただくときは、委任状のご提出が必要となります。委任状をご記入いただき、代理人さまにお送りください。

*添付書類の「委任状／委任状の見本」をご参照ください。

なお、代理人さまによる手続き時には、代理人さまの本人確認書類もあわせてご提出いただくこととなります。

*給付金のお支払明細書は、メディケア生命から給付金請求書に記載いただきました代理人さまあてに送付します。請求書類が必要な場合につきましてもご指定いただいた代理人さまあてに送付します。

その他

1 1. 海外送金のお取扱いについて



海外口座への送金はできますか？



海外口座への送金はお取り扱いしておりません。
日本国内の口座をご指定ください。

1 2. 外国の居住者（納税者）となった場合



外国の居住者（納税者）となった場合、
どのような手続きが必要ですか？



「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、所定の届出書をご提出ください。

上記の法律の改正により、「非居住者に係る金融口座情報の自動交換のための報告制度」が創設され、一定の生命保険契約に加入される際などに、お客さまの氏名・住所（名称・所在地）、居住地国などを記載した届出書を、生命保険会社へご提出いただくことがお客さまに義務付けられました。

生命保険会社は、お客さまからご提出いただいた届出書の記載事項などを確認し、一定のご契約情報などを国税庁（所管の税務署長）に報告することが義務付けられています。

つきましては、居住地国（※1）が日本以外であるお客さま、もしくは過去に届け出いただいた居住地国に変更（異動）があったお客さまは、「(新規)届出書（居住地国確認届出書）」をご提出ください。（※2）

※1 居住地国（納税地国）は、以下の①および②のように判断されますが、お客さまご自身の居住地国につきましては Medikape 生命では判断できかねますので、ご不明点がある場合には、税理士などの専門家または最寄りの税務署にお問い合わせください。

① 日本に住所などを有する方は日本

② 外国の法令において、住所を有するなど一定の基準により、所得税に相当する税を課されるものとされている方は当該外国

*上記のいずれも該当する場合は、該当する居住地国をすべてご申告ください。

※2 居住地国に異動が生じることとなった日から3か月以内にご提出ください。

1 3. 渡航先がアメリカ合衆国の場合



米国納税義務者になったときの手続きはどうすればいいのですか？



米国法「FATCA(外国口座税務コンプライアンス法)」実施に関する日米関係官庁間の声明(※1)に基づき、お客さまが所定の米国人(※2)である場合、米国内国歳入庁あてにご契約情報などの報告を行っており、米国内国歳入庁への報告にあたり、「FATCA に関する確認書兼情報提供同意書」をご提出いただきます。

＜お手続き方法＞

「FATCA に関する確認書兼情報提供同意書」に必要事項をご記入のうえ、メディケア生命までご提出ください。

なお、必要により、上記以外の証明書類をご提出いただくことがあります。

※1 国際的な税務コンプライアンスの向上及びFATCA 実施の円滑化のための米国財務省と日本当局の間の相互協力および理解に関する声明(2013年6月発表)

※2 米国市民(米国籍)、米国居住者(※3)

※3 「永住権所有者」および「米国での滞在日数が以下①②をともに満たす方」

①今年の米国滞在日数が31日以上

②「今年の米国滞在日数」「前年の米国滞在日数の3分の1の日数」「前々年の米国滞在日数の6分の1の日数」の合計が183日以上。

(端数については、合計して1日に満たないときは切り捨て)

マイページについて

インターネット等で契約内容のご確認、各種お手続きなどがご利用いただけるサービスです。詳細につきましては、メディケア生命ホームページをご覧ください。



QRコードは(株)デンソーウェアブの登録商標です。

マイページの開設について

- ① 左記QRコードを読み込み、表示されたURLを選択
- ② ご確認事項をお読みいただき、「**マイページログイン**」ボタンを選択
- ③ 「**新規利用登録**」ボタンを選択
- ④ ガイダンスを参考に必要事項を入力して下さい。

海外からの連絡先

○海外からの契約内容に関するご照会や手続きのお申し出などは、下記窓口までご連絡ください。

メディケア生命コールセンター

81-3-5621-5832

受付時間 平日 9:00-18:00
(日本時間) 土日 9:00-17:00 (祝日、年末年始を除く)

* 通信料はお客様負担となります。

* 金融機関を通じてご加入されたお客様も、上記の電話をご利用ください。

○文書で契約内容に関するご照会や手続きのお申し出をいただく際は、次の項目をご明記ください。

<あて先> メディケア生命保険株式会社
〒135-0033 東京都江東区深川1-11-12 住友生命清澄パークビル


<ご連絡事項>

・証券番号 ・契約者氏名 ・被保険者氏名 ・発信者名 ・返信先住所 ・照会 ・連絡内容

渡航および帰国されたときの連絡先

メディケア生命コールセンターへ渡航中の国内連絡先・帰国後のご住所をお知らせください。

メディケア生命コールセンター

 **0120-315056**

受付時間 平日 9:00-18:00
(日本時間) 土日 9:00-17:00 (祝日、年末年始を除く)

海外渡航中に支払理由が発生していて、お手続きがお済みでない場合は、その旨をお申し出ください。



給付金請求書



メディケア生命保険株式会社 御中

記入日	年	月	日	証券番号														
-----	---	---	---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

請求者 ご署名欄	ご署名	※請求者が未成年等の場合、法定の親権者・後見人がご署名ください。	
		親権者 後見人等 同意欄	ご署名

ご請求 内容	給付金を請求します。
-----------	------------

傷病内容 確認への 同意欄	お支払手続きにあたり詳細な傷病内容の確認が必要な場合があります。その場合、メディケア生命(およびその受託者)が医療機関に情報提供を求めることに同意いただけますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (□にレ印)
---------------------	--

代理店への 情報提供 同意欄	下記の個人情報の取扱いの利用目的の範囲内において、給付金等請求のご請求のご案内やお支払い手続き状況について取扱代理店への情報提供を行っております。上記の手續等の情報提供に加え、今回のご請求内容について、給付金名称や給付金額等の情報提供をすることに同意いただけますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (□にレ印)
----------------------	--

受取方法 (□にレ印)	<input type="checkbox"/> ①ゆうちょ銀行 以外の銀行 口座へ振込	銀行名		支店名		預金種目		口座番号(右づめ)			
	おわりの場合のみ ご記入ください。	銀行番号		店番		□ 1. 総合、普通 □ 2. 当座		請求者本人口座名義 フリガナも必ずご記入ください			
		振込用店番		預金種目		フリガナ					
		□ ②ゆうちょ銀行 口座へ振込		振込用口座番号(右づめ)		□ 1. 普通 □ 2. 当座					

● 明細書送付先は、代理人連絡先(国内)です。事前にご連絡いただいている場合でもご記入ください。

明細書 送付先	〒																		
	電話番号 () - () - ()																		
	日中連絡先 () - () - ()																		
	都 道 府 県																		

個人情報の 取扱いについて	<p>当社は個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で取り扱います。</p> <ul style="list-style-type: none">各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供(※)、ご契約の維持管理当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実その他保険に関連・付随する業務(※) <p>(※) お客様の取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴、グループ会社等から取得した情報等を分析して、お客様のニーズにあった各種商品・サービスに関する広告等の配信等を行うことを含みます。個人情報の取扱いの詳細および最新情報は、メディケア生命ホームページをご覧ください。(https://www.medicarelife.com/management/privacy/)</p>
------------------	--

海外入院・手術・通院届出書



メディケア生命保険株式会社 御中
下記のとおり届出します。

海外にて（ 入院・手術・通院 ） をしました。

記入日	年	月	日
証券番号			
傷病者氏名	様		

傷病名	
-----	--

入院期間	年	月	日	～	年	月	日
------	---	---	---	---	---	---	---

手術日	年	月	日
-----	---	---	---

手術名	
-----	--

国名	
----	--

病院名	
-----	--

■その他連絡事項

--

通院年月日は通院の保障がある特約を付加されている場合のみ ご記入ください。									
通 院 年 月 日	年	1	2	3	4	5	6	7	日
		8	9	10	11	12	13	14	
	月	15	16	17	18	19	20	21	日
		22	23	24	25	26	27	28	
	年	29	30	31	日				
		1	2	3		4	5	6	7
月	8	9	10	11	12	13	14	日	
	15	16	17	18	19	20	21		
年	22	23	24	25	26	27	28	日	
	29	30	31	日					
月	1	2	3		4	5	6	7	日
	8	9	10	11	12	13	14		
年	15	16	17	18	19	20	21	日	
	22	23	24	25	26	27	28		
月	29	30	31	日					
	1	2	3		4	5	6	7	
年	8	9	10	11	12	13	14	日	
	15	16	17	18	19	20	21		
月	22	23	24	25	26	27	28	日	
	29	30	31	日					
合計日数									
日									

「海外入院・手術・通院届出書」ご記入にあたって

- ◆ この帳票は入院給付金等のお支払の判断の際に参考とさせていただきますのでわかる範囲でご記入ください。入院・手術が複数回ある場合は、「■その他連絡事項」にご記入ください。この帳票のみでのお支払可否・お支払金額の判断はできません。ご請求にあたっては、主治医の証明による下記①または②、いずれかの書類が必要となります。
 - ①メディケア生命所定の英文診断書（入院・手術・通院証明書）
 - ②病院所定の証明書（言語は問いません）

※病院所定の証明書であっても情報が不足している場合は、再度①メディケア生命所定の英文診断書（入院・手術・通院証明書）を取得していただく必要がございます。
- ◆ 通院についてのご留意点
 - ・通院の保障がある特約を付加されている場合で、通院があるときは「通院年月日」欄をご記入ください。通院日の記載がある医療機関発行の領収証のご提出は不要です。
 - ・ご記入の傷病名の治療を目的とした通院治療日（往診も含む）が対象となります。
 - ※治療処置を伴わない薬剤などの購入・受取り、診断書の受取りのみの通院は、お支払いの対象となりません。
 - ・通院治療日の記入に際しては、医療機関発行の領収証などをご確認いただき、正確にご記入ください。故意に事実と異なる申告をした場合、保険約款に基づきご契約・特約を解除する場合がありますのでご注意ください。

個人情報の取扱いについて	当社は個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で取り扱います。 ・各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い ・関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供（※）、ご契約の維持管理 ・当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実 ・その他保険に関連・付随する業務（※） （※）お客さまの取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴、グループ会社等から取得した情報等を分析して、お客さまのニーズにあった各種商品・サービスに関する広告等の配信等を行うことを含みます。 個人情報の取扱いの詳細および最新情報は、メディケア生命ホームページをご覧ください。 (https://www.medicarelife.com/management/privacy/)
--------------	---

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 英文診断書(入院・手術・通院証明書)

1.PATIENT'S NAME	2.SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	3.DATE OF BIRTH (Month) (Day) (Year) / /
-------------------------	---	---

4.NAME OF SICKNESS OR INJURY FOR HOSPITALIZATION	5.INCEPTION DATE OF SICKNESS OR INJURY (Month) (Day) (Year) / /
---	--

6.TREATMENT TERM	Initial Consultation / /	Consultation: <input type="checkbox"/> Finish <input type="checkbox"/> Continue
	Month Day Year	Month Day Year
	1st hospitalization / / to / /	Month Day Year
	2nd hospitalization / / to / /	Month Day Year

7.CAUSE OF THE HOSPITALIZATION	
---------------------------------------	--

8.CONDITION OF SICKNESS FROM ITS START TO THE FIRST DIAGNOSIS
--

9.SURGICAL OPERATION EFFECTED Type of operation: <input type="checkbox"/> Craniotomy <input type="checkbox"/> Trepanation <input type="checkbox"/> Thoracotomy <input type="checkbox"/> Thoracoscopic Surgery <input type="checkbox"/> Laparotomy <input type="checkbox"/> Laparoscopic Surgery <input type="checkbox"/> Operation using a fiberscope or a basket-lipvascular catheter on the brain, larynx, thoracic organs,and abdominal organs(excluding diagnostic procedures and temporary treatment) <input type="checkbox"/> Others
--

NAME OF OPERATION	DATE OF OPERATION / /
--------------------------	--------------------------------

10.RADIOTHERAPY	Period / / to / /
------------------------	-----------------------------

11.IN CASE OF MALIGNANT NEOPLASM

Result of Histopathological Diagnosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Please describe the Name of Histopathological Diagnosis	TMN Staging	T() M() N()
			Date of Diagnosis	(Month) (Day) (Year) / /
		<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative	<input type="checkbox"/> Carcinoma in situ <input type="checkbox"/> Invasive cancer	
		<input type="checkbox"/> Primary <input type="checkbox"/> Recurrent <input type="checkbox"/> Matastatic		
Malignancy was Informed to:	Patient	Informed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Informed Name of Disease	Informed On (Month) (Day) (Year) / /
	Family	Informed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Informed Name of Disease	Informed On (Month) (Day) (Year) / /

12.IN CASE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION 60 days after the initial consultation, was it still necessary to continue limiting the work done by the patient? (‘limiting the work’ here refers to a state whereby the patient can do sedentary or light work but restrictions are necessary regarding more demanding activities)	Yes / No
---	--------------

13.IN CASE OF CEREBRAL APOPLEXY CNS sequelae remaining 60 days after initial consultation	Yes / No	If Yes, please write details of these sequelae
---	--------------	--

14.TREATMENT RECEIVED AS OUTPATIENT

Treatment received in	Please circle day(s) of ambulatory care or visit for adove ■4(Disease/injury).	Total
Month /Year	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	Day(s)
Month /Year	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	Day(s)
Month /Year	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	Day(s)
Month /Year	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	Day(s)
Month /Year	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	Day(s)
Month /Year	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	Day(s)
Month /Year	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	Day(s)

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.	
Name of hospital	Date / /
Address of hospital	
Signature of doctor	Country

◆請求者等

記入日	年 月 日	請求者氏名	
受傷者名	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 請求者以外【氏名： (受傷者とのご関係：)】		
事故発生日時	年 月 日	<input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後	時 分
事故発生場所			

◆事故状況

① 工作中的事故ですか？ はい いいえ

② ケガの原因となった事故について a～f の中から該当するものを全てチェックしてください。
c～f に該当する場合は下部の詳細記入欄に事故状況の詳細をご記入ください。

a. 転倒（例：道ばたでつまずき、転んだ）

b. スポーツ（例：野球の守備中に味方と衝突）

c. 転落（例：〇〇していて、〇〇から約〇メートル落ちた）

d. 自動車・バイクでの交通事故

いずれかを
チェックしてください

運転中

運転中のとき、右の中から
該当するものをチェック
してください

運転中以外（同乗中等）

飲酒をしての事故

無免許（免許無効中含む）での事故
※免許不携帯は含みません

上記に該当するものはない

e. 自転車・歩行中の交通事故

f. その他

→ 詳細記入欄（c～fをご選択された場合にご記入ください。）

委任状

(海外渡航時用)

年 月 日

メディケア生命保険株式会社御中

証券番号	第	号
被保険者名		

私は、現在海外渡航中のため、上記生命保険契約について次のものを代理人と定め下記事項（委任項目）に関する一切の権限を委任します。

委任項目（*）

代理人（受任者）

現住所 _____

氏名 _____（続柄 _____）

委任者

現住所 _____

氏名 _____

- [お願い] 1. 委任者ご本人がご記入ください。
2. 各種証明書（パスポート、運転免許証等）の写しをご提出ください。
3. 上記の要領で、便箋等の用紙にご記入いただいても結構です。

(*) ご希望のお手続きをご記入ください。

項目例

名義変更	解約	契約変更
証券再発行	控除証明書再発行	入院給付金

<委任状の見本>

委任状

(海外渡航時用)

20XX年 7月 10日

メディケア生命保険株式会社御中

証券番号	第 10012345678 号
被保険者名	保険 太郎

私は、現在海外渡航中のため、上記生命保険契約について次のものを代理人と定め下記事項（委任項目）に関する一切の権限を委任します。

委任項目（*） **名義変更**

代理人（受任者） **東京都江東区深川1-11-12**
現住所

氏名 **保険 梅子** (続柄 **親**)

委任者	現住所 委任者の海外住所をご記入ください
氏名	保険 太郎

- 【お願い】 1. 委任者ご本人がご記入ください。
2. 各種証明書（パスポート、運転免許証等）の写しをご提出ください。
3. 上記の要領で、便箋等の用紙にご記入いただいても結構です。

（*）ご希望のお手続きをご記入ください。

項目例

名義変更	解約	契約変更
証券再発行	控除証明書再発行	入院給付金

- ご請求の際には、代理人さまの本人確認書類を提出していただきますので、あらかじめご了承ください。
- 委任状には、「誰が」「何を」「誰に」委任するのか、すなわち委任者と受任者が誰であるのか、委任される事項は何であるのかを明確にしてください。



(新規)届出書 (居住地国確認届出書)

「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、以下の項目を届け出ます。

記入日	_____年_____月_____日	証券番号	
-----	--------------------	------	--

ご署名	氏名 _____ 様
	親権者または後見人氏名 _____ 様
	<small>* 親権者または後見人による手続きの場合のみ</small>

生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 · <input type="checkbox"/> 昭和 · <input type="checkbox"/> 平成 · <input type="checkbox"/> 令和 _____年_____月_____日
------	--

住所	
----	--

居住地国	<p>該当する場合は、チェック (☑) してください。 チェックがない場合は、税制上の居住地国を「日本」とお届けいただいたものとして取り扱います。</p>	
	<input type="checkbox"/> 税制上の居住地国は日本以外です。 ↓ チェック (☑) した場合は、以下をご記入ください	
	税制上の居住地国	<p>[国名]</p> <hr/> <p>税制上の居住地国と、上記住所の国名が異なる場合は、以下にその理由をご記入ください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	納税者番号	

(新規)届出書について

この書面は、「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、税制上の居住地国等をご申告いただくものです。

- ・ご申告いただいたお客さまの情報は、国税庁に報告・提供させていただきます。
- ・虚偽の記載をされた場合等は、法律上の罰則を科せられることがあります。
- ・ご記入いただいた内容に変更があった場合は、その事実の発生後3か月以内に改めて届出書をご提出いただく必要があります。その際は、速やかにメディケア生命までお申し出ください。

記入要領

- 1 親権者・後見人による手続きの場合、親権者・後見人氏名もご記入ください。
- 2 外国の住所の場合は、アルファベットでご記入ください。
- 3 税制上の居住地国名を、カタカナでご記入ください。
税制上の居住地国と住所が異なる場合は、理由をご記入ください。
- 4 納税者番号をご提供いただけない場合は、その旨をご記入ください。
(発行されていない・発行国の法令により提供できない 等)

メディケア生命保険株式会社 御中

(新規)届出書 (居住地国確認届出書)

「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、以下の項目を届け出ます。

記入日	20●●年●●月●●日	証券番号	100 0000 0000
ご署名	名 目出 太郎 様 親権者または後見人氏名 様 *親権者または後見人による手続きの場合のみ		
生年月日	大正 昭和 平成 令和 45年 3月 9日		
住所	東京都江戸川区深川1-11-12		
居住地国	該当する場合は、チェック (☑) してください。 チェックがない場合は、税制上の居住地国を「日本」とお届けいただいたものとして取り扱います。 <input checked="" type="checkbox"/> 税制上の居住地国は日本以外です。 ↓ チェック (☑) した場合は、以下をご記入ください [国名] フランス 税制上の居住地国と、上記住所の国名が異なる場合は、以下にその理由をご記入ください。 出張により、1年間日本に滞在しているため。 納税者番号 123-45-6789		

「^フ^ァ^ト^カ F A T C A（外国口座税務コンプライアンス法）」に関するお客さまへのお願い

2014年7月から、米国法「F A T C A（外国口座税務コンプライアンス法）」による確認手続きが開始されます。F A T C Aは、米国納税義務者による米国外の金融口座等を利用した租税回避を防ぐ目的で、米国外の金融機関に対し、顧客が米国納税義務者であるかを確認すること等を求める法律です。

日本の生命保険会社では、F A T C A実施に関する日米関係官庁間の声明^(注1)に基づき、お客さまが生命保険契約の取引等をする際、お客さまが所定の米国納税義務者であるかを確認し、該当する場合には、米国内国歳入庁宛にご契約情報等の報告を行います。

つきましては、趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようお願いいたします。

^(注1) 国際的な税務コンプライアンスの向上及びFATCA実施の円滑化のための米国財務省と日本当局の間の相互協力及び理解に関する声明（2013年6月発表）

F A T C Aにおけるお客さまへの確認手続きについて

○F A T C Aの確認手続きとは？

生命保険会社は、お客さまが所定の米国納税義務者（米国民、米国居住者、米国人所有の外国事業体^(注2)等）であるかを確認するため、保険契約の取引時において、以下のお手続きをお願いしております。

^(注2) 「外国事業体」とは米国外の事業体、例えば日本の内国法人をいいます。

- 生命保険会社所定の書面等により、所定の米国納税義務者であるかをお客さまご自身にご申告いただく場合があります。
- お客さまが所定の米国納税義務者であるかを確認するため、各種証明書類^(注3)をご提示またはご提出いただく場合があります。

^(注3) 運転免許証、パスポート、登記簿謄本等の公的証明書 など

なお、お客さまが所定の米国納税義務者である場合、上記に加えて、「米国納税者番号（T I N）を含む米国財務省様式W-9」、「米国内国歳入庁への報告に関する同意書」等の所定の書類をご提出いただきます。

※上記以外にも、追加の証明書類をご提示またはご提出いただく場合があります。

※確認手続きの方法は、生命保険会社によって異なります。

○報告対象となる米国納税義務者（特定米国人、米国人所有の外国事業体）とは？

以下のお客さまが対象となります。

①特定米国人

- 米国納税義務者から一定の要件に該当する者を除いた個人・法人をいいます。

【特定米国人に該当する例（報告対象）】

- ・ 米国市民 ・ 米国居住者^(注4)
- ・ 米国パートナーシップ ・ 米国法人 ・ 米国財団 ・ 米国信託 など

^(注4) 一般的に米国での滞在日数が183日以上の方をいいます。滞在日数の計算には、対象年度の滞在日数に加え、前年の日数の3分の1に相当する日数と前々年の日数の6分の1に相当する日数も考慮されます。また、永住権所有者は米国居住者に含まれます。

【特定米国人に該当しない例（報告対象外）】

- ・ 米国上場法人 ・ 米国政府 ・ 米国非課税団体 ・ 米国銀行 など

②米国人所有の外国事業体

○ 実質的米国人所有者が一人以上いる外国事業体^(注5)をいいます。

^(注5) 例えば、法人においては、一人以上の特定米国人が25%を超える議決権または価値を有する場合をいいます。

○ 外国事業体のうち、一定の条件を満たす事業体は報告が免除されています。

【免除対象となる外国事業体の例】

- ・ 上場法人およびその関連会社
- ・ 政府機関等（政府、行政機関、国際組織、中央銀行など）
- ・ 過年度の総所得のうち、投資所得が50%未満の事業体
- ・ 一定の非営利団体、公益法人 など

○ 金融機関は、事業体に該当しません。（原則、報告が免除されています。）

○ FATCAの確認手続きが必要となる場面は？

主に以下の場合に確認手続きが必要となります。

- 生命保険契約の締結、契約者の変更、満期保険金の支払等の取引発生時
- その他、米国への移住など、契約者の状況が変化した場合

※ご契約期間中に、渡米等の環境の変化等によって、「特定米国人・米国人所有の外国事業体」に該当することとなった場合は、生命保険会社までご連絡いただきますようお願いいたします。

○ 確認手続きに応じていただけない、および報告に同意いただけない場合は？

お客さまに確認手続きに応じていただけない、および米国内国歳入庁への報告に同意いただけない場合、生命保険会社は、生命保険契約の締結を行いません。また、契約締結後において、確認手続きに応じていただけない等の場合には、米国内国歳入庁の要請に基づき、該当のご契約情報等を日米当局間で交換することとされています。

FATCAに基づき、生命保険会社が取得したお客さまの個人情報、FATCA上の目的のみに使用します。

生命保険協会

「外国口座税務コンプライアンス法 (FATCA)」に関する確認書 兼 情報提供同意書

この書面は、米国法「外国口座税務コンプライアンス法 (FATCA)」における特定米国人に該当するかを確認し、特定米国人に該当する場合は、その証明ならびにメディケア生命が米国内国歳入庁 (IRS) や本邦国税庁へ、お客様の米国納税者番号* (米国社会保障番号**) や加入内容等を報告することに同意いただくためのものです。

ご契約者 (または米国人の実質的支配者) 本人が内容を確認いただき、正確にご記入くださいますようお願いいたします。

* U.S. taxpayer identification number (TIN)

** U.S. social security number (SSN)

1 米国法「外国口座税務コンプライアンス法 (FATCA)」における特定米国人に該当するかの確認

確認 1 ご契約者 (または米国人の実質的支配者) について、以下 a. ~ d. のうち該当するものにチェック してください。

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. 米国市民 (米国籍) | <input type="checkbox"/> b. 米国居住者のうち、米国永住権所有者 | <input type="checkbox"/> c. 米国居住者のうち、直近3年間で183日以上米国に滞在 | <input type="checkbox"/> d. 左記 a. ~ c. のいずれにも該当しない |
|--|---|--|--|

確認 2 へ進んでください

確認 2 ご契約者 (または米国人の実質的支配者) について、以下 ア. イ. に該当しますか。 a・b のいずれかにチェック してください。

- ア. 今年の米国滞在日数が31日以上
イ. 「今年の米国滞在日数」「前年の米国滞在日数の3分の1の日数」「前々年の米国滞在日数の6分の1の日数」の合計が183日以上 (端数については、合計して1日に満たない場合は切捨て)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. 両方の条件に該当する | <input type="checkbox"/> b. いずれか一方でも該当しない |
|--|---|

特定米国人に該当 以下 2 に進んでください

特定米国人に該当
以下 2 に進んでください

特定米国人に非該当
以下 3 にご署名ください

2 米国納税者番号 (米国社会保障番号) の確認

別紙に記載の「個人情報の取扱い」に同意いただき、各項目をご記入ください。

氏名 (英字・大文字) ▲ ミドルネームも省略せず ご記入ください			
住所 (英字・大文字) ▲ 現住所 (日本国内の住所) をご記入ください	郵便番号		
米国納税者番号: TIN (米国社会保障番号: SSN)			

以下 3 にご署名ください

3 署名欄 ご契約者もしくは米国人の実質的支配者本人が署名してください

上記内容は、事実に相違ありません。

ご確認日	20 年 月 日
氏名 契約者の場合、 申込書と同一の署名	(自署) 様
親権者 または 未成年後見人氏名	※親権者または後見人による手続きの場合のみ (自署) 様

メディケア生命使用欄		
点検印	受付	

個人情報の取扱い

- F A T C Aに基づき、メディケア生命が米国内国歳入庁や本邦国税庁へ、租税の賦課徴収のため、米国納税者番号(米国雇用主番号)や生命保険の内容(契約者名、証券番号等)を提供する場合があります。
- 米国の個人情報の保護に関する制度については、以下のとおりです。
詳細については、個人情報保護委員会HP(<https://www.ppc.go.jp/>)をご覧ください。
<米国の個人情報の保護に関する制度(概要)>
 - ・包括的な法令は存在しませんが、公的部門に適用される法令として、電子通信プライバシー法(ECPA)や、医療保険の携行性と責任に関する法律(HIPAA)があります。
 - ・EUの十分性認定は受けておりません。
 - ・APECのCBPRシステムに2012年7月25日に参加しております。
 - ・OECDプライバシーガイドライン8原則に対応する義務又は本人の権利に関しては、①収集制限の原則、⑤安全保護の原則、⑦個人参加の原則について、HIPAAに一部規定されており、④利用制限の原則についてはECPA及びHIPAAに一部規定されています。②データ内容の原則、③目的明確化の原則、⑥公開の原則、⑧責任の原則については、該当する規定は不見当です。
 - ・その他本人の権利利益に重大な影響を及ぼす可能性のある制度は、不見当です。
- 提供先である米国内国歳入庁においては、OECDプライバシーガイドライン8原則に対応する措置をすべて講じております。