



海外渡航のてびき



「あったらいいな」をいちばんに。

ネオファースト生命

第一生命グループ

〔目 次〕

I. はじめに	(ページ)
1. 海外在住中の保障	1
2. 海外からのお問い合わせ方法	1
3. 留意事項	1
II. 海外渡航前のご準備	
1. 海外渡航前にご確認いただくこと	1
2. 海外在住中の保険料のお払い込み	2
3. 渡航時の携帯書類	2
III. 保険金・給付金などのご請求	
1. 海外在住中のご請求方法について	3
2. 入院・手術・通院給付金等のご請求について	4
3. 高度障害保険金など	7
4. 死亡保険金	7
IV. その他お手続き	
1. 名義変更	8
2. 解約	8
V. 帰国後のお手続き	8

【巻末資料】

- 海外であなたを助ける医事英語集
- (海外用)給付金請求書
- (海外用)診断書～ご加入時期が2015.8.13より前の保険商品用～
- (海外用)診断書～ご加入時期が2015.8.13以降の保険商品用～
- (海外用)通院証明書
- (海外用)通院状況申告書
- (海外用)事故状況報告書
- 「支払査定時照会制度」のご案内
- ご連絡先

I. はじめに

1. 海外在住中の保障

ご契約が有効であれば、国内と同様に約款の規定にもとづき、保険金、給付金が支払われます。ただし、ご請求内容によっては海外から直接できないものがあります。詳細は巻末資料「ご連絡先」までお問い合わせください。

2. 海外からのお問い合わせ方法

〈お電話をご利用になられる場合〉

ネオファースト生命コンタクトセンターまでご連絡ください（巻末資料「ご連絡先」をご参照ください）。

【参考】 当社ホームページについて

～このほかにも生命保険の相談などを受け付けておりますので、

当社ホームページをご参照ください～

<http://www.neofirst.co.jp/>

3. 留意事項

この「海外渡航のてびき」の内容は、将来、お取り扱い内容やその範囲が変更される場合がありますので、あらかじめご了承ください。

II. 海外渡航前のご準備

1. 海外渡航前にご確認いただくこと

次の場合には、当社コンタクトセンターにご連絡ください。

- 保険料のお払い込み方法に変更が生じる場合
- 当社からの連絡について、通信先などに変更が生じる場合

諸通知は、海外在住中であっても国内通信先として登録いただいた住所（当社にご登録がある住所）へ郵送させていただきます。

渡航時および渡航後に国内通信先として登録いただいた住所（当社にご登録がある住所）を変更される場合には、巻末の「ご連絡先」にご連絡ください。ご連絡以降、その（国内の）住所あてに諸通知を郵送いたします。

【注意】 Eメールのご利用について

大変申し訳ございませんが、各種連絡・お手続きの際に、Eメールをご利用いただくことができません。ただし、当社より重要な連絡を行う必要が発生した場合かつご連絡先が不明となった場合に限り、当社からご連絡させていただく手段として使用させていただくことがあります。

2. 海外在住中の保険料のお払い込み

保険料のお払い込みがない場合、大切なご契約の効力が失われることがあります。保険料のお払い込みは確実な方法をお選びください。海外に在住される方には次の方法があります。

(1) 口座振替をご利用いただく方法

日本国内支店口座であればお取り扱いができます。

ただし、保険料の払込猶予期間内に保険料を振替できなかった場合、ご契約は効力を失います。振替口座の残高にご注意ください。

(2) クレジットカード払をご利用いただく方法

当社の指定するクレジットカード発行会社のクレジットカードであればお取り扱いができます。

ただし、カードの有効期限切れ等でオーソリゼーション（※）ができなかった場合にはご入金とはなりません。保険料の払込猶予期間内に保険料を入金ができなかった場合、ご契約は効力を失います。カードの有効期限切れ等にはご注意ください。

（※）オーソリゼーションとは保険料のお払い込みに使用するクレジットカードについて、有効性などをカード会社に確認することをいいます。

【注意】 海外からの保険料のお払い込みおよび海外への送金について

当社は海外からの保険料のお払い込みおよび海外への送金をお取り扱いしておりません。お払い込みは上記（1）または（2）の方法でのお取り扱いとなります。万が一、現在のお払い込み方法で継続することが不可能な場合には、当社コンタクトセンターまでお申し出ください。手続きに必要な書類を国内通信先として登録いただいた住所（当社にご登録がある住所）へご郵送させていただきます。

3. 渡航時の携帯書類

渡航時にお持ちいただきたい書類は以下のとおりです。

■ 保険証券

死亡・高度障害保険金などの一部のお手続きにつきましては、保険証券（コピー不可）のご提出が必要となる場合があります。

■ ご契約のしおり・約款

「ご契約のしおり・約款」は、ご契約の内容が記載された重要なものです。ご持参されることをおすすめいたします。

■ 印鑑

印鑑をお持ちになると、給付金などのご請求手続きの際に便利ですが、印鑑をお持ちにならない場合でも、パスポートの旅券番号および自署のあるページのコピーの提出でお手続きができます。

■ 海外渡航のてびき

このてびきには、海外渡航中に諸手続きに役立つ資料や、給付金請求の際に必要な書類などを添付しておりますのでぜひご活用ください。

Ⅲ. 保険金・給付金などのご請求

1. 海外在住中のご請求方法について

(1) 日本国内のご親族を経由してご請求される場合

日本国内のご親族から請求書類を当社にご提出いただくことができます。この場合、請求書上の請求者名は本人様となりますのでご注意ください。

ご親族を代理人としてご請求および書類の受領を委任される場合は委任状が必要ですので、あらかじめ当社（巻末資料ご連絡先）までご連絡ください。

(2) 海外から直接ご請求される場合

入院・手術・通院給付金等（※）につきましては、海外から直接ご請求いただけます。必要書類など詳細につきましては、4 ページ以降の該当箇所をご参照ください。

（※）入院・手術・通院給付金のほか、ガン医療特約や入院一時給付特約、女性疾病入院特約、治療保障特約などを付加されている場合には、それぞれの特約より、約款の規定にもとづき所定の給付金が支払われます。

【注意】 帰国後にご請求される場合

入院・手術・通院給付金等をご請求される場合、ご請求に必要な書類のうち、海外でのご入院先の診断書など、渡航先の国でお手配いただく必要書類がありますので、必ずお取り付けのうえご帰国ください。

2. 入院・手術・通院給付金等のご請求について

海外在住中に、ご病気やケガでご入院された場合や手術を受けられた場合、また退院後に通院をされた場合等は、以下のとおり、入院・手術・通院給付金等を海外から直接ご請求いただけます。

◆ご請求者

入院・手術・通院給付金等の請求者様（受取人様）は通常、主契約の被保険者様です。また、被保険者様が未成年者の場合は親権者（または未成年後見人）よりご請求いただくことになります。この場合は、親権関係（または未成年後見人との関係）を確認できる戸籍抄本、親権者（または未成年後見人）のパスポートのコピーが必要となる場合があります。

なお、詳しくは当社コンタクトセンター（巻末資料「ご連絡先」をご参照ください）にお問い合わせください。

◆必要書類（次ページもご覧ください。）

書類 (※1)		ご請求(※1)			
		病気で入院された場合	不慮の事故で入院された場合	手術を受けられた場合	通院された場合
本人確認書類 (例：運転免許証、健康保険証、パスポートの写し)		◎	◎	◎	◎
給付金請求書(※3)		◎	◎	◎	◎
診断書 (※2)	ご加入時期が 2015.8.13より前 の保険商品用	◎ (※2)	◎ (※2)	◎ (※2)	▲
	ご加入時期が 2015.8.13以降の 保険商品用	◎ (※2)	◎ (※2)	◎ (※2)	—
事故状況報告書(※3)		—	◎	◎ (不慮の事故による場合)	—
「通院証明書」、または 「通院状況申告書および領 収書の写し(通院日の記載が あるもの)」(※3)		—	—	—	△

◎＝必須書類 / ▲＝必要書類だが「△」の書類で代替可 / △＝「▲」の代替書類 / 「-」＝書類不要

※1) 複数のご請求を同時に行う場合、重複する書類は1枚で結構です。

※2) 保険商品のご加入時期により必須書類を選択ください。

※3) 本冊子の巻末に該当書類がございますので、切り取ってご活用ください。

【必要書類のご説明】

■本人確認書類

請求者様の本人確認書類のご提出が必要になります。運転免許証、健康保険証、パスポートの写し（旅券番号および自署のあるページ）を添付してご提出ください。

外国籍の方との婚姻により診断書に記載された被保険者様のお名前が当社にお届けのお名前と相違する場合は、婚姻が確認できる戸籍・婚姻証明等をあわせてご提出ください。

■給付金請求書（海外からのご請求の場合）

巻末の当社所定の用紙をご利用ください。

なお、渡航先で給付金請求書をお持ちでない場合は、直接当社にご連絡のうえ、国内の登録住所経由で当社所定の給付金請求書をお取り寄せください。受取口座は請求者様ご本人の国内口座になります。

■診断書 <ご加入時期が2015.8.13より前の保険商品用>

巻末の当社所定の用紙をご利用ください。

なお、お持ちでない場合は渡航先の病院または診療所の診断書でも構いませんが、その場合は必ず被保険者様の氏名、生年月日、入院および退院日、傷病名、手術がある場合は手術名・手術部位・手術日の記載のある医師署名付きの診断書をご提出ください。また、英語にてご記入いただくようお客さまからも医師へご依頼ください。

海外でご入院された場合には、診断書が必要になりますのでご了承ください。

通院治療日の記載がある場合は、通院給付金の請求も同時に可能です。その場合は、「通院証明書」、または「通院状況申告書および領収書の写し（通院日の記載があるもの）」は不要です。

■診断書 <ご加入時期が2015.8.13以降の保険商品用>

巻末の当社所定の用紙をご利用ください。

なお、お持ちでない場合は渡航先の病院または診療所の診断書でも構いませんが、その場合は必ず被保険者様の氏名、生年月日、入院および退院日、傷病名、手術がある場合は手術名・手術部位・手術日の記載のある医師署名付きの診断書をご提出ください。また、英語にてご記入いただくようお客さまからも医師へご依頼ください。

海外でご入院された場合には、診断書が必要になりますのでご了承ください。

■事故状況報告書

巻末の当社所定の用紙をご利用ください。ご記入は、請求者様本人がボールペンでご記入ください。

■「通院証明書」または「通院状況申告書および領収書の写し」

通院給付金を単独で請求される場合は、巻末の当社所定の通院証明書、もしくは巻末の通院状況報告書と病院で費用をお支払いの際発行される領収書の写し（通院日の記載があるもの）をご提出ください。※「通院状況申告書」のご記入は、請求者様本人がボールペンでご記入ください。

- 必要に応じて、上記以外の書類のご提出をお願いすることもあります。あらかじめご了承ください。
- 入院・手術・通院給付金等をご請求される場合、ご請求に必要な書類のうち、海外でのご入院先の診断書など、渡航先の国でお手配いただく必要書類がありますので、必ずお取り付けのうえご帰国ください。
- 当社ホームページにて必要書類を印刷できる場合もございますので、ご参照ください。

◆ご請求方法

上記必要書類をご準備頂き、巻末資料「ご連絡先」の送付先住所までご郵送ください。

《参考》 代表的な給付金に関するお支払要件について

以下代表的な給付金である入院給付金・手術給付金・通院給付金のお支払要件を記載しております。詳細につきましては、「ご契約のしおりー約款」にて内容をご確認ください。

給付事由	ご加入時期	主契約または特約
疾病 入院給付金 (病気で入院 された場合)	2015.8.13 より前の保 険商品	◇短期入院特約 責任開始期以後の疾病または不慮の事故以外の外因による傷害により、継続して2日以上入院されたときにお支払いします。
		◇医療特約 責任開始期以後の疾病または不慮の事故以外の外因による傷害により、継続して5日以上入院されたときにお支払いします。
	2015.8.13 以降の保 険商品	◆終身医療保険 責任開始期以後の疾病により1日以上入院されたときに入院日数に応じてお支払いします。 (日帰り入院を含みます。)
災害 入院給付金 (不慮の事故 により入院さ れた場合)	2015.8.13 より前の保 険商品	◇短期入院特約 責任開始期以後の不慮の事故による傷害により180日以内に継続して2日以上入院されたときにお支払いします。
		◇医療特約 責任開始期以後の不慮の事故による傷害により180日以内に継続して5日以上入院されたときにお支払いします。
	2015.8.13 以降の保 険商品	◆終身医療保険 責任開始期以後の不慮の事故により180日以内に入院を開始し、1日以上入院されたときに入院日数に応じてお支払いします。(日帰り入院を含みます。)
手術給付金 (病気または 不慮の事故で 手術を受けら れた場合)	2015.8.13 より前の保 険商品	◇医療特約 約款に定める89種類に該当する手術を受けられたときにお支払いします。
	2015.8.13 以降の保 険商品	◆手術保障特約 一部の手術を除き、公的医療保険制度における医科診療報酬点数表に手術料の算定対象として列挙されている診療行為を受けたときにお支払いします。
通院給付金 (病気または 不慮の事故に よる退院後 に通院された 場合)	2015.8.13 より前の保 険商品	◇医療特約 責任開始期以後に入院給付金の支払事由に該当する入院(※)を行い、その傷害または疾病の治療を目的として退院日の翌日以後120日以内に通院をした場合 (※) 短期入院特約から支払われる疾病入院給付金、災害入院給付金も含みます。

- 上記は代表的な給付事由になります。この他ガン医療特約や入院一時給付特約、女性疾病入院特約、治療保障特約などを付加されている場合には、それぞれの特約より、約款の規定にもとづき所定の給付金が支払われます。
- 上記は各主契約または特約ごとに1回の入院および通算のお支払限度日数等があります。
例：終身医療保障保険～1回の入院60日限度または120日限度、通算1,095日限度
医療特約 ～1回の入院120日限度・通算730日限度

【参考】「不慮の事故」とは

災害入院給付金の対象となる不慮の事故とは、急激かつ偶発的な外来の事故（ただし、軽微な外因など約款上の不慮の事故に該当しないもの、または除外する事故を除きます。）に該当する場合をいいます。

【参考】「入院」とは（約款上の定義）

入院とは、医師による治療が必要であり、かつ、自宅等での治療が困難なため、所定の病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいいます。

【ご留意事項】

ご提出の書類に記入漏れなどがある場合や、内容についてのご照会または詳細な事実の確認をさせていただく場合には、決定までに相当の日数を要することがあります。あらかじめご了承ください。（この場合のお支払時期については、「約款」をご参照ください。）

3. 高度障害保険金など ～海外在住中に身体に障害を受けられた場合～

ご加入の保険商品によっては、海外在住中に病気やケガを原因として所定の高度障害状態になられた場合に、高度障害保険金のお支払対象となります。

ただし、ご請求にあたって、日本国内の医師が証明した当社所定の障害診断書が必要となる場合がございますので、お手続き前に巻末の「ご連絡先」までご照会ください。

4. 死亡保険金 ～被保険者さまが海外在住中にご逝去された場合～

死亡保険金のご請求には死亡の事実を示す戸籍謄（抄）本等をご提出いただく必要がありますが、内容によっては海外から直接ご請求いただける場合もございますので、お手続き前に受取人様から巻末の「ご連絡先」までご照会ください。

海外・日本国内どちらからご請求される場合でも、渡航先で発行された「死亡診断書（死体検案書）」は必要となりますので、あらかじめお手配ください。

【ご留意事項】

治療した内容や特約内容によって、海外から直接ご請求いただけない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

IV. その他お手続き

1. 名義変更

次の場合に限り変更のお手続きができます。

- (1) 保険契約者、被保険者、受取人の改姓・改名（※）
- (2) 変更後の新契約者・新死亡保険金受取人（新死亡時支払金受取人）が被保険者の配偶者または二親等以内の血族となる変更の場合

なお、必要な請求書類につきましては、直接ご本人様が、当社へお申し出ください。ご準備いただく書類のご案内と必要書類を海外渡航前に国内通信先としてご登録いただいた住所あてに郵送いたします。

（※）名義変更には被保険者様の同意が必要な場合があります。その場合は、請求書類に被保険者様のご署名・押印をいただくこととなります。また、確認のため印鑑証明書やサイン証明書をご提出いただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

2. 解約

ご解約のお取り扱いは行なっておりますが、ご契約はご家族の生活保障・資金づくりなどのお役に立つ大切な財産ですので、ぜひとも末永くご継続ください。

ご都合により解約を希望される場合は、直接、契約者様本人が、当社へお申し出ください。ご準備していただく書類のご案内と必要書類を海外渡航前に国内通信先としてご登録いただいた住所あてに郵送いたします。

また、日本国内の代理人の方からお手続きいただくことも可能です。その場合には、契約者様をご記入された委任状（印鑑証明書を添付のうえ、実印を押印してください。万一、印鑑をお持ちでない場合は、サインのうえサイン証明書を添付してください）、契約者様のパスポートのコピー（旅券番号および自署のあるページ）のご提出が必要となります。

解約返戻金等お支払金がある場合には、日本国内の口座への送金となります。

V. 帰国後のお手続き

海外からご帰国された場合には、次の内容をあわせて必ずネオファースト生命へご連絡くださいますようお願いいたします。

- 保険証券番号
- 契約者氏名
- 現在国内通信先としてご登録いただいている住所
（当社にご登録がある住所）
- 渡航後住所を新規登録される場合は、日本国内の新お届け住所
（郵便番号・電話番号を含む）

以上

海外であなたを助ける医事英語集



身体各部の名称

呼吸器・循環器系

気管 trachea
気管支 bronchus
肺 lung
心臓 heart
動脈 artery
静脈 vein
血管 blood vessels

消化器系

食道 esophagus
胃 stomach
十二指腸 duodenum
大腸 large intestine
小腸 small intestine
直腸 rectum
肛門 anus
肝臓 liver
すい臓 pancreas
胆のう gall bladder
虫垂 appendix

神経系

脳 brain
大脳 cerebrum
小脳 cerebellum
脊ずい spinal cord
神経 nerve

腎臓・泌尿器系

腎臓 kidney
副じん suprarenal gland
膀胱 bladder
尿道 urethra
こう丸 testicles
前立腺 prostate

耳・鼻・咽喉系

鼻腔 nasal cavity
扁桃腺 tonsil
咽頭 pharyngeal tonsil
声帯 vocal cord
内耳 internal ear
中耳 middle ear
外耳 external ear
鼓膜 ear drum

目・歯

眼球 eye ball
角膜 cornea
虹彩 iris
水晶体 crystalline lens
瞳孔 pupil
網膜 retina
門歯 incisor
犬歯 canine
奥歯 molar
歯茎 gum

一般用語

体質 constitution
アレルギー allergy
遺伝 inheritance
健康診断 general check-up,
検査 examination
全身状態 general status
体格 physique
症状 symptom
栄養 nutrition
やせた thin, skinny
ふとった fat

病歴 clinical history
免疫 immunity
種痘 vaccination
ツ反応 tuberculin reaction
診断 diagnosis
治療 treatment
予防 prevention
呼吸数 respiratory rate
脈拍数 pulse rate
血液型 blood type
血圧 blood pressure

赤血球 red cell
白血球 white cell
手術 operation
摘出 extirpation
切除 resection
移植 graft
体温計 thermometer
華氏 Fahrenheit
摂氏 Celsius, Centigrade
洗浄 irrigation
洗腸 enema

注射 injection
X線 X-ray
赤外線 Ultra - red ray
超短波 Ultrasonic wave
脳波 EEG
感染力 infectivity
流行性の epidemic
慢性の chronic
急性の acute
副作用 side effect

病名などの用語

呼吸器系の病気

かぜ cold
気管支炎 bronchitis
気管支喘息 bronchial asthma
肺炎 pneumonia
肺結核 pulmonary tuberculosis
肋膜炎 pleurisy

循環器系の病気

高血圧 hypertension
低血圧 hypotension
心臓弁膜症 valvular disease
狭心症 angina
心筋梗塞 myocardial infarction
動脈硬化症 arteriosclerosis
心臓喘息 cardiac asthma

消化器系の病気

胃下垂 gastropotosis
胃炎 gastritis

胃潰瘍 gastric ulcer
胃酸過多症 hyperacidity
胃癌 stomach cancer
十二指腸炎 duodenitis
十二指腸潰瘍 duodenal ulcer
腸捻転 volvulus
虫垂炎 appendicitis
腹膜炎 peritonitis
痔瘻 anal fistula
肝硬変 hepatocirrhosis
胆石症 cholelithiasis
胆のう炎 cholecystitis

神経系の病気

神経炎 neuritis
神経痛 neuralgia
脳膜炎 meningitis
脳出血 cerebral hemorrhage
脳血栓 cerebral thrombosis
脳炎 encephalitis
てんかん epilepsy

肝臓・泌尿器系の病気

腎炎 nephritis
ネフローゼ nephrosis
腎臓結石 nephrolithiasis
腎盂炎 pyelitis
膀胱炎 cystitis
尿道炎 urethritis
淋病 gonorrhoea

耳・鼻・咽喉系の病気

外中耳炎 external(middle)otitis
内耳炎 internal otitis
難聴 impaired hearing
鼻炎 rhinitis
鼻アレルギー sinusitis chronica
ちくのう症 sinusitis
扁桃(腺)炎 tonsillitis
喉頭炎 laryngitis

目の病気

ものもらい sty
さかまつげ trichiasis
トラコーマ trachoma
網膜剝離 retinal detachment
白内障 cataract
斜視 strabismus
色盲 color blindness
結膜炎 conjunctivitis

歯の病気

虫歯 decay
歯槽膿漏 periodontitis
歯石 odontolith
矯正 orthodontics
入れ歯 denture
差し歯 post crown
クラウン crown
充填 filling

伝染病

インフルエンザ	influenza
流行性肝炎	epidemic hepatitis
はしか	measles
風疹	German measles
天然痘	smallpox
腸チフス	typhoid fever
コレラ	cholera
百日咳	whooping-cough
ペスト	pest
猩紅熱	scarlet fever
破傷風	tetanus
マラリア	malaria
赤痢	dysentery

その他内科の病気

貧血	anemia
白血病	leukemia
血友病	hemophilia
バセドウ氏病	Basedow's disease
甲状腺腫	goitre

糖尿病	diabetes mellitus
痛風	gout
リウマチ	rheumatism
中毒	poisoning
一酸化炭素	carbon monoxide
特異体質	idiosyncrasy
熱射病	heat stroke
乗物酔	motion sickness
高山病	mountain sickness

皮膚の病気

皮膚炎	dermatitis
湿疹	eczema
発疹	exanthema,rash
薬疹	drug rash
じんま疹	nettle rash,urticaria
脱毛症	alopecia
水虫	athlete's foot
たむし	ringworm,tinea
ふきでもの	eruption

婦人の病気・妊娠

妊娠	Pregnancy
つわり	morning sickness
吐気	nausea
むくみ	edema
流産	abortion
陣痛	labor
破水	membrane rupture
いきみ	straining
帝王切開	caesarean section
母乳栄養	breast feeding
新生児	newborn baby
妊娠中毒症	toxemia of pregnancy
月経不順	amenorrhoea
下腹部痛	low abdominal pain
おりもの	vaginal discharge
子宮癌	hystero carcinoma
子宮筋腫	hysteromyoma

けが・その他

外傷	trauma
切り傷	cut
刺し傷	puncture
骨折	fracture
捻挫	sprain
脱臼	dislocation
打撲	contusion
かすり傷	scratches
膿	pus
おでき	tumor
鞭打ち損傷	whiplash injury
火傷	burn
ひょうそ	panaritium
凍傷	frost bite
ヘルニア	hernia
関節炎	arthritis
五十肩	frozen shoulder
つき指	sprained finger
腰痛	lumbago

症状などの用語

一般症状

発熱	fever
高熱	high fever
微熱	slight fever
さむけ	chills
発汗	sweat
寝汗	night sweat
体がだるい	tiredness
不眠症	insomnia
肩こり	stiffness in the shoulder
くしゃみ	sneeze
しゃっくり	hiccup
痛み	pain(ache)
激痛	severe pain
鈍痛	dull pain
圧痛	tenderness
強い痛み	sharp pain
刺しこむ痛み	piercing pain
がんがんと痛む	throbbing pain
ちくちく痛む	prickling pain
やけるような痛み	burning pain
持続した痛み	continuous pain

呼吸器系の症状

咳	cough
ぜいぜいいう	wheeze
痰	phlem

咯血	hemoptysis
背痛	backache
胸痛	chest pain
呼吸が苦しい	dyspnea
ぜん息	asthma

循環器系の症状

どうき	palpitation
息切れがする	short of breath
心臓発作	heart attack
脈がはやい	tachycardia
脈が少ない	bradycardia
貧血性の	anemic

消化器系の症状

食欲	appetite
口臭	bad breath
口渇	thirst
げっぷ	belching
吐き気	nausea
胸やけ	heartburn
嘔吐	vomiting
圧迫感	sense of pressure
不快感	discomfort
のどがつかえる	dysphagy
痔	hemorrhoids
便秘	constipation
下痢	diarrhea

腸鳴	borborygmus
軟便	loose stool
血便	bloody stool
粘液便	mucous stool
便通	bowel movement

神経系の症状

めまい	dizziness
たちくらみ	orthostatic syncope
けいれん	convulsion
手足のしびれ	numbness
手足のふるえ	tremor
卒倒	swoon
失神	fainting
意識喪失	unconsciousness
興奮状態	excited condition
四肢の麻痺	paralysis
言語障害	speech disorder
視覚障害	visual disturbance

肝臓・泌尿器系の症状

尿	urine
放尿時痛い	pain on urination
尿量が多い	polyuria
頻尿	urinary urgency
尿がでにくい	dysuria
蛋白尿	proteinuria
糖尿	glycosuria

にごった尿	cloudy urine
血尿	hematuria

耳・鼻・咽喉系の症状

鼻血	nasal bleeding
鼻みず	running nose
鼻づまり	stuffed nose
のどのしびれ	sore throat
のどがつかえる	itchy throat
声がかれる	hoarse voice
声がない	loss of voice
耳だれ	running ear
耳痛	earache
耳なり	tinnitus
難聴	bradyacusia
聴力低下	hypacusia

目の症状

視力	visual acuity
視力障害	paropsis
視力低下	amblyopia
目やに	eye discharge
涙がでる	tearing
まぶしい	bright
かすみ	blurred vision
目のごみ	foreign body in the eye

病名やケガをしたときの表現例

- ギックリ腰です。
- 関節が痛みます。
- 自動車事故でむち打症になりました。
- 首が痛くて回らないのです。
- 腕の骨を折りました。
- ひどい頭痛がします。
- 頭がくらくなります。
- 胸がちくちくします。
- 心臓が弱いのです。
- おなかをこわしました。

- I have a low back pain.
- My joints ache.
- I got a whiplash injury in a car accident.
- My neck is so painful. I can't turn it.
- I broke my arm.
- I have a terrible headache.
- I feel dizzy.
- I have a prickling pain in my chest
- I have a heart disease.
- I have a diarrhea.

- 便秘がなかなか治りません。
 - 胃の調子が悪いのです。
 - 胃に圧迫感があります。
 - 悪寒がします。
 - 高熱が2日以上続きました。
 - 熱は下がりました。
 - 食欲がありません。
 - 人間ドックを受けたい。
- My constipation is bad.
 - I have an upset stomach.
 - I have an oppressing feeling in the stomach.
 - I have a chill.
 - The fever stayed high for more than two days.
 - The fever has gone.
 - I have no appetite.
 - I want to have a complete medical check up.

1.当社では、お客さまの個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。

○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

2.当社では、番号法で定める個人番号を含む特定個人情報は、以下の事務実施に必要な範囲にのみ利用し、ご本人の同意があっても、それ以外の目的には利用しません。

○保険に関する取引がある場合：保険取引に関する法定調書作成事務 ○不動産に関する取引がある場合：不動産取引に関する支払調書作成事務

○報酬・料金・契約金・賞金支払に関する取引がある場合：報酬、料金、契約金及び賞金の支払調書作成事務 ○その他上記に関連する事務

※各種商品・サービスの詳細は、当社ホームページ（http://neofirst.co.jp）をご覧ください。

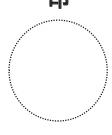
ネオファースト生命保険株式会社 あて

給付金請求書

証券番号 の給付金を請求します。

<海外用>

請求日（記入日） 年 月 日 内容を確認のうえ、太枠内にボールペンで記入・押印してください。

請求者 自署欄	請求者の方が署名・押印してください。		フリガナ		印 	
請求者 住所	請求者の住所を記入してください。（明細の送付先） ※日本国内の住所を記入してください。					
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
受取口座	フリガナ		信用金庫	フリガナ		
	銀行口座 （ゆうちょ銀行を除く）		銀行	信用組合	本店	支店コード
			農協	労働金庫	支店	
	どちらか1つを指定してください		口座種類	普通・総合	当座	口座番号 (右つめ)
ゆうちょ銀行口座		通帳記号	1	0	通帳番号 (右つめ)	
口座名義人 (カナ)		今回の請求者または約款上の請求者の名義の口座を指定してください。				

【了解事項】

- 提出する書類に記載された保健医療等の機微（センシティブ）情報について、（1）会社が保険業法施行規則第53条の10等に基づき利用目的を限定しており、（2）その目的については、保険金・給付金の支払等のほか、各種保険契約の引き受け・継続・維持管理、商品の充実のために、会社の業務上必要な範囲内で使用されることを、当該個人情報の本人に対して確認をし、同意を得たうえで提出します。
- 提出した診断書等に不明な点等があれば、ネオファースト生命が必要に応じて本請求書の写しを医療機関に提示したうえで、当該機関へ照会を行うことに同意します。
- ネオファースト生命が業務上必要な範囲で医療機関へ保健医療等の機微（センシティブ）情報等を開示・提供することに同意します。
- ネオファースト生命が業務上必要な範囲で医療機関から保健医療等の機微（センシティブ）情報等を取得することに同意します。
- ネオファースト生命が必要と認めたときは、事実の確認を行うことに同意します。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)

1. Name of patient (氏名)		Sex (性別) Male (男性) Female (女性)		Date of Birth (生年月日) month / day / year	
2. Name of sickness or injury of hospitalization (入院の原因となった傷病名) Presumption of doctor (医師推定) Reported by patient (患者申告)		Inception date of sickness or injury (傷病発生年月日) month / day / year			
3. Treatment term (治療期間)	Initial medical consultation (初診) month / day / year ~ month / day / year		Final medical consultation (終診) Presently under treatment (現在加療中)		
4. Treatment Received as Outpatient (入院期間)	1st hospitalization (第1回入院)	From month / day / year To month / day / year		Inpatient (入院中) Discharged (退院)	
	2nd hospitalization (第2回入院)	From month / day / year To month / day / year		Inpatient (入院中) Discharged (退院)	
5. Treatment Received as Outpatient (通院治療日)	Month / Year	Please circle day(s) of ambulatory care or visit for above 2 (Disease/Injury).			Total
	/	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)
	/	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)
	/	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)
6. Condition of sickness from its start to the first diagnosis (発病(受傷)から初診までの経過) (Please indicate when and how symptom first appeared) (いつごろからどのような症状があったか記入してください。) Diagnosis and progress (初診時の所見および経過)					
7. Previous Physician or Referring Physician (前医または紹介医)	Yes No	Physician's Name, Period of Treatment:		Name/Address of Medical Institution:	
8. Past History and Chronic Disease (既往症または持病)	Yes No	Name of Disease, Period of Treatment:		Name/Address of Medical Institution:	
9. Surgical operation effected (今回の傷病に関して実施した手術)	Name of Operation (手術の名称)				Date of Operation (手術日) month / day / year
	Type of Operation (手術の種類)	(1)Craniotomy (開頭術) (2)Thoracotomy (開胸術) (3)Laparotomy (開腹術) (4)Cephalocentesis (穿頭術) (5)Thoracoscopic (胸腔鏡) (6)Laparoscopic (腹腔鏡) (7)Percutaneous (経皮的) (8)Transurethral (経尿道的) (9)Transvaginal (経膈的) (10)Fiberscopic or Catheter (ファイバースコープ又はカテーテルによる手術) (11)Others ()			
	Details of Operation (手術の詳細)	•Surgery of Bone, Joint, Muscle, Tendon and Ligament (骨、関節、筋肉、腱、靭帯の手術の場合) Open Closed •In case of Extremity, operative site is MP Joint and/or proximal. (四肢の手術の場合、手術部位はMP関節を含めて中枢側である) Yes No •In case of Dermatoplasty (Skin Flap), grafts equal to (皮膚形成術(皮弁)の場合、移植片は) 25 cm ² or larger smaller than 25 cm ²			
10. Radiotherapy (放射線照射)	Place (部位)	Quantity in total (総線量)	Gray (グレイ)	Period (期間)	month / day / year ~ month / day / year
11. In Case of Acute Myocardial Infarction (急性心筋梗塞の場合)	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) (初診日から60日時点で労働制限を必要とする状態(軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態)が継続していましたか?)				Yes No
12. In Case of Stroke (脳卒中の場合)	Do such objective, neurological sequelae as dysphasia, ataxia and paralysis still exist 60 days after the initial consultation? (初診日から60日以上、失語症・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか?)			Yes No	If yes, please detail the sequelae. (はいの場合、後遺症を詳述ください)
13. In Case of Malignant Neoplasm (悪性新生物の場合)	Name of Diagnosis (診断確定名)			Date of Diagnosis (診断確定日)	month / day / year
	Diagnostic Approach (診断方法)	Histopathology (病理組織) Cytology (細胞診) Others ()			
	Type of Neoplasm (新生物の種類)	intraepithelial neoplasm (上皮内新生物) Others (それ以外)			
Classification of focus (病巣の分類)		primary (原発) recurrent (再発) metastatic (転移)			
I hereby certify that the above is true and complete to the best of my knowledge and belief. (上記のとおり証明します。)					
Name of hospital (病院名)		Country (国名)		Date (証明日)	
Address of hospital (所在地)				month / day / year	
Signature of doctor (医師名)					

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)

1. Name of patient (氏名)		Sex (性別) Male (男性) Female (女性)		Date of Birth (生年月日) month / day / year			
2. Name of sickness or injury of hospitalization (入院の原因となった傷病名) Presumption of doctor (医師推定) Reported by patient (患者申告)				Inception date of sickness or injury (傷病発生年月日) month / day / year			
3. Treatment term (治療期間)		Initial medical consultation (初診) month / day / year ~ month / day / year		Final medical consultation (終診) Presently under treatment (現在加療中)			
4. Treatment Received as Outpatient (入院期間)		1st hospitalization (第1回入院) From month / day / year To month / day / year		Inpatient (入院中) Discharged (退院)			
		2nd hospitalization (第2回入院) From month / day / year To month / day / year		Inpatient (入院中) Discharged (退院)			
5. Condition of sickness from its start to the first diagnosis (発病(受傷)から初診までの経過) (Please indicate when and how symptom first appeared) (いつごろからどのような症状があったか記入してください。) Diagnosis and progress (初診時の所見および経過)							
6. Previous Physician or Referring Physician (前医または紹介医)		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Physician's Name, Period of Treatment: Name/Address of Medical Institution:			
7. Past History and Chronic Disease (既往症または持病)		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Name of Disease, Period of Treatment: Name/Address of Medical Institution:			
8. Surgical operation effected (今回の傷病に関して実施した手術)		Name of Operation (手術の名称)		Date of Operation (手術日) month / day / year			
		Type of Operation (手術の種類)		(1)Craniotomy (開頭術) (2)Thoracotomy (開胸術) (3)Laparotomy (開腹術) (4)Cephalocentesis (穿頭術) (5)Thoracoscopic (胸腔鏡) (6)Laparoscopic (腹腔鏡) (7)Percutaneous (経皮的) (8)Transurethral (経尿道的) (9)Transvaginal (経膈的) (10)Fiberscopic or Catheter (ファイバースコープ又はカテーテルによる手術) (11)Others()			
		Details of Operation (手術の詳細)		•Surgery of Bone, Joint, Muscle, Tendon and Ligament (骨、関節、筋肉、腱、靭帯の手術の場合) <input type="checkbox"/> Open <input type="checkbox"/> Closed •In case of Extremity, operative site is MP Joint and/or proximal. (四肢の手術の場合、手術部位はMP関節を含めて中枢側である) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No •In case of Dermatoplasty (Skin Flap), grafts equal to (皮膚形成術(皮弁)の場合、移植片は) <input type="checkbox"/> 25 cm ² or larger <input type="checkbox"/> smaller than 25 cm ²			
9. Radiotherapy (放射線照射)		Place (部位) Quantity in total (総線量)		Period (期間) month / day / year ~ month / day / year			
10. In Case of Acute Myocardial Infarction (急性心筋梗塞の場合)		30 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) (初診日から30日時点で労働制限を必要とする状態(軽労働や座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態)が継続していましたか?)				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
11. In Case of Stroke (脳卒中の場合)		Do such objective, neurological sequelae as dysphasia, ataxia and paralysis still exist 30 days after the initial consultation? (初診日から30日以上、失語症・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか?)		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, please detail the sequelae. (はいの場合、後遺症を詳述ください)	
12. In Case of Malignant Neoplasm (悪性新生物の場合)		Name of Diagnosis (診断確定名)		Date of Diagnosis (診断確定日) month / day / year			
		Diagnostic Approach (診断方法)		<input type="checkbox"/> Histopathology (病理組織) <input type="checkbox"/> Cytology (細胞診) <input type="checkbox"/> Others ()			
		Type of Neoplasm (新生物の種類)		<input type="checkbox"/> intraepithelial neoplasm (上皮内新生物) <input type="checkbox"/> Others (それ以外)			
		Classification of focus (病巣の分類)		<input type="checkbox"/> primary (原発) <input type="checkbox"/> recurrent (再発) <input type="checkbox"/> metastatic (転移)			
I hereby certify that the above is true and complete to the best of my knowledge and belief. (上記のとおり証明します。)							
Name of hospital (病院名) Address of hospital (所在地) Signature of doctor (医師名)				Country (国名) Date (証明日) month / day / year			

1. THIS FORM IS NOT TO BE USED FOR CLAIMING THE BENEFIT PAYMENT FOR THE HOSPITALIZATION
2. PLEASE COMPLETE BY WRITING OR TYPING IN ENGLISH AND SIGN WHEREVER AMENDMENTS WERE MADE.

TO NEOFIRST LIFE (ネオファースト生命あて)

THE ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR OUTPATIENT

(通院証明書: 本証明書は、入院給付金の請求用には使用できません。)

1. Patient's Name (患者名)	Chart No. ()	Sex Male Female	Date of Birth month / day / year		
2. Name of Disease / Injury (傷病名)	Initial Consultation (初診日) m. / d. / y.				
3. Period of Hospitalization (入院期間)	The 1st from month / day / year ~ month / day / year The 2nd from month / day / year ~ month / day / year				
4. The date(s) of hospital visit(s) for the treatment of the above 2. Disease/Injury (including dates of house visits) (上記2の傷病の治療を目的とした通院治療日(往診日も通院治療日に含めてください))					
The Days of Treatment received as Outpatient	Treatment in:	Day(s) of treatment as outpatient (Please circle the appropriate day(s))(通院日)			Total
	month	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.			days
	year	16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	month	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.			days
	year	16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	month	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.			days
	year	16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	month	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.			days
	year	16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	month	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.			days
	year	16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
	month	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.			days
	year	16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31			
Number of total days as outpatient				days	
I hereby certify that the above is true and complete to the best of my knowledge and belief. (上記のとおり証明します)					
Date: m. / d. / y.					
Hospital or Clinic Name : (病院名)					
Hospital or Clinic Address : (所在地)					
Attending Physician's Name : (医師名) _____ (Signature)					

ご注意（必ずお読みください）

●この申告書は、請求者がご記入ください。

●本申告書と（病院または診療所で費用をお支払いの際発行される）『領収書の写し』（通院日の記載があるもの）を同時に提出することで、医師記載の『通院証明書』のご提出は不要になります。

ネオファースト生命保険 株式会社 行

通院状況申告書

<海外用>

1. 傷病者氏名		男・女	生年 月日	年 月 日
2. 入院の原因となった傷病名	診断名をご記入ください。			
3. 治療期間	初診	年 月 日	～ 終診	年 月 日 (年 月 日現在加療中)
4. 入院期間	入院	年 月 日	～ 退院	年 月 日
5. 通院先の医療機関	所在地			
	医療機関			
	電話番号			
	主治医名	科	先生	
6. 通院日	*当該月をご記入いただき、上記傷病についての通院日（往診日を含む）に○をつけて下さい。			
月	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	計	日	
月	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	計	日	
月	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	計	日	
月	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	計	日	
月	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	計	日	
月	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	計	日	
上記のとおり相違ありません。後日、事実と相違していることが判明した場合は、そのために不支払となっても異議申立てをいたしません。なお、申告内容について、ネオファースト生命保険株式会社または委託の者が必要に応じて病院（または診療所）に照会することに同意します。				
年 月 日	請求者	住所 _____		
		氏名（自署） _____		

下の枠内に請求者様本人がボールペンでご記入ください。

ネオファースト生命保険株式会社 へて

当社では、お客様の個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。

○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

※各種商品・サービスの詳細は、当社ホームページ(http://neofirst.co.jp/)で ご覧いただけます

<海外用>

事故状況報告書

下記のとおり事故状況について報告します。

年 月 日 報告者氏名

(受傷者との関係)

受 傷 者 名	性別	男・女	生 年 月 日	年 月 日
住 所				
事故発生日時及び場所	年 月 日 (曜日)	午前	時	分
	勤務先	業務内容		
場所	<input type="checkbox"/> 従業中 <input type="checkbox"/> その他			

1. 事故内容

※下記の事故内容からケガの直接の原因となったものを1つ選択のうえ、数字に○印をしてください。

なお、「1.～9.」にあてはまらない場合、「10.その他」にご記入ください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 転倒した・つまずいた・くじいた・ひねった | <input type="checkbox"/> 2. 階段・段差・はしご・椅子・遊具・ベッドから転落した |
| <input type="checkbox"/> 3. 交通事故（4項をご記入ください） | <input type="checkbox"/> 4. 衝突した・ぶつかった（交通事故を除く） |
| <input type="checkbox"/> 5. 急激な動作（スイング・ジャンプ・走る） | <input type="checkbox"/> 6. 切れた・挟まった |
| <input type="checkbox"/> 7. 溺れた | <input type="checkbox"/> 8. 窒息した |
| <input type="checkbox"/> 9. 火傷した | |
| <input type="checkbox"/> 10. その他 → (..... | |

事故状況図または現場見取図

2. 事故原因および事故状況 ※事故の原因および状況を詳細にご記入ください。

3. 警察への届出

してください

届出有り→「有り」のときは、警察の事故証明書を提出してください。

届出無し→「無し」のときは、勤務先その他信頼できる第三者から、以下の事故証明書または任意の書式で作成された証明書を提出してください。

4. 交通事故の場合、以下の項目にご記入ください してください

自動車運転の有無等	<input type="checkbox"/> 運転中	<input type="checkbox"/> 同乗中	<input type="checkbox"/> 歩行中	<input type="checkbox"/> その他 (.....
運 転 中 の 場 合	飲 酒 状 況	<input type="checkbox"/> 飲酒有り (酒類・量		飲酒日時 月 日 午前 午後 時頃 <input type="checkbox"/> 飲酒無し
	法 規 違 反	<input type="checkbox"/> 違反有り (具体的に		<input type="checkbox"/> 違反無し
	車 種	<input type="checkbox"/> 普通自動車	<input type="checkbox"/> 自動二輪	<input type="checkbox"/> 原付自転車 <input type="checkbox"/> その他 (.....
	現地で有効な免許証	<input type="checkbox"/> 免許証有り→「有り」のときは、有効免許証の写しを提出してください		

事故証明書

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住 所

証明者 氏 名

印

(印なきときはサインにて可)

証明者の職業 (具体的に)

証明者と受傷者との関係

証明者となり得た理由

(ご留意事項) ●この事故証明書は、警察の事故証明書をご提出いただける場合および事故を証明できる方がいらっしゃらない場合には、ご記入不要です。

●この事故証明書に代えて任意の書式の証明書を提出準備される場合でも、所定の事故状況報告書を作成されるようお願いいたします。

「支払査定時照会制度」のご案内

－保険金等のご請求に際し、お客さまのご契約内容等を照会させていただくことがあります－

ネオファースト生命保険株式会社（以下「当社」といいます）は、一般社団法人生命保険協会、一般社団法人生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会（以下「各生命保険会社等」といいます）とともに、お支払の判断または保険契約もしくは共済契約等（以下「保険契約等」といいます）の解除、取消しもしくは無効の判断（以下「お支払等の判断」といいます）の参考とすることを目的として、「支払査定時照会制度」に基づき、当社を含む各生命保険会社等の保有する保険契約等に関する下記の相互照会事項記載の情報を共同して利用しております。

保険金、年金または給付金（以下「保険金等」といいます）のご請求があった場合や、これらに係る保険事故が発生したと判断される場合に、「支払査定時照会制度」に基づき、相互照会事項の全部または一部について、一般社団法人生命保険協会を通じて、他の各生命保険会社等に照会をなし、他の各生命保険会社等から情報の提供を受け、また他の各生命保険会社等からの照会に対し、情報を提供すること（以下「相互照会」といいます）があります。相互照会される情報は下記のものに限定され、ご請求に係る傷病名その他の情報が相互照会されることはありません。また、相互照会に基づき各生命保険会社等に提供された情報は、相互照会を行った各生命保険会社等によるお支払等の判断の参考とするため利用されることがありますが、その他の目的のために利用されることはありません。照会を受けた各生命保険会社等において、相互照会事項記載の情報が存在しなかったときは、照会を受けた事実は消去されます。各生命保険会社等は「支払査定時照会制度」により知り得た情報を他に公開いたしません。

当社が保有する相互照会事項記載の情報については、当社が管理責任を負います。契約者、被保険者または保険金等受取人は、当社の定める手続に従い、相互照会事項記載の情報の開示を求め、その内容が事実と相違している場合には、訂正を申し出ることができます。また、「個人情報の保護に関する法律」に違反して相互照会事項記載の情報が取扱われている場合、当社の定める手続に従い、当該情報の利用停止あるいは第三者への提供の停止を求めることができます。上記各手続の詳細については、お近くの当社窓口にお問い合わせください。

【相互照会事項】

次の事項が相互照会されます。ただし、契約消滅後5年を経過した契約に係るものは除きます。

- (1)被保険者の氏名、生年月日、性別、住所（市・区・郡までとします）
- (2)保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故（左記の事項は、照会を受けた日から5年以内のものとして）
- (3)保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金等受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法

上記相互照会事項において、被保険者、保険事故、保険種類、保険契約者、死亡保険金、給付金日額、保険料とあるのは、共済契約においてはそれぞれ、被共済者、共済事故、共済種類、共済契約者、死亡共済金、共済金額、共済掛金と読み替えます。

※「支払査定時照会制度」に参加している各生命保険会社名につきましては、一般社団法人生命保険協会ホームページ（<http://www.seiho.or.jp/>）の「加盟会社」をご参照ください。

【ご加入の生命保険に関する手続き・お問い合わせ】

ネオファースト生命コンタクトセンター

■ご加入時期が2015.8.13より前の保険商品

～「1年組み立て保険」にご加入のご契約者さま(1年組み立て保険専用窓口)～

03-6628-5822

■ご加入時期が2015.8.13以降の保険商品

～「1年組み立て保険」以外にご加入のご契約者さま～

03-6628-5823

受付時間 9:00～17:00
(日本時間) (日曜日・祝日・年末年始を除く)

※受付時間(土曜日を含む)につきましては状況により変更になる場合がございます。
詳細は当社ホームページをご確認ください。

- 証券番号をあらかじめお確かめのうえ、請求者ご本人さまよりお電話ください。
- 月曜日など休日明けや土曜日は大変お電話が混み合い、つながりにくい場合がございますのでご了承ください。
- コンタクトセンターへのお電話は、当社業務の運営管理及びサービス充実の観点から録音させていただきます。

【インターネットホームページ】

<http://www.neofirst.co.jp/>

【保険金・給付金などのご請求書類送付先住所】

〒141-0032

東京都品川区大崎二丁目11-1 大崎ウィズタワー15F

ネオファースト生命保険株式会社 お客様サービス部 支払サービス課 宛