



# 海外渡航のてびき



第一ネオ生命保険株式会社

## 〔目 次〕

<b>I. はじめに</b>	(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
<b>II. 海外渡航前のご準備</b>	
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
<b>III. 保険金・給付金などのご請求</b>	
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
<b>IV. その他お手続き</b>	
1. 名義変更	8
2. 解約	8
<b>V. 帰国後のお手続き</b>	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〉

第一ネオ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Webサイトについて

～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Webサイトをご参照ください～

<https://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さま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さま（受取人さま）は通常、主契約の被保険者さまです。また、被保険者さま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となります。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、健康保険等の資格確認書、マイナンバー（個人番号カード）、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

請求者さまの本人確認書類のご提出が必要になります。運転免許証、健康保険等の資格確認書、マイナンバー（個人番号カード）、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さま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。受取口座は請求者さま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さまの氏名、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さまの氏名、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、請求者さま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、請求者さま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Webサイト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、「ご契約のしおり一約款」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	◇ <u>短期入院特約</u> 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。
		◇ <u>医療特約</u> 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	◆ <u>終身医療保険</u> 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	◇ <u>短期入院特約</u> 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。
		◇ <u>医療特約</u> 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	◆ <u>終身医療保険</u> 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	◇ <u>医療特約</u> 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	◆ <u>手術保障特約</u> 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	◇ <u>医療特約</u> 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さまから巻末の「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、直接ご本人さまが、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さま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さまのご署名・押印をいただくことになります。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、契約者さま本人が、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、契約者さまが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）、契約者さま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第一ネオ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  
 脊髄 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  
 浣腸 enema

注射 injection  
 X線 X-ray  
 赤外線 Ultra - red ray  
 超音波 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 gastroptosis  
 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 gonorrhea

### 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  
 網膜剥離 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  
 入歯 denture  
 差歯 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
ひきでもの	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
腫	pus
おでき	tumor
鞭打ち損傷	whiplash injury
火傷	burn
ひょうそ	panarthritis
凍傷	frost bite
ヘルニア	hernia
関節炎	arthritis
五十肩	frozen shoulder
つぎ指	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
刺さる痛み	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
せいかい	wheeze
痰	phlegm

喀血	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
軟便血	loose stool
便粘液	bloody stool
便便通	mucous stool
便便通	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
のどのいたみ	sore throat
のどがゆらゆら	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	bradycardia
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

- ギクッリ腰です。
- 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（「個人情報保護方針」の全文は当社Webサイトでご確認いただけます）。  
 ○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 ○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  
 ○当社のグループ会社・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 ○その他保険に関連・付随する業務
2. 当社では、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用に関する法律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

## 給付金請求書（兼同意書）＜海外用＞

（提出先）第一ネオ生命

貴社約款および特約条項に基づき、以下の項目および裏面【お手続きにあたって確認・同意いただく内容について】の内容を確認・同意のうえ保険金・給付金等を請求します。

- 提出した診断書等に不明な点等があれば、第一ネオ生命が必要に応じて本書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
- 第一ネオ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
- 第一ネオ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
- 第一ネオ生命が必要と認めるときは、事実の確認を行うこと
- 本請求に関して第一ネオ生命へ登録済みの携帯電話番号、または、⑥に記入した携帯電話番号へ問い合わせやご案内がSMS（携帯電話番号を利用したメッセージ）で配信されること
- 本書の写しも本書と同等の効力があること

枠内に黒のボールペンで記入してください。

1	証券番号	—	—
---	------	---	---

2	フリガナ	
	被保険者	

請求書を記入される日を記入してください。

3	記入日	年	月	日
---	-----	---	---	---

請求者様が署名してください。

4	フリガナ	
	請求者	自署

振込先を記入してください。

※請求者本人以外の口座を指定される場合は、請求者の本人確認書類をご提出ください。

※請求者が法人の場合は、法人名義の口座を指定してください。

5	口座名義人を記入してください。	口座名義人（カタカナ） 請求者名義の口座をご指定ください。	
	どちらかに記入してください。	金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	銀行 信組 信金 農協 支店 本店 出張所
		ゆうちょ銀行	普通 当座 記号

1 0 1

支払明細等の送付先住所を記入してください。

6	送付先住所	〒
	携帯電話番号またはその他ご連絡が可能な電話番号	—

【お手続きにあたって確認・同意いただく内容について】

- ・「保険証券」、「ご契約のしおり・約款」をご参照のうえ、ご加入の契約・特約についてご請求の対象となる保険金・給付金・保険料払込免除を今一度ご確認ください。（「ご契約のしおり・約款」は当社Webサイトでご覧いただけます。）  
なお、ご治療の内容によってはお支払いできない場合がありますので、「保険証券」またはご加入時の「承諾書」をお確かめください。
- ・給付金等のご請求の際、約款の定めにより保険料等の精算が生じる場合があります。  
例えば、給付金等の支払事由が生じた場合に未払込保険料があるときは、未払込保険料を差し引いた金額をお支払いします。
- ・健康保険等の資格確認書の写しを提出される場合は、記号・番号・保険者番号・QRコードを判読できないようマスキング（黒く塗りつぶし）してください。また、年金手帳の写しを提出される場合は、基礎年金番号を判読できないようマスキングしてください。その他ご提出書類に「本籍」「国籍」「マイナンバー（個人番号）」が記載ある場合は判読できないようマスキングしてください。
- ・営業日以外にお手続きに必要な書類が当社に到着した場合には、翌営業日に到着したものとして取り扱います。
- ・提出する書類について、記載事項が事実と相違する場合には、正当な支払金額にて精算を行うことに同意します。また、提出した書類の返却を求めないことに同意します。
- ・保険料払込免除事由に該当した場合は、保険料払込免除についても請求したものとして取り扱うことに同意します。
- ・提出する診断書等の内容に基づき、お支払いできる可能性があるすべての給付金（例えば、入院給付金と手術給付金）について、一括してお支払内容を判断することに同意します。また、一部の給付金（例えば、入院給付金）のお支払いが可能であっても、その他の給付金（例えば、手術給付金）のお支払いに関する情報が不足しているため第一ネオ生命から追加での書類提出または回答を求められた場合は、再度書類を提出した日もしくは回答した日が「請求受付日（※）」となることに同意します。  
※「請求受付日」は、請求に必要な不備のない書類が当社に到着した日となります。当社では「請求受付日」から約款所定の期間内に給付金をお支払いしており、これらの期間を超えることとなった場合には、超えた日数に応じて所定の利息をあわせてお支払いしております。
- ・この請求に際して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）第一ネオ生命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、第一ネオ生命の業務上必要な範囲内で使用されることを、当該個人情報本人に対して確認をし、同意を得たうえで提出します。
- ・当社は、各生命保険会社等とともに、お支払等の判断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入院日・退院日（照会を受けた日から5年以内）等の所定の情報を共同して利用しております。  
詳しくは、生命保険協会または当社のWebサイトもしくは生命保険協会のパンフレットをご覧ください。詳しくは、生命保険協会または当社のWebサイトもしくは生命保険協会のパンフレットをご覧ください。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (診断書)										
1.Name of patient (氏名)			Sex (性別)		Date of Birth (生年月日)					
			<input type="checkbox"/> Male (男性) <input type="checkbox"/> Female (女性)		month / day / year					
2.Name of sickness or injury of hospitalization (入院の原因となった傷病名)					Inception date of sickness or injury (傷病発生年月日)					
<input type="checkbox"/> Presumption of doctor (医師推定) <input type="checkbox"/> Reported by patient (患者申告)					month / day / year					
3.Treatment term (治療期間)		Initial medical consultation (初診)			Final medical consultation (終診)					
		month / day / year ~ month / day / year			<input type="checkbox"/> 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 / To			Inpatient (入院中)			
				month / day / year month / day / year			<input type="checkbox"/> Discharged (退院)			
		2nd hospitalization (第2回入院)		From / To			Inpatient (入院中)			
				month / day / year month / day / year			<input type="checkbox"/> 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)	
		/		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)			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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)			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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) <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 c m <sup>2</sup> or larger <input type="checkbox"/> smaller than 25 c m <sup>2</sup>									
10.Radiotherapy (放射線照射)		Place (部位)		Period (期間)		Quantity in total (総線量)				
						Gray (グレイ) 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?)							<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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?)				<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)		
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)		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)					
Address of hospital (所在地)					Date (証明日)					
					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)		
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)		Yes 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)		Yes 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)			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 c m <sup>2</sup> or larger smaller than 25 c m <sup>2</sup>	
9.Radiotherapy (放射線照射)	Place (部位)			Period / / ~ / / / month day year month day year		
	Quantity in total (総線量)	Gray (グレイ)		(期間)		
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?)					Yes 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?)			Yes 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)		Histopathology (病理組) 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)			
Address of hospital (所在地)			Date (証明日) / /			
Signature of doctor (医師名)			month day year			

<海外用>

- 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 Daiichi Neo Life (第一ネオ生命あて)

### 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.Name of patient(患者名)		Chart No. ( )	Sex(性別) Male (男性) Female (女性)	Date of Birth(生年月日) month / day / year	
2. Name of Disease / Injury (傷病名)				Initial Consultation (初診日) month / day / year	
3.Period of Hospitalization (入院期間)	The 1st	from	month / day / year	~ till month / day / year	
	The 2nd	from	month / day / year	~ till 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			day(s)
	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			day(s)
	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			day(s)
	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			day(s)
	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			day(s)
year _____	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
Number of total days as outpatient				day(s)	

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。

第一ネオ生命保険株式会社 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	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意義申立てをいたしません。なお、申告内容について、第一ネオ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。

## 第一ネオ生命保険株式会社 あて

当社では、お客さまの個人情報をご利用の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				勤務先	
事故発生日時及び場所	年 月 日 (曜日)	午前 午後	時 分頃	業務内容	
	場所			従業員	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="radio"/> 1 転倒した・つまずいた・くじいた・ひねった | <input type="radio"/> 2 階段・段差・はしご・椅子・遊具・ベッドから転落した |
| <input type="radio"/> 3 交通事故(4項をご記入ください)     | <input type="radio"/> 4 衝突した・ぶつかった(交通事故を除く)       |
| <input type="radio"/> 5 急激な動作(スイング・ジャンプ・走る)  | <input type="radio"/> 6 切れた・挟まった                  |
| <input type="radio"/> 7 溺れた                  | <input checked="" type="radio"/> 8 窒息した           |
| <input type="radio"/> 9 火傷した                 |                                                   |
| <input type="radio"/> 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"/> 飲酒なし	
	法規違反	<input type="checkbox"/> 違反有り		<input type="checkbox"/> 違反なし	
	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		<input type="checkbox"/> 無免許	

## 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

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ご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

—保険金などのご請求に際し、お客さまのご契約内容などを照会させていただくことがあります。—

第一ネオ生命保険株式会社（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、お支払い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、取消もしくは無効の判断（以下「お支払い等の判断」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」にもとづき、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」にもとづき、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、相互照会にもと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に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。保険契約者、被保険者または保険金等受取人は、当社の定める手続きに従い、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り扱われている場合、当社の定める手続きに従い、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。上記各手続きの詳細については、当社コンタクトセンターにお問い合わせください。

- ア). 当社があらかじめ本人の同意を得ず利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱っている場合
- イ). 当社が不適正な個人情報の利用・取得をしている場合
- ウ). 本人が識別される保有個人データを当社が利用する必要がなくなった場合
- エ). 当社が取り扱う個人データの漏えい・滅失・毀損その他の個人データの安全の確保に係る事態であって個人の権利利益を害するおそれが大きい場合
- オ). 本人が識別される保有個人データの取り扱いにより、本人の権利又は正当な利益が害されるおそれがある場合

## 相互照会事項

つぎ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年以内のものとしします。）
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おける相互照会事項に関する開示等請求について

### 【開示請求について】

当社を保険者とする保険契約の契約者、被保険者または保険金等受取人は、下記の開示対象事項について開示を求めることができます。

### 【開示対象事項】

- ・当制度に基づく相互照会の有無
- ・相互照会の時期
- ・相互照会された事項

ただし、相互照会后3年を経過した場合は、当該情報の消去等により回答できないことがあります。また、ご本人以外の方に関する個人情報等開示できない場合もあります。

#### 【請求の方法】

1. 請求受付場所
  - ・当社窓口にご来社いただくか、または郵送でご請求ください。
  - ・郵送での請求を希望される場合は、手続方法をご案内いたしますので、当社コンタクトセンターまでご連絡ください。
2. 提出いただくもの
  - ・所定のお申出書（ご請求者の押印）
  - ・保険証券
  - ・本人確認資料
3. 本人確認資料の提示について
  - ・ご本人による請求の場合  
ご本人の写真付証明書（運転免許証、パスポート、マイナンバーカード（個人番号カード）※<sup>1</sup>）、健康保険等の資格確認書※<sup>2</sup>、年金手帳※<sup>3</sup>
  - ・代理人（指定代理請求人、未成年後見人、成年後見人、本人が委任した代理人）による請求の場合  
代理人本人の写真付証明書（運転免許証、パスポート、マイナンバーカード（個人番号カード）※<sup>1</sup>）、健康保険等の資格確認書※<sup>2</sup>、年金手帳※<sup>3</sup>  
委任状（ご本人が、会社届出印もしくは印鑑証明書の印（印鑑証明書を添付）を押印ください。））、後見開始審判書または戸籍謄本等、代理権の有無およびその範囲が確認できる資料

※<sup>1</sup> 顔写真のある面のみご提出ください。

※<sup>2</sup> 記号・番号・保険者番号・QRコードを判読できないようマスキング（黒く塗りつぶし）してください。

※<sup>3</sup> 年金番号を判読できないようマスキング（黒く塗りつぶし）してください。

#### 【手数料】

当社コンタクトセンターまでお問い合わせください。

#### 【回答方法】

後日、当社より、回答書をご請求者様宛に送付いたします。なお、ご請求に応じかねる場合には回答書においてその旨をお知らせいたします。

#### 【訂正・追加・削除請求について】

万一、上記手続により開示された相互照会の内容に誤りがある場合、内容の訂正、追加または削除を申し出ることができます。

請求の方法は、下記の資料を提出いただくほか、開示請求の場合と同様です。

- ・開示請求時の回答の写し
- ・当該情報に誤りがあることを示す資料

#### 【利用停止または消去の請求について】

万一、上記手続により開示された相互照会について、次のア)～オ)に記載の事由を理由とする場合、利用停止または消去を申し出ることができます。

- ア). 当社があらかじめ本人の同意を得ず利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱っている場合
- イ). 当社が不適正な個人情報の利用・取得をしている場合
- ウ). 本人が識別される保有個人データを当社が利用する必要がなくなった場合
- エ). 当社が取り扱う個人データの漏えい・滅失・毀損その他の個人データの安全の確保に係る事態であって個人の権利利益を害するおそれ大きい場合
- オ). 本人が識別される保有個人データの取り扱いにより、本人の権利又は正当な利益が害されるおそれがある場合

請求の方法は、下記の資料を提出いただくほか、開示請求の場合と同様です。

- ・開示請求時の回答の写し
- ・上記ア)～オ)に記載の事由を示す資料

※「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Webサイト (<https://www.seiho.or.jp/>) の「会員会社の情報」をご参照ください。

## ご連絡先

### 【ご加入の生命保険に関するお手続き・お問い合わせ】 第一ネオ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Webサイトをご確認ください。

- 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いておりますのでご了承ください。

#### 【インターネットWebサイト】

<https://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17F

第一ネオ生命保険株式会社 お客さまサービス部 支払サービス課 宛