

海外渡航のてびき



	(ページ)
I. はじめに	
1. 海外在住中の保障	1
2. 海外在住中の保障内容の変更	1
3. 海外在住中の特別取扱	1
4. 海外からのお問い合わせ方法	2
II. 海外渡航前のご準備	
1. 海外渡航届のご提出	3
2. 海外在住中の保険料の払い込み	4
3. 財形積立保険にご加入の場合	5
4. 渡航時に持参いただきたい書類	6
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	7
2. 満期保険金・生存給付金・学資金など	8
3. 年金	9
4. 入院給付金・手術給付金・通院給付金	10
5. 特定(3大)疾病保険金など	14
6. 高度障害保険金など	14
7. 死亡保険金	14
IV. その他お手続き	
1. 名義変更	15
2. 契約者貸付のご利用、積立配当金・すえ置金のお引き出し	15
3. 解約	15
V. 海外送金と通知	
1. 海外送金	16
2. お支払い等に関するご連絡・ご通知	17
VI. 外国居住に伴い必要となるお手続き	18
VII. 米国へ渡米後に必要となるお手続き	19
VIII. 帰国後のお手続き	20
【巻末資料】	
●「支払査定時照会制度」のご案内	
●ご連絡先一覧	
●海外であなたを助ける医事英語集	
●海外渡航届	
●(海外用)給付金請求書(入院・手術)	
●給付金ご請求時の注意点について	
●(海外用)入院証明書兼診断書	
●(海外用)入院証明書兼診断書別紙(悪性新生物欄記入に関する注意事項)	
●(海外用)通院証明書	
●(海外用)事故状況報告書	

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、死亡保険金・給付金などの各特約給付金が支払われます。ただし、死亡保険金などのご請求は海外から直接できないものがあります。

また、満期保険金・生存給付金・年金などについても、国内在住の場合と同様にお受け取りいただけます。

2. 海外在住中の保障内容の変更

海外在住中の新規のご加入、保険金の増額、特約の付加などはお取り扱いしておりませんので、渡航される前にお手続きをお願いいたします。ただし、海外渡航が決まった後では、渡航される国・渡航期間・渡航先でのお仕事の内容などによりお取り扱いできない場合や、ご希望される内容でお引き受けできない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

3. 海外在住中の特別取扱

(1) 海外在住中に保険契約が失効した場合

海外在住中に保険契約が失効した場合には、医的診査ができないため、普通保険の約款の定めにかかわらず復活のお取り扱いができない場合があります。

※ 復活は、2026年1月1日以前にご加入いただいた契約で当社が定める条件を満たす場合に対象となります。

(2) 海外への送金

海外渡航中に当社からの保険金や契約者貸付金等の支払金を受け取られる場合、国内の口座をお持ちでない請求者に限り、海外へ送金いたします。その際の送金経費は請求者負担となります。

(3) 海外渡航中の保険契約に関する諸通知

当社からの保険契約に関するお知らせは、国内の指定住所に送付されます。

満期保険金等の受取手続きをとまなうご案内は、ご希望により海外渡航先に送付することも可能です。

4. 海外からのお問い合わせ方法

第一生命コンタクトセンターまでご連絡ください。

※巻末資料「ご連絡先一覧」参照。

～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. 海外渡航届のご提出

(1) 次のいずれかに該当する場合には、巻末資料「海外渡航届」を必ずご提出ください。

なお、海外から帰国された場合は必ず当社へご連絡ください。

「海外渡航届」は第一生命ホームページからも入手いただけます。

●保険料払込方法が送金扱の場合

※ 保険料のお払い込みに関することについて、日本国内在住者を代理人としてご指定ください。

●次の諸案内の海外渡航先住所あて送付を希望される場合

〔海外へ直送できる諸案内〕

- ・満期保険金の請求案内
- ・生存給付金、特約満期給付金、生存保険金、学資金、年金の請求案内
- ・主契約自動更新のお知らせ

※上記諸案内について、海外渡航先住所へ送付を希望される場合、「海外渡航届」にて、「希望します」とご指定のうえご提出ください。渡航時に住所が未確定の場合には、渡航後に確定した住所をご連絡いただければ、以降渡航先ご住所あてに上記諸案内を郵送いたします。ご連絡がない場合は、現在のお届け先住所に送付させていただきます。

※上記以外の諸案内は、海外在住中においても国内通信先へ郵送されます。

※なお、海外在住中に現地で再度住所を変更される場合は必ず当社へご連絡ください。

●代理人を変更される場合

※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のであらかじめご了承ください。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、当社からのご連絡手段として使用させていただきますことがあります。

(2) 提出方法

記入済の「海外渡航届」は、巻末資料「ご連絡先一覧」の【お手続き類の送付先】に郵送いただくか、担当の生涯設計デザイナーにご提出ください。

2. 海外在住中の保険料の払い込み

保険料の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

保険契約者の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、月払のご契約は、2か月続けて振替ができなかった場合、口座振替のお取り扱いを中止させていただきますこととなりますので、振替口座の残高にご注意ください。

(2) 保険料をまとめて払い込む方法

●保険料の一括払

月払契約について、当月以降の保険料をまとめて払い込む方法です。

なお、3か月以上24か月以下の保険料に限ってお取り扱いしておりますので、渡航期間が2年を超えることが予想される場合には次の「前納」をお選びください。

●保険料の前納

将来の年払保険料を2年以上または、全部をあらかじめまとめて払い込む方法です。この場合、保険料は当社所定の利率で割り引かれますので、割引後の保険料（保険料前納金）を実際に払い込みいただきます。月払・半年払のご契約は年払に変更のうえ、お取り扱いいたします。

(3) 勤務先からの給与引去で払い込む方法（団体扱）

団体扱での払い込みの契約は、そのままご継続できます。ただし、海外赴任後においても勤務先での保険料の給与引去が可能な場合に限りです。

詳しくは、直接または勤務先の事務担当者を通じて、当社の担当部門までお問い合わせください。

退職等の理由により、団体扱でのご継続ができなくなった場合、(1)(2)(4)のいずれかの払込方法へ変更手続きをお願いいたします。

(4) 日本国内の代理人の方より払い込む方法

ご親族などを代理人として選任し、保険料のお支払いを一任される方法です。

送金扱の場合、保険料振込用紙は渡航時、「海外渡航届」にてご指定いただいた国内通信先に郵送いたします。

※海外口座での保険料の払い込み

お取り扱いできません。上記(1)から(4)の方法のみのお取り扱いとなります。

※永住される場合

(2)「保険料をまとめて払い込む方法」の「保険料の前納」をおすすめいたします。

3. 財形積立保険にご加入の場合

財形積立保険にご加入されている場合は、勤務先の事務担当者を通じて、当社の担当部門までお問い合わせください。

(1) 財形年金積立保険、財形住宅貯蓄積立保険にご加入の場合

保険料払込期間中の海外転勤につきましては、海外勤務期間が7年以内の場合に限り、ご契約を継続することができます。

ただし、海外勤務中は保険料の払い込みは中断していただきます。

※租税特別措置法施行令 第2条の21第2項

海外転勤者の財産形成非課税住宅貯蓄継続適用申告書（…中略…）（その者が、国内において前項の雇用契約に基づく賃金の全部若しくは一部の支払いを受けないこととなったこと、出国をした日から7年を経過する日までに当該雇用契約に係る賃金の支払者の国内の事務所、事業所その他これらに準ずるものに勤務することとならなかったこと（…中略…）（…中略…）収益の分配又は差益については、法第4条の2第1項の規定は、適用しない。

- 必ず出国前までに「海外転勤者の財産形成非課税年金（住宅）貯蓄継続適用申告書」を勤務先経由で当社の担当部門までご提出ください。
- 国内勤務に変わられた場合には、国内勤務されることとなった日から2か月以内に「海外転勤者の特別国内勤務申告書」を勤務先経由で当社の担当部門までご提出ください。万一、期限日までにお手続きいただけなかった場合は、継続適用不適合となり、2か月経過日（不適合日）から1年以内に解約していただくこととなります。
- 海外勤務期間が7年を超えることとなった場合は、継続適用不適合となり、7年経過日（不適合日）から1年以内に解約していただくこととなります。

(2) 勤労者財産形成貯蓄積立保険にご加入の場合

海外勤務中でも、ご契約を継続することができます。

ただし、海外勤務中は国内で給与などの全部または一部が支払われている場合限り、保険料の払い込みができます。

4. 渡航時に持参いただきたい書類

渡航時に持参いただきたい書類などは次のとおりです。

保険証券
ご加入のご契約に関するお問い合わせの際には証券・証書番号が必要となりますので、持参されることをおすすめいたします。
「ご契約のしおり一約款」
「ご契約のしおり一約款」は、ご契約の内容が記載された重要なものです。持参されることをおすすめいたします。
海外渡航のてびき
このてびきには、海外在住中の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

(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も可能です。この場合、請求書上の請求者名はご本人となりますのでご注意ください。また、ご親族を代理人として請求および受領を委任される場合は「委任状」が必要ですので、あらかじめ当社にご相談ください。

(2) 海外から直接ご請求される場合

次の保険金・給付金などにつきましては、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、次ページ以降のそれぞれの項目をご参照ください。

- 満期保険金・生存給付金・学資金など
- 年金
- 入院給付金・手術給付金・通院給付金

※帰国後にご請求される場合

入院給付金・手術給付金・通院給付金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や、交通事故の場合は現地警察などが発行する交通事故証明書など、その国でお手配いただいておりますことが必要な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. 満期保険金・生存給付金・学資金など

海外在住中に、満期保険金や生存給付金の支払日（満期日または支払応当日）が到来する場合、満期保険金や生存給付金を海外から直接ご請求いただけます。

〔請求者〕

請求者は、保険証券に記載されている受取人となります。

ご請求にあたっては受取人を必ず保険証券でご確認ください。

また、受取人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）を確認できる受取人の戸籍抄本、親権者（または未成年後見人）のパスポートのコピーも必要です。

※親権者（または未成年後見人）からご請求いただく場合は、事前に当社までご照会ください。

〔必要書類〕

満期保険金・生存給付金満了	生存給付金・特約満期給付金・生存保険金・学資金
請求書	
満期保険金・生存給付金などの請求書につきましては、満期日（または支払応当日）の前月の10日頃に当社の担当部門から郵送いたします。	
請求書の送付先は、あらかじめご請求案内の送付先を海外の住所でお申し出いただいている場合には海外の住所、日本国内の連絡先を指定いただいている場合には日本国内の連絡先住所となります。	
請求書の再発行を希望される場合は、直接当社へご請求ください。なお、その場合は必ず「再発行希望」とお申し出ください。	
受取人のパスポートのコピー	
顔写真・旅券番号・自署のあるページのコピーをご提出ください。	
日本領事館もしくは海外在中の公証人が発行する受取人のサイン証明書	
支払金を本人口座以外で受け取られることを希望される場合は、ご提出ください。	

〔ご請求方法〕

上記書類を当社の担当部門あてにご郵送ください。（巻末資料「ご連絡先一覧」をご参照ください）

※生存給付金・学資金などで、「ご契約のしおり一約款」上、保険金・給付金などのお支払方法がすえ置支払となっている商品につきましては、お支払い前に「自動すえ置のご案内」と「請求書」を郵送いたします。すえ置支払とはせず、生存給付金・学資金などのお受け取りを希望される場合は、同封の「請求書」にてお手続きください。

3. 年金

海外在住中に年金の支払応当日が到来する場合、海外から直接ご請求いただけます。

〔請求者〕

請求者は、保険証券に記載されている年金受取人となります。

ご請求にあたっては年金受取人を必ず保険証券でご確認ください。

また、年金受取人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）の確認できる年金受取人の戸籍抄本、親権者（または未成年後見人）のパスポートのコピーも必要です。

〔必要書類〕

年金開始時	次年度以降
請求書	
請求書を年金開始日の前月の 10 日頃に当社の担当部門から郵送いたします。	案内書類等を年金支払応当月の前月の中旬に当社の担当部門から郵送いたします。
請求書の送付先は、あらかじめ請求案内の送付先を海外の住所でお申し出いただいている場合には海外の住所、日本国内の連絡先を指定いただいている場合には日本国内の連絡先住所となります。 請求書の再発行を希望される場合は、直接当社へご請求ください。なお、その場合は必ず「再発行希望」とお申し出ください。	
受取人のパスポートのコピー	
顔写真・旅券番号・自署のあるページのコピーをご提出ください。	
日本領事館もしくは海外在中の公証人が発行する被保険者の在留証明書	
渡航国やお支払内容に応じて必要となる場合があります。当社の担当部門から郵送いたしますご案内に記載しております。	
日本領事館もしくは海外在中の公証人が発行する受取人のサイン証明書	
支払金を本人口座以外で受け取られることを希望される場合はご提出ください。	

〔ご請求方法〕

上記書類を当社の担当部門あてにご郵送ください。（巻末資料「ご連絡先一覧」をご参照ください）

〔税務について〕

日本と渡航先の国が「租税条約」を締結しておりますと、年金をお支払いする際に、源泉徴収税の控除はいたしません。その場合には「租税条約に関する届出書」をご提出ください。また、アメリカ合衆国、イギリス、フランスなどにつきましては、上記とあわせて「特典条項に関する付表」および「居住者証明書」のご提出が必要となります。

「租税条約に関する届出書」が必要な場合は、直接当社へお申し出ください。

なお、「租税条約」の締結状況につきましては、日本国内の「税務署」にお問い合わせください。

4. 入院給付金・手術給付金・通院給付金

海外在住中に、病気やケガで入院された場合や手術を受けられた場合、また入院・退院の前後に通院をされた場合、次のとおり、入院給付金・手術給付金・通院給付金などを海外から直接ご請求いただけます。

〔請求者〕

入院給付金・手術給付金・通院給付金の請求者（受取人）は通常、主契約の被保険者（家族特約が付加されている場合のご家族分の請求も同様）ですが、保険種類によっては異なる場合がありますので「ご契約のしおり一約款」でご確認ください。

また、被保険者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、被保険者本人のパスポートのコピーが必要です。

また、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が必要となる場合もありますので、詳しくは当社の担当部門（巻末資料「ご連絡先一覧」をご参照ください）にお問い合わせください。

〔必要書類〕

	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 (※)
パスポートのコピー (本人確認書類)	○	○	○	○
給付金請求書	○	○	○	○
入院証明書兼診断書	○	○	○	
事故状況報告書	—	○	○ (不慮の事故による 場合)	
交通事故証明書	—	○ (交通事故の場合)	○ (交通事故の場合)	
通院証明書				○

※13 ページに記載のある通院特約にご加入いただいている方がご請求の対象となります。

【必要書類のご説明】

パスポートのコピー
請求者の本人確認書類として、 <u>パスポートのコピー（顔写真・旅券番号・自署のあるページ）</u> 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お取り寄せください。 ※ご家族のご請求の場合は、給付金請求書の「ご家族の方のご請求の場合は～」以降をお読みいただき、請求者との続柄、ご家族の氏名・生年月日を必ずご記入ください。 ※受取口座は請求者のご本人口座をご指定ください。 ※金融機関識別コード（SWIFT CODE、BIC CODE 等）をご記入ください。
入院証明書兼診断書
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の氏名、生年月日、入院日・退院日、傷病名、手術がある場合は手術名・手術部位と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。 なお、国内でのご請求の場合には診断書を必要としない場合でも、 海外で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。
交通事故証明書
警察等公的機関の証明が得られない場合には、勤務先の証明書など、第三者による証明書をご提出ください。
通院証明書
巻末の当社所定の通院証明書をご提出ください。

※上記以外の書類（例：領収書・退院証明書・入院中の治療内容を記した診療録等）の提出を求める場合があります。この場合、当社が求めた書類をご提出いただくまでは給付金はお支払いできませんので、あらかじめご了承ください。

※入院給付金・手術給付金・通院給付金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や現地警察等が発行する交通事故証明書（交通事故の場合）など、その国でお手配いただくことが必要な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。

※新型コロナウイルス感染症に関するご請求については詳しくは当社の担当部門（巻末資料「ご連絡先一覧」をご参照ください）にお問い合わせください。

【ご請求方法】

上記書類を当社の担当部門あてにご郵送ください。（巻末資料「ご連絡先一覧」をご参照ください）

《参考》 入院・手術・通院に関する特約・保険のお支払要件

ここでは、代表的な特約・保険の概要のみ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。

[2026.1 現在]

疾病入院給付金 (病気で入院された 場合)	入院一時金保険(限定告知型) [ご加入時期…2021.7~] 総合医療一時金保険(2021) [ご加入時期…2021.1~] 総合医療保険(2018) [ご加入時期…2018.4~] 新総合医療特約D(H22) [ご加入時期…2010.9~] 新総合医療特約D [ご加入時期…2007.4~] 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。)
	総合医療特約 [ご加入時期…2002.1~] 責任開始期以後の疾病により継続して2日以上入院されたと ときに入院日数に応じてお支払いします。
	疾病特約(S62) [ご加入時期…1987.4~] 責任開始期以後の疾病により継続して5日以上入院されたと ときにお支払いします。ただし、入院開始日からその日を含めて 4日を差し引きます。
	疾病特約(S56) [ご加入時期…1981.10~1987.3] 疾病特約 [ご加入時期…1974.6~1981.9] 責任開始期以後の疾病により継続して20日以上入院された ときにお支払いします。
災害入院給付金 (不慮の事故により 入院された場合)	入院一時金保険(限定告知型) [ご加入時期…2021.7~] 総合医療一時金保険(2021) [ご加入時期…2021.1~] 総合医療保険(2018) [ご加入時期…2018.4~] 新総合医療特約D(H22) [ご加入時期…2010.9~] 新総合医療特約D [ご加入時期…2007.4~] 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。)
	総合医療特約 [ご加入時期…2002.1~] 責任開始期以後の傷害により継続して2日以上入院されたと ときに入院日数に応じてお支払いします。
	災害入院特約(S62) [ご加入時期…1987.4~] 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、継続して5日以上入院されたときにお支払いします。ただ し、入院開始日からその日を含めて4日を差し引きます。
	災害入院特約(S56) [ご加入時期…1981.10~1987.3] 災害入院特約 [ご加入時期…1976.3~1981.9] 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、5日以上入院されたときにお支払いします。

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)	総合医療一時金保険 (2021) [ご加入時期…2021.1~] 総合医療保険 (2018) [ご加入時期…2018.4~] 新総合医療特約 D (H22) [ご加入時期…2010.9~] 新総合医療特約 D [ご加入時期…2007.4~] 一部手術を除いた、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られたときにお支払いします。
	総合医療特約 [ご加入時期…2002.1~] 疾病特約 (S62) [ご加入時期…1987.4~] 約款に定める 88 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。
	疾病特約 (S56) [ご加入時期…1981.10~1987.3] 約款に定める 145 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。
	疾病特約 [ご加入時期…1974.6~1981.9] 約款に定める 10 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。
通院給付金 (病気または不慮の 事故による入院前後 に通院された場合)	通院特約 (H14) [ご加入時期…2002.1~] 通院特約 (H6) [ご加入時期…1995.1~] 無配当通院特約 [ご加入時期…1996.10~] 責任開始期以後に入院給付金の支払事由に該当する5日以上の入院をし、その傷害または疾病の治療を目的として次のいずれかの期間内に通院をした場合 (ア) 入院開始日の前日以前 60 日間 (イ) 退院日の翌日以後 120 日間
	通院特約 [ご加入時期…1993.4~1994.12] 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し、その傷害または疾病の治療を目的として次のいずれかの期間内に通院をした場合 (ア) 退院日の翌日以後 120 日間

※ご契約後に特約変更をされている場合など、ご加入時期とご加入特約が一致しない場合があります。

※ご契約後に特約更新をされている場合など、配当付特約（総合医療特約 D、疾病特約 D、災害入院特約 D、通院特約 D など）に変更されている場合があります。

※上記のほか、成人病特約（生活習慣病特約）や女性特定疾病入院特約（女性医療特約）などを付加されている場合には、それぞれの商品・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。

※それぞれの特約ごとに1回の入院および通算でのお支払限度日数があります。

例：総合医療特約～1回の入院240日限度・通算1,000日限度

疾病特約・災害入院特約～1回の入院120日限度・通算700日限度

「不慮の事故」とは（約款上の定義）

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、疾病または体質的な要因を有するものが軽微な外因により発症したまたはその症状が増悪したときには、その軽微な外因は急激かつ偶発的な外来の事故とはみなしません）で、かつ約款上の災害分類項目に該当する場合をいいます。

「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。

～留意事項～

提出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事実の確認をさせていただく場合には、お支払の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。）

5. 特定（3大）疾病保険金など ～海外在住中にかん・急性心筋梗塞・脳卒中になられた場合～

海外在住中にかん・急性心筋梗塞・脳卒中になられた場合には、特定（3大）疾病保険金などのお支払対象となります。この場合は、当社までご照会ください。

6. 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～

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は、ご契約内容によって高度障害保険金のお支払対象となります。

また、付加されている特約内容と受けられた障害の原因・程度・内容によって、身体障害保険金などのお支払対象となる場合もあります。

ただし、いずれの場合も、ご請求にあたっては、日本国内の医師の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、当社までご照会ください。

また、交通事故で障害状態になられた場合には、請求にあたり、交通事故によることが証明できる警察などの発行する交通事故証明書が必要となりますので、お取り付けのうえご帰国ください。証明書類が得られない場合には、勤務先の証明書など第三者による証明書をご提出ください。

7. 死亡保険金 ～海外在住中にお亡くなりになられた場合～

海外在住中にお亡くなりになられた場合には、死亡保険金のお支払対象となります。現地で発行された「死亡診断書（死体検案書）」が必要となりますので、あらかじめお手配ください。

また、災害割増特約や傷害特約など、災害死亡を保障する特約が付加されているご契約で、交通事故により死亡された場合は、交通事故によることが証明できる警察などの発行する交通事故証明書もあわせてお手配ください。証明書類が得られない場合には、勤務先の証明書など第三者による証明書をご提出ください。

※その他の特約につきましても、一部、海外から直接ご請求いただけない場合もありますので、ご了承ください。

IV. その他お手続き

1. 名義変更

(1) 保険契約者、被保険者、受取人の改姓・改名

(2) 契約者・死亡保険金受取人の変更

なお、必要な請求書類につきましては、直接契約者ご本人が、当社へお申し出ください。ご準備いただく書類等についてご案内いたします。

※新たに指定される方との続柄によっては、郵送でお手続きできない場合がございます。

※名義変更には被保険者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の署名をいただくことになります。また、確認のためパスポートのコピーやサイン証明書をご提出いただく場合がありますので、ご了承ください。

2. 契約者貸付のご利用、積立配当金・すえ置金のお引き出し

海外在住中に、「ご契約のしおりー約款」にもとづく契約者貸付制度を利用されたり、積立配当金・すえ置金の引き出しを受けられる場合は、直接契約者ご本人が、当社へお申し出ください。準備していただく書類のご案内と必要書類を郵送いたします。

また、契約者が記入された委任状、契約者のパスポートのコピー（顔写真・旅券番号・自署のあるページのコピーをご提出ください）があれば、日本国内の代理人の方から当社にお申し出いただくこともできます。

なお、保険種類、保険金額、払込年数などにより貸し付けできる金額が異なります。特に、ご契約後短期間の場合などは貸し付けできない場合がありますのでご了承ください。海外送金につきましては「V. 海外送金と通知」をご参照ください。

3. 解約

解約の取り扱いも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、ご継続いただくことをおすすめします。

ご都合により解約を希望される場合は、直接契約者ご本人が、当社へお申し出ください。準備していただく書類のご案内と必要書類を郵送いたします。

また、契約者が記入された委任状、契約者のパスポートのコピー（顔写真・旅券番号・自署のあるページのコピーをご提出ください。）があれば、日本国内の代理人の方から当社にお申し出いただくこともできます。

海外送金につきましては「V. 海外送金と通知」をご参照ください。

V. 海外送金と通知

1. 海外送金

国内の口座をお持ちでない請求者に限り、送金の内容が次のお取り扱い要件を満たしている場合は、海外への送金をお取り扱いいたします。ご希望の場合は、保険金等の請求書にその旨をご記入ください。ただし、在住国の法規制や送金時の国際情勢などから取り扱いできない場合もありますので、ご了承ください。

〔お取り扱い要件〕

送金方法	日本国内の銀行から在住地の受取人名義の銀行口座へ電信で送金いたします。 なお、実際にお受取になる通貨は通常、円貨ではなく在住されている国の現地通貨となります。この場合円貨から外貨（現地通貨）への転換は、在住国の支払銀行が採用する相場で換算されます。 ※ご請求いただいてから海外口座への着金まで、日数を要することがあります。この際の為替変動リスクにつきましては、当社は責任を負いかねますのでご了承ください。
取扱金額	保険金などのお支払金額が原則3,000万円以下についてお取り扱いいたします。 ただし、お支払金額を国内と海外に分割して送金することはできません。また、年金について年数回受取となっている場合には、極力年1回の一括受取をお願いいたします。
送金諸経費	送金先、送金金額によっては、送金諸経費を請求者に負担いただきます。その場合には、 実際の送金金額は、諸経費が控除された後の金額となります。
遅延利息	海外送金でのお支払いは、当社手続き完了日の7営業日後にお支払いしたものと取り扱い、実際の着金日が約款に定められたお支払期限を経過する場合であっても、お支払日から実際の着金日までの利息はつきません。

〔請求書記入時の注意点〕

金融機関名	円貨建送金が可能な金融機関であるかご確認の上、正式名称をご記入ください。また、経由銀行等がある場合は、請求書の余白にご記入ください。
支店名	
金融機関住所	受取口座の支店住所をアルファベット大文字でご記入ください。（国名も含む）
口座名義	アルファベット大文字でご記入ください。
金融機関にご登録のお客さま住所	請求書住所（明細の送付先）と異なる場合は、請求書の余白にご記入ください。
金融機関識別コード	ABA NO.・RUTING NO.・BIC .CODE・SWIFT CODE 等をご記入ください。

2. お支払い等に関するご連絡・ご通知

請求書類が当社の担当部門に到着してお支払いが決定すると、直ちに送金手配を行い、同時にお支払明細書を請求書に記載された請求者（または受取人）の住所に郵送いたします。ただし、満期保険金や生存給付金等の場合は、満期日または支払応当日以降のお支払いとなります。

なお、「ご契約のしおり一約款」の規定によりお支払いできない場合につきましては、その理由を記した通知を郵送いたします。

VI. 外国居住に伴い必要となるお手続き

2017年1月1日以後、「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（実特法）」の改正により、「非居住者に係る金融口座情報の自動的交換のための報告制度」が創設されました。このため、居住地国（納税義務国）が変更になった際は、届出書のご提出が必要となる場合がありますので、第一生命コンタクトセンターまでご連絡ください。当社より届出書を送付いたします。居住地国（納税義務国）が米国の場合は、次ページにあります「米国法 FATCA に関する自己宣誓書類兼情報開示の同意書」もあわせて送付いたします。

ご記入後、当社あてに同書類をご提出いただきますようお願いいたします。

※ 納税義務国が変更になってから3か月以内にご提出いただきますようお願いいたします。

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等を確認し、一定のご契約情報等を国税庁（所轄の税務署長）に報告することが義務付けられております。

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。

《参考》 「非居住者に係る金融口座情報の自動的交換のための報告制度」について

経済取引のグローバル化が進展する中で、外国の金融口座を利用した国際的な脱税及び租税回避に対処するために、OECDで策定された「共通報告基準（CRS）」に従って、金融機関が非居住者（個人・法人等）に係る金融口座情報を税務当局に報告し、これを各国の税務当局間で互いに提供することとなりました。

これを踏まえ、日本でも「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（実特法）」を改正し、2017年1月1日以後、金融機関等が一定の保険契約者等につき、居住地国等の情報を所轄税務署長に報告する本制度が導入されました。

本制度に基づき、当該金融機関等は、2018年以後、毎年4月30日までに特定の非居住者の金融口座情報を所轄税務署長に報告し、報告された金融口座情報は、租税条約等の情報交換規定に基づき、各国税務当局と自動的に交換されることとなります。

➤詳しくは国税庁のHPにて、ご確認ください。

<https://www.nta.go.jp/>

「非居住者に係る金融口座情報の自動的交換のための報告制度」に伴い生命保険会社が取得したお客さまの個人情報、同制度実施の目的のみに使用します。

Ⅶ. 米国へ渡米後に必要となるお手続き

2014年7月より、米国法「FATCA（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ており、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、米国納税義務の確認を行っております。

渡米後に米国納税義務者となった場合、必ず第一生命コンタクトセンターまでご連絡ください。当社より「米国法 FATCA に関する自己宣誓書類兼情報開示の同意書」を送付いたします。

「米国法 FATCA に関する自己宣誓書類兼情報開示の同意書」を記入後、当社あてに同書類をご提出いただきますようお願いいたします。ご提出いただけない場合、米国内国歳入庁（以降、「IRS」）の要請に基づき、国税庁よりご契約情報等が非協力契約として、IRSへ報告されます。

《参考》 FATCA（外国口座税務コンプライアンス法）について

FATCA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、FATCA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っております。

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）

■ 報告対象となる米国納税義務者

次のお客さまが対象となります。

- 米国民（米国籍保有者）
- 米国居住者^(注2)
- 米国法人
- 実質的支配者に米国人がいる法人

^(注2) 一般的に「当年の米国滞在日数が31日以上」、かつ「直近3年間の米国滞在日数の合計が183日以上」の方をいいます。直近3年間の米国滞在日数の算出方法は、「当年の滞在日数」、「前年の滞在日数の3分の1の日数」および「前々年の滞在日数の6分の1の日数」の合計となります。また、永住権所有者は米国居住者に含まれます。

VIII. 帰国後のお手続き

海外から帰国された場合には、お届け住所を変更させていただきますので、次の項目について、必ず担当の生涯設計デザイナーまたは第一生命コンタクトセンターへご連絡くださいますようお願いいたします。

- 保険証券番号または証書番号
- 契約者
- 新お届け住所（郵便番号・電話番号を含む）
- 旧住所（現在の国内通信先住所）

ご連絡いただいた後、別途確認書類を送付させていただく場合がございます。

～米国から帰国された方～

別途送付させていただく確認書類をあわせてご提出いただけない場合、IRSの要請に基づき、国税庁より契約情報等が非協力契約として、IRSに報告されます。

「支払査定時照会制度」について

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

当社は、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、次のア)～ウ)に記載の事由を理由とする場合、当社の定める手続に従い、当該情報の利用停止または消去を求めることができます。上記各手続の詳細については、当社まで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】

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年以内のものとしみます）
- (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 (<https://www.seiho.or.jp/>) の「加盟会社」をご参照ください。

※「支払査定時照会制度」の最新の内容については、当社ホームページ (https://www.dai-ichi-life.co.jp/personal_date/satei.html) をご確認ください。

【ご加入の生命保険に関するお手続き・お問い合わせ】

第一生命CONTACTセンター

 **0120-157-157**

スマートフォン用



【入院・手術給付金、死亡保険金に関するお問い合わせ】

給付金・保険金専用ダイヤル

 **0120-211-157**

スマートフォン用



受付時間 月～金曜日 9：00～18：00

土曜日 9：00～17：00

(祝日・年末年始を除く)

- 海外からのご連絡や一部のIP電話など、フリーダイヤルがご利用できない場合は、以下の番号へおかけください(通話料有料)。第一生命CONTACTセンターにつながります。

入院・手術給付金、死亡保険金に関するお問い合わせ 03-6834-1900
上記以外のお問い合わせ 03-5685-6300

- 証券番号をあらかじめお確かめのうえ、契約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。
- CONTACT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。

【お手続き書類の送付先】

■「海外渡航届」「米国法FATCAに関する自己宣誓書類兼情報開示の同意書」

〒258-8511 神奈川県足柄上郡大井町上大井131-1

第一生命保険株式会社

事務サービス部 照会担当(海外渡航)

■「保険料払込、契約内容、満期保険金、生存給付金関係等に関する書類」

〒135-8120 東京都江東区豊洲3-2-3 豊洲キュービックガーデン6階

第一生命保険株式会社

契約サービス部 収納保全サービス課

■「死亡保険金、入院・手術給付金等に関する書類」

〒258-8511 神奈川県足柄上郡大井町上大井131-1

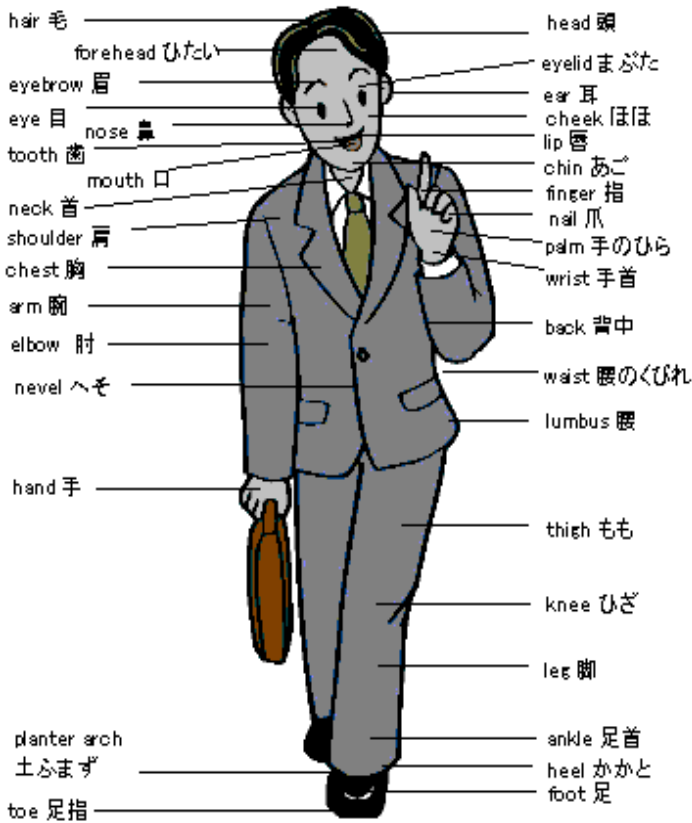
第一生命保険株式会社

事務サービス部 イメージ担当(保険金)

【第一生命ホームページ】

<https://www.dai-ichi-life.co.jp/>

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
ふとつた 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 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
矯正歯 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
やけどが痛む	burning pain
持続した痛み	continuous pain

呼吸器系の症状

咳	cough
ぜいぜい声	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
のどがむずむず	sore throat
のどががらみ	itchy throat
声がかれる	hoarse voice
声が出ない	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.

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

※各種商品・サービスの詳細は、当社ホームページ (<https://www.dai-ichi-life.co.jp/>) でご覧いただけます。

第一生命保険株式会社 あて

海外渡航届

記入日 20 年 月 日

このたび海外へ渡航するにあたり、別紙の特別取扱を承諾したうえで以下の事項を届出します。
また、次の委任事項に関して以下の者(代理人)に権限を委任し、その代理人の住所をもって国内の通信先とします。
については、同人の承諾を得ましたので、ここに届出します。

《委任事項》

1. 保険料の払い込みに関すること(保険料払込方法が送金扱の場合)
2. 第一生命から契約に関する通知を受領すること

「海外渡航のてびき II.海外渡航前のご準備 1.海外渡航届のご提出」をご確認のうえ、①～④全ての欄の太枠内にボールペンでご記入、該当箇所にチェック☑をお願いいたします。

① 届出内容

海外渡航の新規申出 代理人の変更

② 契約情報記入欄

渡航(予定)日	20	年	月	日	帰国(予定)日	20	年	月	日	未定
証券番号 または証券番号		組	第		-	号				

※複数件ご加入の場合はいずれか1件の証券番号を左詰めでご記入ください。同一契約者の他契約についても海外渡航をお申出いただいたものとして受付します。

契約者自署欄 フリガナ
契約者が署名してください。

③ 海外渡航先情報記入欄

NAME (氏名)	渡航先情報についてアルファベット・ブロック体(大文字)にてご記入ください。(地名が漢字の場合は漢字でご記入ください。)		
ADDRESS (渡航先住所)			
TEL			COUNTRY (渡航先国名)
E-mail	@		

④ 国内住所記入欄 (※1)当社への届出住所と同一の場合でも必ずご記入ください。

当社からの諸通知は、原則こちらの住所宛に送付いたします。

代理人 氏名 (※2)	フリガナ	契約者との続柄 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()
代理人住所 (国内通信先)	<input type="text"/> - <input type="text"/> フリガナ 都 道 市 郡 府 県 区	(TEL - -)

(※2)原則、「一親等以内(配偶者含む)の親族」、「二親等以内の同居の親族」からご指定ください。

⑤ 海外渡航先への書類送付について

満期保険金等の受取手続きをとまなうご案内については海外渡航先にも送付可能となります。

ご希望される場合は右記を○で囲んでください。

※対象通知については別紙「特別取扱」を参照ください。

希望します

(○の記入が無かった場合はすべての通知を国内通信先へ送付いたします。)

第一生命使用欄									
受付経路が取扱者の場合に記入	支社	営業部	営才	本社	支社	営才	支社	営才	
申請書受領日 (年 月 日)				点検	担当	点検	担当	担当	
再受領日 (年 月 日)									
取扱者氏名	取扱者NO								

特別取扱

1. 海外在住中に保険契約が失効した場合には、医的診査ができないため、普通保険の約款の定めにかかわらず復活のお取り扱いができない場合があります。
※復活は、2026年1月1日以前にご加入いただいた契約で当社が定める条件を満たす場合に対象となります。
2. 海外在住中に第一生命からの保険金や契約者貸付金等の支払金を受け取られる場合、国内の口座をお持ちでない請求者様に限り、海外へ送金いたします。その際の送金経費は請求者様負担となります。
3. 第一生命からの保険契約に関するお知らせは、国内の指定住所あてに送付させていただきます。ただし、下記通知については海外の指定住所あてに送付することも可能です。

【海外へ直送できる諸通知】

- ・満期保険金の請求案内
- ・生存給付金、特約満期給付金、生存保険金、学資金、年金の請求案内
- ・主契約自動更新のお知らせ

(※) なお、各種連絡・お手続きの際には、Eメールをご利用いただくことはできません。ただし、当社より満期保険金のご案内等、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、当社からのご連絡手段として使用させていただくことがあります。

海外渡航後のお願い

在住中

海外渡航先、国内連絡先の住所等を変更された場合は、必ず下記「ご加入の生命保険に関するお手続き・お問い合わせ」までご連絡ください。

帰国後

住所・電話番号等の変更手続きが必要となります。必ず下記「ご加入の生命保険に関するお手続き・お問い合わせ」までご連絡ください。

【ご加入の生命保険に関するお手続き・お問い合わせ】

第一生命コンタクトセンター  0120-157-157

受付時間 月～金曜日 9:00～18:00
土曜日 9:00～17:00
(祝日・年末年始を除く)

- 海外からのご連絡や一部のIP電話など、フリーダイヤルがご利用できない場合は、以下の番号へおかけください(通話料有料)。第一生命コンタクトセンターにつながります。

入院・手術給付金、死亡保険金に関するお問い合わせ 03-6834-1900
上記以外のお問い合わせ 03-5685-6300

- 証券番号をあらかじめ確かめのうえ、契約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。

当社は、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
※各種商品・サービスの詳細は、当社ホームページ(https://www.dai-ichi-life.co.jp/)をご覧ください。

第一生命保険株式会社 あて

帳票番号 45001

給付金請求書

証券番号 組第 号の給付金を請求します。

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してください。		
請求者 自署欄	請求者の方が署名してください。			
	フリガナ			
請求者 住所 (明細 送付先)	請求者の住所を記入してください。 ※海外住所の場合は、アルファベット大文字で国名まで記入してください。			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 都 道 市 郡 府 県 区	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 市 郡 区	
	フリガナ			
TEL. - -				
受取口座	① 国内の金融機関で受け取る。			
	どちらか1つ を指定して ください	銀行口座 (ゆうちょ銀行 を除く)	フリガナ <input type="text"/>	信用金庫 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/>
		ゆうちょ銀行口座	通帳記号	口座番号 (右つめ)
	口座名義人 (カナ)	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0	通帳番号 (右つめ)	本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/>
	② 海外の金融機関で受け取る。(海外送金経費は請求者負担となります。また当社手続き完了日の7営業日後にお支払いしたものとして取り扱います。) ※海外の銀行へのお振込に関する詳細は、「海外渡航のてびき」をご覧ください。			支店コード <input type="text"/>
	アルファベット 大文字で記入 してください	金融機関名	支店名	
		金融機関識別コード(SWIFT CODE等)		
		口座番号	口座名義人	
		金融機関住所 (国名含む)		
		金融機関にご登録のお客さま住所 (国名含む)(明細送付先と同一の場合は記入不要)		

【請求対象被保険者】 ※ご家族の方のご請求の場合は、ご家族の続柄・氏名・生年月日を記入してください。
請求の対象となる家族は、主契約の被保険者と同一の戸籍に記載され、本請求書に表示された続柄であることを戸籍抄本(または謄本)等の公的書類の提出に代えて報告します。
なお、事実と相違し支払金額が相違した場合には、精算を行なうことに同意します。
続柄 (主契約被保険者との続柄を○で囲んでください)
配偶者 長男 次男 長女 次女 養子 養女 父 母 その他 ()
氏名を記入してください → カナ ()
→ 漢字 ()
生年月日を記入してください(元号は○で囲んでください)
1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和 6. 西暦 年 月 日生

【了解事項】

別紙「給付金ご請求時の注意点について」に記載の了解事項について同意いたします。

第一生命使用欄	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 来社(①) <input type="checkbox"/> 取扱者(②③)	
① <input type="checkbox"/> 本人来社(本人・代理人) <input type="checkbox"/> 記入済持参		
② 請求書受領日(年 月 日) 再受領日(年 月 日)		
③ 請求書類を受領した相手・自署の確認 <input type="checkbox"/> 請求者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外の家族 ↳ <input type="checkbox"/> 請求者本人自署を確認		
個人NO <input type="text"/>	個人NO <input type="text"/>	印

給付金のご請求者さまへ 給付金ご請求時の注意点について

給付金請求に関する了解事項

- ・営業日以外にお手続きに必要な書類を当社にご提出いただいた場合には、翌営業日に到着したものとして取り扱います。
 - ・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)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、第一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。
 - ・第一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。
 - ・第一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。
 - ・第一生命が必要と認めるときは、事実の確認を行うことに同意します。
 - ・再保険会社との間で、当社と保険契約者との間の保険契約について締結した再保険出再契約に関し、再保険会社における当該保険契約の保険金・給付金等支払いに関する利用のために、当社が、再保険の対象となる保険契約の特定に必要な保険契約者の個人情報のほか、被保険者氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報、および保険金受取人氏名、住所、診断書類、本籍地が記載された戸籍書類など当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することに同意します。
- (注)外国の第三者へ個人データを提供する場合がありますので、当社ウェブサイト「外国への個人データ提供」をご確認の上で同意ください。(https://www.dai-ichi-life.co.jp/personal_date/crossborder.html)
- ・請求対象者がお子さまの場合、親権者(後見人)全員が被保険者の本件保険契約加入に関して同意していたことを確認のうえ請求します。
 - ・請求対象者が配偶者さまの場合、特約被保険者本人が本件保険契約の保障の対象となることについて同意していたことを確認のうえ請求します。
 - ・「保険金・給付金等の申出内容確認書」が交付されている場合には、その内容を確認したうえで、請求します。
 - ・請求における書類の「会社到着日」は本請求書にて請求するすべての給付金について、支払内容を判断することが可能な書類を提出した日となることに同意します。

給付金の一括請求について

この請求書で本契約に関する給付金を複数同時にご請求される場合(たとえば入院給付金と手術給付金をご請求される場合など)、これらのお支払いにあたっては、お客さまのご契約内容に基づいてご提出いただいた診断書類等を拝見し、一括してお支払内容を判断させていただきます。

また、ご提出いただいた診断書類等の記載内容で不明な点があり、ご請求いただいた給付金の全部または一部についてお支払いの判断ができない場合には、追加証明などのお願いをすることがあります。

その場合には再度診断書類をご提出いただいたうえで、ご請求されるすべての給付金について、一括してお支払内容を判断させていただきます。

なにとぞご理解ご協力くださいますようお願い申し上げます。

<会社到着日(※)のお取り扱いについて>

ご請求における書類の「**会社到着日(※)**」は、ご請求されるすべての給付金について、お支払内容を判断することが可能な書類をご提出いただいた日となります。上記のように追加証明などをお願いする場合は、**再度診断書類等をご提出いただいた日**が「**会社到着日**」となりますので、あらかじめご了承ください。

※会社到着日は、約款上の「当会社に到着した日」にあたります。

原則、お支払内容を判断することが可能な書類が当会社に到着した日(会社到着日)(非営業日の場合は翌営業日)の翌日からその日を含めて約款所定の期間内にお支払内容を判断させていただきます。

これらの期間を超えてお支払いすることになった場合には、超えた日数に対して所定の利息を付利させていただきます。

<具体的事例>

12/1：入院給付金と手術給付金のご請求に関する請求書を診断書類とともに当社にご提出

12/2：当社にて診断書を拝見したところ、手術の施行日や術式などの記載がなく、病院に照会してもお答えいただけなかったため、手術給付金のお支払内容が判断できず、ご請求者さまに手術についての追加証明のご案内

12/7：ご請求者さまより、手術についての再証明書類を当社にご提出

12/8：ご提出いただいた再証明書類をもとに、入院と手術のお支払内容を一括して判断・支払
お支払いにあたり、診断書等に不明な点がなければ、12/1が「会社到着日」となりますが、上記の場合には会社到着日は、12/7になります。

ご請求を分けられることをご希望される場合

ご請求される給付金が複数あり(入院給付金と手術給付金など)、それぞれを別々にご請求することを希望される場合は、それぞれの給付金について請求書を交付させていただきますので、別途お申出ください。

Enter information in either English or Japanese.
 ※日本語で証明が可能な場合は、日本語で証明をお願いいたします。

To Daiichi Life (第一生命あて)

<海外用>

NOTE: If you make any corrections, please write your signature as proof.

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (入院証明書兼診断書)			
Patient's name (患者氏名)		<input type="checkbox"/> Male (男) <input type="checkbox"/> Female (女)	Patient's date of birth (生年月日)
Clinical record card No (カルテ番号)			(M) / (D) / (Y)
Name of sickness or injury for hospitalization (入院の原因となった傷病名)		Inception date of sickness or injury (Physician's estimate) (医師推定 傷病発生年月日)	
		(M) / (D) / (Y)	
Cause of above sickness or injury (上記の原因)		Inception date of sickness or injury (Physician's estimate) (医師推定 傷病発生年月日)	
		(M) / (D) / (Y)	
Previous sickness (If any) (既往症)	Name of illness, treatment term and any other pertinent information (病名・治療期間等)	Was the patient introduced or previously seen by another physician? (If any) (前医・紹介医)	Name of physician (医師名) Name of medical institution (医療機関名)
Treatment term (治療期間)	First medical Consultation (初診)	(M) / (D) / (Y)	
	Date admitted (入院) Date discharged (退院) Presently under treatment (現在治療中)		
	1st hospitalization (第1回目入院)	(M) / (D) / (Y)	(M) / (D) / (Y)
2nd hospitalization (第2回目入院)	(M) / (D) / (Y)	(M) / (D) / (Y)	
Reason for hospitalization (入院の契機) Please check either one of the boxes below. <input type="checkbox"/> (1) Patient's request (患者希望) <input type="checkbox"/> (2) Physician's instructions (医師の指示)	Payment of the patient's hospitalization costs (入院の費用) Please check either one of the boxes below <input type="checkbox"/> (1) Coverage under the public health insurance system (公的医療保険の適用) <input type="checkbox"/> (2) Out-of-pocket expense (not covered by public health insurance) (自費) ※If (2), please answer the next question (3). (3) Was the hospitalization significant enough to be covered by public health insurance? Please check either Yes or No <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No		
Condition of sickness from when you first noticed the symptoms to the first medical consultation (発病から初診までの経過) (Please indicate when and how the symptoms first appeared) (いつ頃からどのような症状があったか記入してください)			
Diagnosis at the time of first consultation and progress thereafter (初診時の所見及び経過) (Please give details of the examination and treatment) (検査・治療状況の詳細)			
Type of surgery. Please check either one of the boxes below. (手術の種類: 開頭/開胸/開腹/ファイバースコープまたはカテーテルの手術/その他) <input type="checkbox"/> (1) Craniotomy <input type="checkbox"/> (2) Thoracotomy <input type="checkbox"/> (3) Laparotomy <input type="checkbox"/> (4) Surgery using a fiberscope or catheter <input type="checkbox"/> (5) Other			
Name of surgery or operation Include percutaneous surgery (TAE etc.), drainage, shunting (手術名/経皮的手術経カテーテル動脈塞栓術等、ドレナージ、シャント含む)		Date of surgery (手術日)	
		(M) / (D) / (Y)	
Radiotherapy (if any) (根治放射線照射)	Region (部位)	Period (期間)	Quantity in total (総線量) Gy
		(M) / (D) / (Y) ~ (M) / (D) / (Y)	
In case of Malignant Neoplasms / Intraepithelial Neoplasia (悪性腫瘍/上皮内腫瘍の場合)	Name of histopathological diagnosis (or ICD-O Morphology codes) (病理組織診断名(または ICD-O コード))		
	Date of diagnosis (診断確定日)	For neoplasms. Please check either one of the boxes below. (腫瘍の種類)	
	(M) / (D) / (Y)	<input type="checkbox"/> (1) Carcinoma in situ, Noninvasive <input type="checkbox"/> (2) Invasive carcinoma	
The date when the diagnosis was informed (診断名が通知された日 患者に/家族に どういう診断名を伝えたか) to the patient (M D Y) as having () to the family (M D Y) as having ()			
The statements contained above are 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/medical department (病院名/診療科)		Date (M) / (D) / (Y)	Signature of attending physician (主治医の署名)
Address of hospital/Contact phone number (病院住所/電話番号)			

Notes regarding the filling in of medical certificates (In case of Malignant Neoplasms / Intraepithelial Neoplasia)

DAI-ICHI LIFE

<How Critical Illness Insurance works>

If the patient gets Critical Illness Insurance, an insurance payment is made in any of the following cases:

① The insured person is diagnosed as having a malignant neoplasm; ②The insured person suffers an acute myocardial infarction and then remains in a certain designated condition for at least a certain designated time; ③The insured person suffers cerebral apoplexy and then remains in a certain designated condition for at least a certain designated time

★ The definition of malignant neoplasm reimbursed by Critical Illness Insurance (the contract)

- The neoplasm reimbursed by the insurance here means the disease which shows the existence of malignant neoplasm cells and the invasive/destructive increase of the malignant cells.
- Depending on the type of insurance the patient gets, the exceptions are as follows:
 1. Carcinoma in situ (including melanoma in situ)
 2. Skin cancer (excluding malignant melanoma)

< The notice when you describe the part of “In case of Malignant Neoplasms / Intraepithelial Neoplasia ” in this attending physician's statement >

- 1.The diagnosis which was confirmed by the biopsy and so on should be described in the “Name of histopathological diagnosis (or ICD-O Morphology codes)”
- 2.In situ cancer means the invasion of malignant cells are limited in epithelium and neither invade nor destroy the submembrane area which divides epithelium and connective tissues: in this case, please check “(1) Carcinoma in situ, Noninvasive”.
When the malignant cells invade submembrane area , please check “(2) Invasive carcinoma”.

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 Life

<海外用>

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 <input checked="" type="radio"/> Male <input type="radio"/> 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.	
	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.	
	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.	
	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.	
	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)																	

当社は、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（<https://www.dai-ichi-life.co.jp/>）をご覧ください。

<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。

西暦 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	西暦	年	月	日
住所							勤務先	
事故発生日時及び場所	西暦	年	月	日 (曜日)	午前	午後	時	分頃
	場所						業務内容	<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。

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

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 <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。

西暦 年 月 日

住所

証明者 氏名

印

(印なきときはサインにて可)

(受傷された方との関係.....)

(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。

2026年1月

第一生命保険株式会社

保険金[登]15326-21 2026.1