

にほんご きにゆう ばあい にほんご
 日本語で記入ができる場合は、日本語で
 きにゆう
 記入してください。

1. あなたの情報を教えてください。

① 保険加入者番号		② 生年月日	
③ 氏名 (アルファベット)		(加)	
④ 大学名		⑤ 学籍番号	
⑥ 連絡先メールアドレス	@		
⑦ 連絡先電話番号		にほんご (日本語) <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)
⑧ 書類送付先住所	〒		

2. 請求する内容を教えてください。

「治療費用のご請求をされる場合」

以下の場合は対象となりません。確認してから、次へ進んでください。

- 健康保険適用外の費用・歯科疾病通院・先天性疾患
- 患・精神障害・妊娠・出産 (健康保険適用時は対象)・痔核、裂肛、痔瘻
- ご加入前からの傷病の継続治療は加入日から2年間
- 対象期間をこえた治療分※

確認しました。
 対象外の傷病では
 ありません。

病気で治療をした場合

ケガで治療をした場合

※初診日から60日目の属する月の月末までが対象期間となります。同じご傷病でのご治療は、前回の入院または通院の最終日から6か月間空いた場合が対象となります。

「賠償責任保険を請求する場合」

にほんご きにゆう ばあい にほんご
 日本語で記入ができる場合は、日本語で
 きにゆう
 記入してください。

びょうき せいきゆうよう
<病気の請求用>

① 健康保険証に記載されている氏名を教えてください

② 病名を教えてください

③ 最初に病院に行った日を教えてください
※初診日から、60日目の属する月の月末までが対象期間となります。

ねん 年 がつ 月 にち 日

ちりょう しゅうりよう 治療終了している げんざい ちりょうちゆう 現在も治療中

④ 入院はありますか？
 今後入院する予定はありますか？

なし あり (がつ 月 にち 日 ~ がつ 月 にち 日まで)

なし あり (がつごろ 月頃)

⑤ どの部位の治療でしたか？

対象外は以下のとおりです。

・健康保険適用外の費用・歯科疾病通院・先天性疾患・精神障害・妊娠、出産（健康保険適用時は対象）・痔核、裂肛、痔瘻

・ご加入前からの傷病の継続治療は加入日から2年間

・対象期間をこえた治療分

あたま 頭 かお 顔 め 眼 はな 鼻 みみ 耳 は 歯

くび 首 かた 肩 むね 胸 はら 腹 せ 背 こし 腰

うで 腕 (みぎ 右 ひだり 左) あし 足 (みぎ 右 ひだり 左)

て ゆび 手指 (みぎ 右 ひだり 左)

あし ゆび 足指 (みぎ 右 ひだり 左)

じょうきいがい 上記以外 ()

⑥ どのような症状でしたか？

はつねつ 発熱 か ぜ 風邪 いた 痛み

その他 ()

(以下の質問への回答もお願いします)

⑦ 今回の病気での治療は初めてですか？ はい いいえ (質問⑨⑩にも回答をお願いします)

⑧ 最初の通院日の領収書の『初再診』欄の点数は？ 282点以上 282点未満

⑨ いつから治療をしていますか？

ねん 年 がつ 月 にち 日 頃から

⑩ 治療されていた期間はありますか？

あり (がつ 月 にち 日 ~ がつ 月 にち 日)

なし (定期的に治療を受けています)

※ 治療を中断されていた期間を含みます。

にゅうりよく
 ご入力ありがとうございました。

にゅうりよく お さき そうしん
 入力が終わったら、左記のメールアドレスにこのファイルを送信してください。

insclaim.futaigakuso@tmnf.jp

<ご注意>

◎メールの件名は「保険金 請求 ●●●● (←あなたの14ケタの加入者番号)」としてください。

※メールの本文には何も記入せず、添付ファイルとして送信してください。

※メールが立ちあがらない場合は、自分のメールを開き、このファイルを添付して左記メールアドレスに送信してください。

にほんご きにゆう ばあい にほんご
 日本語で記入ができる場合は、日本語で
 きにゆう
 記入してください。

せいきゆうよう
<ケガの請求用>

① 健康保険証に記載されている氏名を教えてください	
② 傷病名を教えてください	
③ 何をしている時のおケガですか？	<input type="checkbox"/> せい かい ちゆう がっこう ぎょう じちゆう 正課中・学校行事中 <input type="checkbox"/> つう がく ちゆう 通学中 <input type="checkbox"/> かつ どう ちゆう クラブ活動中 <input type="checkbox"/> プライベート(学校とは無関係)
④ どのような状況でしたか？	<input type="checkbox"/> てん とう 転倒 <input type="checkbox"/> ぶつ かった ぶつかった <input type="checkbox"/> き 切った 切った <input type="checkbox"/> はさ 挟んだ 挟んだ <input type="checkbox"/> その他 ()
⑤ 最初に病院に行った日を教えてください ※初診日から、60日目までの属する月の月末までが対象期間となります。	年 月 日 <input type="checkbox"/> ちりょう しゅうりよう 治療終了 (月 日まで) <input type="checkbox"/> 治療中
⑥ 入院はありますか？ 今後も入院する予定はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月 日 ~ 月 日まで) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月頃)
⑦ どの部位の治療でしたか？ 対象外は以下のとおりです。 ・健康保険適用外の費用・歯科疾病通院・先天性疾患・精神障害・妊娠、出産（健康保険適用時は対象）・痔核、裂肛、痔瘻 ・ご加入前からのご傷病の継続治療は加入日から2年間 ・対象期間をこえた治療分	<input type="checkbox"/> あたま 頭 <input type="checkbox"/> かお 顔 <input type="checkbox"/> め 眼 <input type="checkbox"/> はな 鼻 <input type="checkbox"/> みみ 耳 <input type="checkbox"/> は 歯 <input type="checkbox"/> くび 首 <input type="checkbox"/> かた 肩 <input type="checkbox"/> むね 胸 <input type="checkbox"/> はら 腹 <input type="checkbox"/> せ 背 <input type="checkbox"/> こし 腰 <input type="checkbox"/> うで 腕 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> あし 足 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> て ゆび 手指 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> ひだり 左手 <input type="checkbox"/> あし ゆび 足指 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> ひだり 左手 <input type="checkbox"/> じょうき いが い 上記以外 ()
⑧ どのような症状でしたか？	<input type="checkbox"/> せつ そう 切創 <input type="checkbox"/> だ ぼく 打撲 <input type="checkbox"/> こっ せつ 骨折 <input type="checkbox"/> だつき ゆう 脱臼 <input type="checkbox"/> ねん ざ 捻挫 <input type="checkbox"/> や け ど 火傷 <input type="checkbox"/> その他 ()

い か し つ もん かい どう ね が
 (以下の質問への回答もお願いいたします)

⑨ 今回のおケガの治療は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (質問⑦⑧にも回答をお願いします)
⑩ 最初の通院日の領収書の『初再診』欄の点数は？	<input type="checkbox"/> 282点以上 <input type="checkbox"/> 282点未満
⑪ いつから治療をしていますか？	年 月 日頃から
⑫ 治癒していた期間はありますか？ ※治療を中断していた期間を含みます。	<input type="checkbox"/> あり (月 日 ~ 月 日) <input type="checkbox"/> なし (定期的に治療を受けています)

にゆうりよく
 ご入力ありがとうございました。

にゆうりよく お 入力 が 終わ たら、さき 入力 が 終わ たら、左記のメールアドレスにこのファイルを送信してください。

insclaim.futaigakuso@tmnf.jp

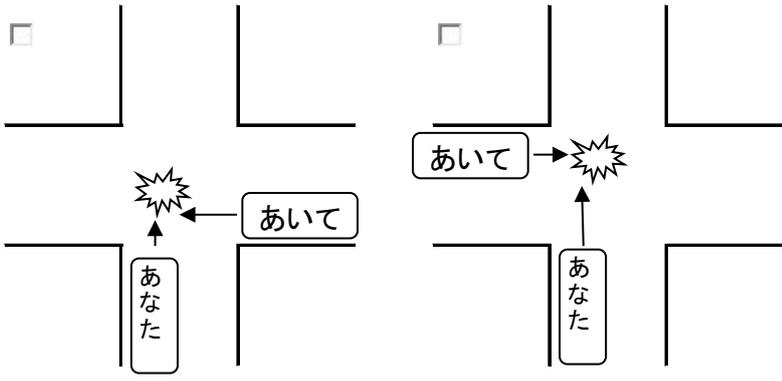
<ご注意>

- メールの件名は「保険金 請求 ●●●● (←あなたの14ケタの加入者番号)」としてください。
- メールの本文には何も記入せず、添付ファイルとして送信してください。
- メールが立ちあがらない場合は、自分のメールを開き、このファイルを添付して左記メールアドレスに送信してください。

がいこくじん む がっけんさいふ たいがくせいせいかつそうごうほけん じ こ ほうこくしょ
外国人向け学研災付帯学生生活総合保険・事故報告書

にほんご きにゆう ばあい にほんご
 日本語で記入ができる場合は、日本語で
 きにゆう
 記入してください。

こじんばいしょうせきにんほけんよう
<個人賠償責任保険用>

① 発生日時	ねん 年 が 月 に 日 じ 時
② 相手の連絡先	しめい 氏名 : _____ でんわ 電話 : _____ じゆうしょ 住所 : _____
③ 今後の連絡先	<input type="checkbox"/> あいて 相手 <input type="checkbox"/> あいていがい 相手以外 (名前 関係 電話) <input type="checkbox"/> ほけんかいしゃ 保険会社 (しやめい 社名 : _____ たんどうしゃ 担当者 : _____ でんわ 電話)
④ 事故形態	<input type="checkbox"/> かい か みずも 階下への水漏れ <input type="checkbox"/> たにん こわ 他人のものを壊した <input type="checkbox"/> た その他 (_____) <input type="checkbox"/> こうつうじ こ か き ねが 交通事故 (下記もチェックをお願いします。) あなたの乗り物は？ <input type="checkbox"/> じてんしゃ 自転車 <input type="checkbox"/> ほこうしゃ 歩行者 ※車とバイクは対象外 あなたのケガは？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 相手は？ <input type="checkbox"/> くるま 車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> じてんしゃ 自転車 <input type="checkbox"/> ほこうしゃ 歩行者 <input type="checkbox"/> ひといがい 人以外(塀など) 相手の怪我は？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし に じ こ じょうきょう えら 似ている事故状況を選んでください。 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> た その他

にゅうりょく
 ご入力ありがとうございました。



insclaim.futaigakuso@tmnf.jp

にゅうりょく お きき そろしん
 入力が終わったら、左記のメールアドレスにこのファイルを送信してください。

<ご注意>

◎メールの件名は「保険金 請求 ●●●● (←あなたの14ケタの加入者番号)」としてください。

※メールの本文には何も記入せず、添付ファイルとして送信してください。

※メールが立ちあがらない場合は、自分のメールを開き、このファイルを添付して左記メールアドレスに送信してください。