

海外渡航のてびき

株式会社かんぽ生命保険

平成31年5月

目次

渡航前の準備

- 1 海外に渡航されるお客さまへ 2
- 2 海外に渡航される前にご準備・ご確認いただきたいこと 3

渡航期間中に保険金等の支払事由が発生したとき

- 3 保険金等の支払請求に必要な書類 4

帰国されたとき

- 4 帰国後の手続きについて 9

保険金等の支払請求のための様式・かんぽ生命の連絡先

- 5 様式・記載例 10
- 6 お問い合わせ先一覧 18

いつもかんぽ生命をご利用いただきまして、誠にありがとうございます。

本冊子は、海外渡航を予定されているお客さまに事前にご準備いただきたいことや海外渡航中に保険金等の支払事由が発生した場合の手続きなどをまとめたものですので、ご活用いただければ幸いです。

※ 本冊子に記載されている「ご加入されています保険」および「保険契約」には、かんぽ生命の保険商品のほか、かんぽ生命が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託され管理している簡易生命保険契約を含みます。

※ 保険契約に関する各種手続きは、海外に渡航されるお客さまにつきましても日本国内の法令等の定めるところにより行います。

Q & A

Q 1 現在加入している保険は海外渡航中でも保障されますか。

A 1 ご加入されています保険は、海外での万が一の入院や死亡等についても、日本国内と同じように法令および約款等の定めるところにより、保険金等の支払の要件を満たしているものであれば、保険金等をお支払いいたします。

Q 2 現在加入している保険の各種通知物等を海外渡航中の住所に送付してもらえますか。

A 2 申し訳ございませんが、かんぽ生命では、海外の住所への各種通知物等の送付は行っておりません。

Q 3 海外からかんぽ生命の保険に加入の申し込みをすることはできますか。

A 3 申し訳ございませんが、かんぽ生命では、海外からの加入の申し込みはお取り扱いしておりません。

また、復活、契約変更、特約の追加変更等についても、海外からの申し込みはお取り扱いしておりません。

Q 4 海外に永住することになったので解約したいのですが。

A 4 郵便局またはかんぽ生命の支店において手続きをお願いします。

なお、保険契約者さまが既に海外に居住中で日本国内での請求ができない場合は、日本国内で代理人の方を通じて手続きをしてください。

Q 5 年金受取中ですが、海外渡航中の年金受取時の課税はどのようになりますか。

A 5 渡航先の国と日本の両国間で「租税条約」を締結している場合、「租税条約に関する届出書」等をかんぽ生命経由で税務署へご提出いただくことで、年金をお支払いする際の、源泉徴収税が免除される取り扱いがあります（条約内容によっては免除されないこともあります。）。

租税条約の締結状況等につきましては、日本国内の税務署等にお問い合わせください。

また、「租税条約に関する届出書」等が必要な場合はかんぽ生命にご連絡ください。

2 海外に渡航される前にご準備・ご確認いただきたいこと

(1) 保険契約者さまが海外に渡航される際は、保険契約に関するかんぽ生命からのご連絡等のため日本国内での代理人の設定をお願いします。

日本国内での代理人の設定には、様式1の「払込代理人設定届」をご利用いただき、記載例を参考に記入し、郵便局またはかんぽ生命の支店にご提出ください。

かんぽ生命からのお知らせ等を代理人の住所あてに送付いたします。

(2) 保険料の払込期間および払込方法をご確認ください。

海外への渡航期間中の保険料の払込みが完了している場合を除き、保険契約が失効しないよう払込方法をご選択ください。

ア 口座払込みをご利用されている方

海外への渡航期間中も引き続き現在の口座から保険料を払い込む場合は、払込方法を変更する必要はありません（口座の残高不足等にご注意ください。）。

イ 団体払込み（財形保険を含みます。）をご利用されている方

所属団体での給与控除が必要などの要件がありますので、海外に渡航される前に必要な手続きについて所属団体にお問い合わせください。

ウ 窓口払込みをご利用されている方

海外への渡航期間中の保険料の払込みについて、次のいずれかの方法を選択することができますので、お申出ください。

(ア) 口座払込み

保険契約者さまが指定した日本国内の金融機関の保険契約者名義の口座から保険料を払い込む方法（口座の残高不足等にご注意ください。）。

(イ) 前納払込み

海外に渡航される前に海外への渡航期間分の保険料をまとめて払い込む方法（海外への渡航期間以上の期間分のお払込みをお勧めします。）。

(ウ) 代理人の方による窓口払込み

前(1)によりお届けいただいた代理人の方が保険契約者さまに代わって保険料を窓口で払い込む方法。

(3) 各種請求の手続きをする場合に備えて、次の書類等をお持ちください。

ア 保険証券（保険証書）

イ ご契約のしおり・約款

ウ ご印鑑（認印）

エ 保険契約者さま本人であることが確認できる書類（旅券（パスポート）、運転免許証、個人番号カード等）

(4) 海外へ渡航されるお客さまに、かんぽ生命所定の書面のご提出をお願いしております。

ア 海外へ渡航される方

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の案内に伴い、お客さまの居住地域に異動があった場合には、必要書類の提出をお願いすることがあります。

イ 米国へ渡航される方

米国のFATCA（Foreign Account Tax Compliance Act）（日本名：外国口座税務コンプライアンス法）に基づき、お客さまがFATCAに定める米国納税義務者に該当する可能性がある場合には、必要書類の提出をお願いすることがあります。

3 保険金等の支払請求に必要な書類

受取人さま本人、または、代理人の方により必要な書類の原本をご用意の上、郵便局またはかんぽ生命の支店において請求の手続きをお願いします。

なお、かんぽ生命では、郵送による支払請求および日本国外の金融機関への送金は承っておりませんのであらかじめご了承ください。

注1 海外で発生した死亡・入院等を原因として保険金等の支払請求をされる場合、日本国内で発生した場合と異なり、提出していただく書類が多くなる場合がございますので、不明な点がございましたらご請求される前にお問い合わせください（お問い合わせ先については18ページをご参照ください。）。

注2 帰国されてから保険金等の支払請求をされる場合、渡航先の現地でなければ取得できない書類（診断書、交通事故証明書、死亡証明書）がございますので、不明な点がございましたら帰国される前に必要書類をお問い合わせください（お問い合わせ先については18ページをご参照ください。）。

(1) 各種保険金等の支払請求に共通して必要な書類

次の書類をご用意ください。

必要書類	補足事項
① 保険証券（保険証書）	—
② 受取人さま本人であることが確認できる書類（旅券（パスポート）、運転免許証、個人番号カード等（※1、2））	運転免許証等の書類の住所が現住所でない場合、現住所を確認できる書類（在留証明書、官公庁から発行された書類、国内の公共料金の領収証または外国政府の発行した書類（※3））が併せて必要です。

日本国内の代理人の方を通じて手続きをしていただく場合は、上記の書類のほか次の書類をご用意ください。

必要書類	補足事項
③ 代理人の方ご本人であることが確認できる書類（旅券（パスポート）、運転免許証、個人番号カード等（※1、2））	運転免許証等の書類の住所が現住所でない場合、現住所を確認できる書類（官公庁から発行された書類または国内の公共料金の領収証（※3））が併せて必要です。
④ 委任状	様式2「委任状」または適宜の用紙に記載例を参考に必要事項をご記載ください。
⑤ 委任の意思を確認できる書類	次のいずれかの書類が必要です。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 委任者（委任する方）の印鑑登録証明書（※3） ・ 日本の大統領・総領事館発行の委任者（委任する方）のサイン証明書（※3） ・ 委任者（委任する方）ご本人のみが使用できる公的書類（原本）（旅券（パスポート）、運転免許証、個人番号カード等（※1））

※1 旅券（パスポート）、運転免許証、個人番号カード以外にも、次の書類の提示により、ご請求いただくことができます。

健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、国家公務員共済組合組合員証、地方公務員共済組合組合員証、国民年金手帳、後期高齢者医療被保険者証等

※2 「犯罪による収益の移転防止に関する法律」に基づく取引時確認が必要となる保険金等の支払請求をされる場合で、健康保険被保険者証等の顔写真のない書類をご提示いただくときは、2種類の本人確認書類か、1種類の本人確認書類および現住所を確認できる書類（在留証明書、官公庁から発行された書類、国内の公共料金の領収書または外国政府の発行した書類（いずれも発行後6か月以内のもの））をご提示いただく必要があります。不明な点がございましたらご請求される前にお問い合わせください（お問い合わせ先については18ページをご参照ください。）。

※3 発行後6か月以内のものをご提出ください。

(2) 満期保険金の支払請求に必要な書類

前(1)の書類のほか次の書類をご用意ください。

必要書類	補足事項
① 被保険者さまの健康保険被保険者証、運転免許証等（※1）	学資保険、成人保険または育英年金付学資保険の場合は保険契約者さまの健康保険被保険者証、運転免許証等（※1）も必要です。
② 続柄証明書	夫婦保険の場合に必要となります（ご夫婦のお名前と続柄（夫または妻であること）が記載されているもの（住民票、健康保険被保険者証等））。
③ 口座番号を確認できる預貯金通帳またはキャッシュカード	満期保険金受取人さまの口座番号を確認できる預貯金通帳またはキャッシュカードをお持ちください。
④ 保険契約者さまと受取人さまの個人番号カード、通知カード等（※2）	国外に滞在されている方などで、国内に住民票がない場合は不要です。 平成28年1月1日以降に支払事由が発生する契約の場合に限ります。

※1 健康保険被保険者証、運転免許証以外にも、次の書類の提示により、ご請求いただくことができます。

国民健康保険被保険者証、国家公務員共済組合組合員証、地方公務員共済組合組合員証、国民年金手帳、後期高齢者医療被保険者証、旅券（パスポート）等

※2 保険契約者さまと受取人さまのマイナンバー（個人番号）が確認できる書類

(3) 入院保険金、手術保険金または放射線治療保険金の支払請求に必要な書類

前(1)の書類のほか次の書類をご用意ください。

必要書類	補足事項
① 被保険者さまの健康保険被保険者証、運転免許証等（※1）	学資保険、成人保険または育英年金付学資保険の場合は保険契約者さまの健康保険被保険者証、運転免許証等（※1）も必要です。
② 被保険者さまの入院、手術または放射線治療についての医師または医療施設等の証明書	様式3「入院・手術証明書（診断書）」または様式4「英文訳の入院証明書（診断書）」。 なお、その他の入院証明書でも支払請求は可能ですが、この場合、かんぽ生命所定の入院証明書において証明を求めている事項と同程度の事項が記載されている必要があり、記載事項の要件が満たされていないときは、請求を受理できないことがございます。 また、その医療施設等の所在地が記載されているものに限ります。
③ 交通事故証明書等	不慮の事故で傷害を受けた場合は、不慮の事故であることが証明できる警察等公的機関発行の交通事故証明書等（交通事故証明書の交付を受けていないときは、証明書の提出は不要ですが、この場合は、事実の確認のため、期間を要することがあるほか、被保険者さまに対して別の書類や別の証明書の提出を求めることがあります。）。
④ 事故報告書	不慮の事故（交通事故を含みます。）で傷害を受けた場合に必要となります。

⑤ 被保険者さまが受傷時および入院、手術または放射線治療を受けたときに当該国に滞在していたことを証明する書類	旅券（パスポート）をご提示ください（旅行者の氏名、生年月日、顔写真等のページおよび住所、日本国内の連絡先等のページのほか、旅券（パスポート）の日本国の出入国および渡航先の出入国に係る査証の該当箇所が必要となることから、郵便局またはかんぽ生命の支店においてコピーさせていただきますのでご了承ください。）。
⑥ 入院、手術または放射線治療を受けた期間の記載がある医療機関発行の領収証、明細書または請求書	—
⑦ 国外入院、手術または放射線治療に係る医師または医療施設に被保険者さまの症状、治療歴および事故の事実について調査を行うことに関する被保険者さまの同意書	同意書は数種類の言語で表記したものを用意していますので、お問い合わせください（お問い合わせ先については18ページをご参照ください。）。
⑧ 他の生命保険会社等に加入されている方の場合、かんぽ生命が他の生命保険会社等に対して、その保険会社等の有する情報に関する照会を行うことについての被保険者さまの同意書	様式5「日本国外における入院等に係る他社契約の確認書兼同意書（被保険者用）」。被保険者の方が亡くなった場合は、様式6「日本国外における入院等に係る他社契約の確認書兼同意書（相続人用）」。
⑨ 続柄証明書	夫婦保険、夫婦年金保険付夫婦保険に夫婦特約を付加されている場合に必要となります（ご夫婦のお名前と続柄（夫または妻であること）が記載されているもの（住民票、健康保険被保険者証等））。 上記以外に夫婦年金保険に災害特約等の夫婦特約を付加されている場合にも必要となります。
⑩ 口座番号を確認できる預貯金通帳またはキャッシュカード	被保険者さま（※2）の口座番号を確認できる預貯金通帳またはキャッシュカードをお持ちください。

※1 健康保険被保険者証、運転免許証以外にも、次の書類の提示により、ご請求いただくことができます。

国民健康保険被保険者証、国家公務員共済組合組合員証、地方公務員共済組合組合員証、国民年金手帳、後期高齢者医療被保険者証、旅券（パスポート）等

※2 平成26年4月2日以後にご加入いただいた学資保険は、対象が保険契約者さまになります。

(4) 死亡保険金または死亡給付金の支払請求に必要な書類

前(1)の書類のほか次の書類をご用意ください。

必要書類	補足事項
① 被保険者さまの住民票（除票）または戸籍抄（謄）本	—

<p>② 現地の医療機関等で発行された死亡証明書の原本（簡易生命保険契約の場合は死亡届の記載事項証明書でも可能）</p>	<p>○ 死亡届の記載事項証明書とは「日本国内の市区町村長に提出した死亡診断書、死体検案書若しくは検視調書に記載した事項の証明書」（日本国内の地方法務局長が作成したものを含まず。）の事です。</p> <p>○ 死亡届の記載事項証明書でご請求される場合は、交付された書類一式を外さずにご提出ください。その場合、①の書類の提出は不要です。</p> <p>同証明書は、簡易生命保険契約の死亡保険金の支払請求の場合に限って日本国内の市区町村（一定期間経過後は日本国内の地方法務局）で交付を受けることができるものです。日本国内の市区町村または日本国内の地方法務局へこの証明書を申請される際は、簡易生命保険契約の保険証書（複数の保険契約について死亡保険金をご請求される場合はすべての保険証書）をご用意ください。</p>
<p>③ 保険契約者さまの健康保険被保険者証、運転免許証等（※1）</p>	<p>学資保険、成人保険または育英年金付学資保険の場合に必要となります。</p>
<p>④ 交通事故証明書等</p>	<p>不慮の事故で亡くなられた場合は、不慮の事故であることが証明できる警察等公的機関発行の交通事故証明書等（交通事故証明書の交付を受けていないときは、証明書の提出は不要ですが、この場合は、事実の確認のため、期間を要することがあるほか、死亡保険金または死亡給付金の受取人さまに対して別の書類や別の証明書の提出を求められることがあります。）。</p>
<p>⑤ 事故報告書</p>	<p>不慮の事故（交通事故を含みます。）により亡くなられた場合に必要となります。</p>
<p>⑥ 被保険者さまが亡くなられたときに当該国に滞在していたことを証明する書類</p>	<p>旅券（パスポート）をご提示ください（旅行者の氏名、生年月日、顔写真等のページおよび住所、日本国内の連絡先等のページのほか、旅券（パスポート）の日本国の出入国および渡航先の出入国に係る査証の該当箇所が必要となることから、郵便局またはかんぽ生命の支店においてコピーさせていただきますのでご了承ください。）。</p>
<p>⑦ 被保険者さまが渡航していた経緯、同人が亡くなられた事情等の事実経緯を記載し、死亡保険金または死亡給付金の受取人さまの記名・押印がなされた書面</p>	<p>適宜の様式で作成してください。</p>
<p>⑧ 国外入院、手術または放射線治療に係る医師または医療施設に被保険者さまの症状、治療歴および事故の事実について調査を行うことに関する被保険者さまの相続人の同意書</p>	<p>同意書は数種類の言語で表記したものを用意していますので、お問い合わせください（お問い合わせ先については18ページをご参照ください。）。</p>
<p>⑨ 他の生命保険会社等に加入されている方の場合、かんぽ生命が他の生命保険会社等に対して、その保険会社等の有する情報に関する照会を行うことについての被保険者さまの相続人の同意書</p>	<p>様式6「日本国外における入院等に係る他社契約の確認書兼同意書（相続人用）」。</p>

⑩ 続柄証明書	夫婦保険、夫婦年金保険付夫婦保険の場合に必要となります（ご夫婦のお名前と続柄（夫または妻であること）が記載されているもの（住民票、健康保険被保険者証等））。 上記以外に夫婦年金保険に災害特約等の夫婦特約を付加されている場合にも必要となります。
⑪ 口座番号を確認できる預貯金通帳またはキャッシュカード	死亡保険金または死亡給付金の受取人さまの口座番号を確認できる預貯金通帳またはキャッシュカードをお持ちください。
⑫ 保険契約者さまと受取人さまの個人番号カード、通知カード等（※2）	国外に滞在されている方などで、国内に住民票がない場合は不要です。 平成28年1月1日以降に亡くなられた場合に限りません。

※1 健康保険被保険者証、運転免許証以外にも、次の書類の提示により、ご請求いただくことができます。

国民健康保険被保険者証、国家公務員共済組合組合員証、地方公務員共済組合組合員証、国民年金手帳、後期高齢者医療被保険者証、旅券（パスポート）等

※2 保険契約者さまと受取人さまのマイナンバー（個人番号）が確認できる書類

(5) 解約返戻金（還付金）の支払請求に必要な書類

前(1)の書類のほか次の書類をご用意ください。

必要書類	補足事項
① 口座番号を確認できる預貯金通帳またはキャッシュカード	保険契約者さまの口座番号を確認できる預貯金通帳またはキャッシュカードをお持ちください。
② 保険契約者さまの個人番号カード、通知カード等（※）	国外に滞在されている方などで、国内に住民票がない場合は不要です。 平成28年1月1日以降に支払事由が発生する契約の場合に限りません。

※ 保険契約者さまのマイナンバー（個人番号）が確認できる書類

4 帰国後の手続きについて

海外に渡航される前に、保険契約者さまが様式1の「払込代理人設定届」により日本国内での代理人の設定をされていた場合で、代理人の住所と帰国後の保険契約者さまの住所が異なるときは、帰国後に住所変更の手続きが必要となります。日本で発行された公的証明書類をお持ちの上、郵便局またはかんぽ生命の支店まで住所のお届けをお願いします。

- ※ 住所変更の手続きはメールオーダー（郵送）でも受け付けています。
手続き方法は、かんぽ生命Webサイト (<https://www.jp-life.japanpost.jp/>) をご覧ください。

払込代理人設定届

令和△△年△月△日

株式会社かんぼ生命保険 御中

独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

この払込代理人設定届は、かんぼ生命保険契約についての届出の場合は株式会社かんぼ生命保険に対して、

簡易生命保険契約についての届出の場合は独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構に対して、それぞれ提出します。

下記1の理由のため、下記
2の保険契約については、下
記4の者を代理人に設定しま
したので、届出をします。

保険契約者 住 所	〒△△△△-△△△△ 東京都千代田区大手町△-△-△
氏 名	保険 陽一
電話番号	△△-△△△△-△△△△

1 理由

ニュージーランドに出張のため

■ 該当する渡航先に「✓」を記入してください。

渡航先	<input type="checkbox"/> 米国	<input checked="" type="checkbox"/> 米国以外
-----	-----------------------------	--

※ 外国口座税務コンプライアンス法 (Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)) に伴い、確認させていただくものです。
 ※ FATCA上の米国には、米国の準州 (「米領サモア」「北マリアナ諸島自治連邦区」「グアム自治連邦区」「プエルトリコ」「米領ヴァージン諸島) を含みません。準州へ渡航される場合は、「米国以外」に「✓」を記入してください。
 ※ 渡航先が米国の場合は、別紙「FATCAに係る同意書 (自己宣誓書)」等の必要書類も併せてご提出ください。

2 保険契約

保険証券 (書) 記 号 番 号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
保 険 金 額	200 万円	保 険 料 額	10,000 円
被 保 険 者	保険 陽一		

3 代理人設定期間中の保険料の払込み

代理人設定期間中の保険料の払込みについては、次のとおり行います。

(※チェック欄のいずれかひとつに「✓」を記入してください。)

	チェック
① 既に払込みが完了しています。	<input type="checkbox"/>
② 指定の口座からの引落しを行います。	<input checked="" type="checkbox"/>
③ 令和○○年○○月分以降の保険料は、代理人が郵便局の窓口で払い込みます。	<input type="checkbox"/>

4 代理人

代 理 人 住 所	〒△△△△-△△△△ 東京都港区三田△-△-△
氏 名	保険 太陽
電話番号	△△-△△△△-△△△△
備考	

委 任 状

【一般用】

株式会社かんぽ生命保険 御中
 独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構 御中

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

この委任状は、すべて委任する方（委任者）ご本人が記入してください。
 ※委任代理人の方に記入していただく箇所はありません。

委任する方 (委任者)	住所	〒 _____	 ※要押印	←印鑑登録証明書を提出する場合は、登録印を押印してください。	
	氏名				
	日中連絡先	(_____) _____			

請求にいらっしゃる方 (委任代理人)	住所	<input type="checkbox"/> 委任者の住所と同一 (委任者の住所と異なる場合は下記に住所を記載) 〒 _____		
	氏名	委任者から見た続柄 (口欄チェック)	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

委任の内容
 私(委任者)は、次の保険契約について、請求内容欄にチェックした請求を委任代理人である請求人に委任します。

保険証券(保険証書)記号番号	請求内容					
	①保険金等	②契約者貸付	③解約返戻(還付)金	④契約者・受取人変更	⑤振込先口座の指定	⑥その他()内に具体的に記入
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (_____)				
受取方法を「○」で選択してください(※)					1. 委任者の口座への振り込み 2. 委任代理人が現金で受領	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (_____)				
受取方法を「○」で選択してください(※)					1. 委任者の口座への振り込み 2. 委任代理人が現金で受領	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (_____)				
受取方法を「○」で選択してください(※)					1. 委任者の口座への振り込み 2. 委任代理人が現金で受領	

※ 請求内容が保険金等、貸付金、解約返戻(還付)金、その他支払いが発生する場合には選択してください。
 原則、「委任者の口座への振り込み」をご案内しております。

上記の請求内容で口欄にチェックした数の合計を記入してください。
 個

② 手続きの際にお持ちいただくもの

- 1) 委任者の顔写真付きの公的書類の原本 2) 委任代理人の顔写真付きの公的書類の原本
 (注) 印鑑登録証明書等の顔写真のない書類の場合、2種類の書類が必要です。また、お持ちいただいた書類については、写しをとらせていただく場合やご提出いただく場合があります。
- 2) 委任代理人の印章

その他のご注意点

- ・委任の事実を確認するため、委任者ご本人さまへ電話連絡等をさせていただく場合があります。
- ・委任対象の保険契約について、審査の結果、ご請求いただく保険金等のほかにお支払いすることができる保険金等があることが判明した場合、ほかにお支払いすることができる保険金等を委任代理人にお支払いすることがあります。

<受付局所使用欄> ※委任の事実確認が必要な場合は、取扱者以外の社員が委任者へ電話連絡等し、委任の事実について確認の上、確認印を押印します。

すべての項目を確認し、口欄にチェックしてください。(委任者自身が手続できない理由は必ず記載してください) 委任の内容に不整合がある場合等は、確認した正しい内容を「その他確認事項」欄に記載してください。	確認印 ※取扱者以外の社員印
<input type="checkbox"/> 委任状の作成年月日 <input type="checkbox"/> 委任者住所および氏名 <input type="checkbox"/> 提出いただいた公的書類の名称、発行機関名 <input type="checkbox"/> 代理人住所、氏名および生年月日、委任者からみた委任代理人の続柄 <input type="checkbox"/> 委任した内容(請求内容等) <input type="checkbox"/> 委任者自身が手続できない理由 (_____)	その他確認事項 ※左記以外に確認した事項があれば記載してください。

様式3 入院・手術証明書（診断書）

入院・手術証明書（診断書）

(お願い)
2 1 訂正・追記・削除された場合は、下部医師氏名欄に押印する印章と同一の印章による訂正印の押印を必ずお願いします。
本証明書の記入後、「診断書」のみを専用の封筒に入れて、患者さまにお渡しください。

1 氏名	カルテ番号()		<input type="checkbox"/> 男性 生年 明治 大正	昭和 平成 令和	年 月 日
2 傷病名	傷病発生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
ア 入院の原因となった傷病名	傷病が複数ある場合は、傷病ごとに番号を付け、どの傷病に対する入院・手術かをご記入ください。		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
イ アの原因	傷病が複数ある場合は、上記傷病の番号を付けてご記入ください。		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
3 既往症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	傷病名	医療機関名	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
4 前医紹介医	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	治療期間	医療機関名	医師氏名	
5 貴院へ受診する以前の症状	貴院へ受診する以前の患者さまの症状をご記入ください。		症状出現時期	左記の症状が出現した時期をご記入ください。	
6 診療期間	初診 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
7 入院期間	第1回入院	上記傷病の番号	平成 令和	年 月 日	～
	第2回入院	上記傷病の番号	平成 令和	年 月 日	～
	第3回以降	3回目以降の入院があれば、[上記傷病の番号]、[入院期間]、[現在入院中・退院時の状況]をご記入ください。			
分娩による入院の場合	上記入院期間中に健康保険が適用されない期間	平成 令和	年 月 日	～	年 月 日
入院中に治療を行った合併症	傷病名	傷病発生年月日	入院期間	平成 令和	年 月 日
8 今回の傷病に関して実施した手術等	第1回手術	上記傷病の番号	手術名	診療報酬点数区分	手術日
	第2回手術	上記傷病の番号	手術名	診療報酬点数区分	手術日
	第3回以降	3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。			
9 放射線照射	放射線技術名	部位	期間	平成 令和	年 月 日
10 先進医療	厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名	当該先進医療の届出受理年月日	平成 令和	年 月 日	
	実施日(期間)	平成 令和	年 月 日	～	年 月 日
	実施回数	回	先進医療技術料(減免・助成金額を含む)	円	
11 悪性新生物の場合	病理組織診断名	(p) TNM分類	T() N() M()	病理組織診断確定日	平成 令和
12 告知病名	本人に病名を [] 上欄「2 傷病名」と同じ・ [] 病名() と告げた。				
13 請求意思能力	現在、本人には保険金等を請求する意思能力がありますか。 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
病院または診療所名	郵便番号	所在地	平成 令和	年 月 日	
[介護老人保健施設は該当しません。]	科名	医師氏名	電話番号		

様式 4 英文訳の入院証明書（診断書）

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (PROOF OF HOSPITALIZATION AND/OR SURGERY)

1. Patient's Name	Medical record No.()		M/F	Date of Birth		/ / (Day) (Month) (Year)	
2. Name of sickness/injury						Date of sickness/injury onset	
a) Name of sickness/injury requiring hospitalization			/ / (Day) (Month) (Year)		Presumption of Doctor/ Reported by patient		
b) Reason of a)			/ / (Day) (Month) (Year)		Presumption of Doctor/ Reported by patient		
c) Complication			/ / (Day) (Month) (Year)		Presumption of Doctor/ Reported by patient		
3. Past History	Y/N	Name of sickness/injury	Name of facility	Treatment Term			
4. Previous Doctor	Y/N	1 st consultation	/ /	Name of facility (department/ address)		Doctor's Name	
5. Treatment Term	First medical consultation / / ~ / / (Day/Month/Year) (Treatment concluded/Still under treatment)						
6. Admission Term	1 st hospitalization / / ~ / / (Treatment concluded/Still under treatment)						
	2 nd hospitalization / / ~ / / (Treatment concluded/Still under treatment)						
7. Reason for discharge/ condition when discharged	(1) Cured						
	Discharged		(2) Both outpatient care and self-managed care are unnecessary				
	(3) Outpatient						
	(4) Self-managed care						
	(5) Hospitalization						
	(6) Transfer of hospital/department (inpatient/outpatient)						
	(7) Other						
8. Progress from onset of the sickness/injury to the first visit, and the first diagnosis. (Please indicate when and how symptom(s) first appeared.)				9. Symptom(s), progress, etc. (details and results of examination, details of treatment, progress, etc. (*Please indicate operation at section 10 below))			
10. Surgical operation effected on this sickness/injury							
Name of operation			Date of operation / /				
Purpose of operation (treatment, needle biopsy, other biopsy)/ In case of a finger or a toe, it reaches/does not reach center side, including MP joint./ In case of musculoskeletal operation(bones, joints, muscles, tendons, ligaments) (open/closed) /In case of bone grafting,(part of bone:)/ Malignant tissue (removed, unremoved)/ In case of skin grafting (more than 25cm ² , less than 25cm ²)							
Type of operation		(1) Craniotomy (excluding trepanation) (2) Thoracotomy (3) Laparotomy (4) a. Transurethral surgery b. Transvaginal surgery c. Operation using an endoscope or a catheter (including thoracoscope and laparoscope) (5)Other a. Trepanation b. Percutaneous c. Other ()					
11. Radiotherapy	Place		Period	/ / ~ / /	Total quantity	Gy(Rads)	
12. Date of notification	Patient was notified on / / that the name of the disease was ()						
13. Claim Capacity	Does the patient have the mental capacity to claim benefits, etc.?						Y/N
I hereby certify the above statement.				Date			
Address of hospital/clinic		Zip Code		Country			
(Geriatric Health Services Facilities are not included.)		Location		Doctor's signature			
Name (Department)		Doctor's name					
Phone number							

For items printed in bold, please circle the appropriate item.

If you correct any part of your statement, please sign on the part.

If you have been hospitalized at two or more hospitals for two or more sicknesses/injuries, please correct as appropriate to make each admission term clear.

This certificate must be presented when making an insurance claim to JAPAN POST INSURANCE Co., Ltd., either as the primary insurer or acting on behalf of the Organization for Postal Savings, Postal Life Insurance and Post Office Network.

The content of the certificate is subject to inquiry by the company later.

日本国外における入院等に係る他社契約の確認書兼同意書

年 月 日

保険証券(書)記号番号：

<被保険者>

住所

氏名

印

- 他社契約への加入の有無について
(該当する方に○をしてください。)
他社契約への加入は、(あります ・ ありません)
- 他社の契約は次のとおりであり、株式会社かんぽ生命保険が提出された書類に基づき事実を確認するため、当該保険会社(会社以外の保険者を含む。)の有する情報について照会することに同意します。
また、仮に、本書に記入されていない他社契約が存在する場合には、株式会社かんぽ生命保険に対して当該保険会社(会社以外の保険者を含む。)が同社の有する情報を提供することに同意します。
なお、本書のコピーも有効なものであることを認めます。
- ・ 保険会社(保険者)名：
 - ・ 住所：
 - ・ 電話番号：
 - ・ 加入している保険の契約を特定できる
記号番号(保険証券記号番号)：

この確認書兼同意書は、株式会社かんぽ生命保険の保険契約用および同社が独立行政法人郵便貯金簡易生命保険管理・郵便局ネットワーク支援機構から委託を受けて管理している簡易生命保険契約用です。

日本国外における入院等に係る他社契約の確認書兼同意書

保険証券(書)記号番号：

<被保険者氏名>

住所

氏名

年 月 日

<被保険者の相続人の代表者(同意者)>

住所

氏名

印

(被保険者との続柄：

)

○ 他社契約への加入の有無について

(該当する方に○をしてください。)

他社契約への加入は、(あります ・ ありません)

○ 他社の契約は次のとおりであり、株式会社かんぽ生命保険が提出された書類に基づき事実を確認するため、当該保険会社(会社以外の保険者を含む。)の有する情報について照会することに同意します。

また、仮に、本書に記入されていない他社契約が存在する場合には、株式会社かんぽ生命保険に対して当該保険会社(会社以外の保険者を含む。)が同社の有する情報を提供することに同意します。

なお、本書のコピーも有効なものであることを認めます。

- ・ 保険会社(保険者)名：
- ・ 住所：
- ・ 電話番号：
- ・ 加入している保険の契約を特定できる
記号番号(保険証券記号番号)：

お問い合わせは、下記の窓口で受け付けています。

(受付時間は日本時間です。また、日本語のみの対応となります。)

(1) 海外からのお問い合わせ

■東京お客さま相談室

電話：+81-3-6455-6315(通話料はお客さま負担となります。)

FAX：+81-3-6455-6304(通話料はお客さま負担となります。)

受付時間：9:00～17:00(土日休日、12月29日～1月3日を除きます。)

■東京お客さま相談室の所在地

〒109-8792

東京都品川区北品川5丁目6番1号 大崎ブライトタワー

株式会社かんぽ生命保険 東京お客さま相談室

(英文表記)

Zip Code 109-8792

Osaki Bright Tower

5-6-1 Kitashinagawa Shinagawa-ku Tokyo Japan

Tokyo Customers' Counseling Room of JAPAN POST INSURANCE

(2) かんぽ生命Webサイト

■かんぽ生命Webサイト <https://www.jp-life.japanpost.jp/>

各種お手続きの方法は、かんぽ生命のWebサイトでもご覧いただけます。

(個別のご契約に関するお問い合わせは、お電話でお願いいたします。)

(3) 国内からのお問い合わせ

■かんぽコールセンター

フリーダイヤル：0120-552-950(携帯電話・PHSからもご利用いただけます。)

受付時間：平日9:00～21:00/土日休日9:00～17:00(1月1日～1月3日を除きます。)

■郵便局またはかんぽ生命の各支店

最寄りの郵便局またはかんぽ生命の支店で受け付けております。

受付時間：土日休日を除く9:00～16:00

(ただし、一部の店舗では受付時間を変更している場合がございます。)

【ご留意いただきたいこと】

※ 個別のご契約に関するお問い合わせの際は、あらかじめ、保険証券(保険証書)記号番号をお確かめください。

※ プライバシー保護のため、お問い合わせは、保険契約者さまからお願いいたします(保険金等のご請求に関しては、被保険者さままたは受取人さまからも受け付けています。)

※ お電話の際は、おかけ間違いのないようご注意ください。

※ 月曜日など休日明けは、お電話が混み合い、つながりにくい場合がございます。また、かんぽコールセンターでは、かんぽ生命の業務の運営管理およびサービス充実等の観点からお客さまからのお電話を録音させていただいております。あらかじめご了承ください。