

## JET ACCIDENT INSURANCE

### Insured's Confirmation of Agreement

(JET傷害保険 被保険者同意確認書)

Please Read the Following Directions Carefully Before Filling Out

- 1. Stipulation of Beneficiary (受取人について)**  
 Only a **parent, spouse, child, grandparent** or **sibling** of the participant may be designated as beneficiary and your relationship with the beneficiary. (受取人には両親、配偶者、子供、祖父母、兄弟姉妹に限ります。)
- 2. Language (記入言語について)**  
 Please complete the form in Japanese or English. (日本語か英語で記入してください。)
- 3. To Make Corrections (訂正方法について)**

**提出日は、ご署名頂いた日付と同日としてください。(なお、任用後に再提出頂く場合でも、バックデートする必要はございません。)**

**Submission Date should be the same date as signature date. (You don't need to backdate it even when you resubmit it after your appointment date.)**

**赤枠内にもれなくご記入ください。  
 Please fill out inside the red flame wituout exception.**

Date of Submission 提出日 May / 1 / 20XX

Applicant (Contractor) 契約者	Council of Local Authorities for International Relations	Type of insurance 保険種類	Overseas Travel 海外旅行保険
Period of insurance (Period for open contract) 保険期間(特約期間)		Number 番号	5369741750
Limit of indemnity per insured (※1) (被保険者1名あたり) 保険金額	Coverage (補償項目) 傷害死亡 (傷害死亡)	Limit of indemnity (保険金額) 6,000,000 Yen	
Name of JET Participant JET参加者の名前	<i>Jichitai Clair</i>		JET Number JET番号 20XX0123456
Beneficiary (Recipient of death benefits) 死亡保険金受取人	Address 住所	765 Figuero Street, Suite 4800, Los Angeles, California 90017, USA	
	Name 名前	Relationship with the insured (※1) 被保険者との関係	Father
You can designate only one person. 受取人は1名のみ指定できます	Special clause for labor insurance indemnity provided by corporation, etc. 企業等の災害補償規定等の特約	<p style="border: 1px solid red; padding: 5px;"><b>保険金受取人は、原則下記から選択の上、ご入力ください。両親、配偶者、子供、祖父母、兄弟</b></p> <p style="border: 1px solid red; padding: 5px;"><b>Please choose a beneficiary among below and fill it out, a parent, a spouse, a child, a grandparent or a sibling of the participant</b></p>	
	Objects of agreement 同意の対象		
Agreement to renewal of the open contract [B2 form] 更新契約の同意[B2方式]	<input type="checkbox"/> No (Agreement to the present contract only) 無(本契約のみ同意)		

**保険金受取人の住所には、郵便番号、国名もご入力ください。**

**Please fill out a beneficiary's address including postal number and country name.**

**保険金受取人は、原則下記から選択の上、ご入力ください。両親、配偶者、子供、祖父母、兄弟**

**Please choose a beneficiary among below and fill it out, a parent, a spouse, a child, a grandparent or a sibling of the participant**

**I confirm my agreement to become the insured (※1) of the above-mentioned insurance contract.**  
 (上記の保険契約の被保険者となることに同意します。)

Signature and seal by the insured (※1) 被保険者のご署名・ご捺印

Please sign in handwriting. (必ずご署名下さい。)

*Jichitai Clair*

Passport No. パスポート番号

AB1234567

Date of Birth 生年月日 July / 28 / 19XX

Age (※2) 満年齢 36

Signature date ご署名日 May / 1 / 20XX

(Official Use)

パスポート  
 公務員共済組合  
 年金手帳

確認書類の左記欄に  
 フリントアウトした上で、手書きでご署名ください。  
**Please print out and sign here in handwriting.**

パスポート番号をもれなくご記入ください。  
**Please fill out passport number here.**

※1 The insured means person(s) insured under this contract. (「被保険者」とは、保険の対象となる方をいいます。)

※2 Please enter your full age on the date of commencement or alteration (in cases of participation or the designation of the recipient halfway through the period of insurance.) (始期日もしくは変更日(中途加入、期中での受取人指定の場合)時点の満年齢をご記入ください。)

確認欄に記載の方法により被保険者が本人であることを確認し、被保険者の死亡保険金受取人指定に関する同意の意思を確認しました。

■ 確認者	代理店名(課支社名)	広域法人部 法人第1課	
	確認者氏名	印	確認日 年 月 日