

学校法人自治医科大学包括契約に基づく  
海外留学生保険加入依頼書

この用紙に内容をもとに被保険者証(IDカード)を作成致します。  
もれなく記入してください。

代理店使用欄


\* 担当教職員に提出の際は必ずコピーを取って各自1枚は控えにしてください。

加入者	学籍番号	学部・研究科	年
	ローマ字 (パスポートと同じ表記で記入してください)		
	フリガナ		
	漢字		
生年月日	西暦	年 月 日 (才)	様
性別	男 ・ 女 ←いずれかに○をつけてください		
現住所	〒 - -		
	TEL - -	携帯	- -
	メールアドレス @jichi.ac.jp		
日本のご家族の 連絡先	〒 - -		
	保護者名 (父・母・その他) ←いずれかに○をつけてください		
現住所と同じ場合 住所は記入不要	TEL - -	平日昼間の 連絡先	- -
留学先	国名	大学名	
申込タイプ	A B C D ←いずれかに○をつけてください		
保険期間	※保険期間は出発日と帰国日両方を含めて数えます。海外留学の目的を持って、住居を 出発してから住居に帰着するまでの期間をご記入下さい。		
	西暦	年 月 日 ~	年 月 日 (日間)
料金	①保険料 ￥	お支払い額 ¥(①+②)	
	②TSP料金 ￥		
付保証明書	(必要)		