

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	学年	所属学科
	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)		
性別	男 ・ 女 ←どちらかに○してください		
現住所 (出発までなるべく連絡のつきやすいご連絡先をご記入下さい)	〒 -		
	TEL ()	携帯 ()	
	E-Mail @		
日本のご家族の 連絡先 現住所と同じ場合 住所は記入不要	〒 -		
	保護者名 (父・母・その他) ←○してください		
	TEL ()	平日昼間のご連絡先 ()	
留学先	国名 () 大学名 ()		
渡航予定便 (往路)	搭乗予定日	搭乗予定便(航空会社名・便名)	
	平成 年 月 日		
現地で利用する PCアドレス	E-Mail @		
申込タイプ	A B C D E F G H		
保険期間 (自宅出発日～帰宅日)	※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。		
	年 月 日 ~ 年 月 日 まで		
保険料	円		
付保証明書	必要 不要		

記載例

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	M111111	学年	5	所属学科	医学部
	ローマ字(パスポートと同じ表記で記入してください)					
	jichi taro 様					
	フリガナ	ジチ タロウ				
漢字	自治 太郎 様					
生年月日	(西暦) 1993 年 4 月 20 日 (25才)					
性別	男 ・ 女 ←どちらかにOしてください					
現住所 (出発までなるべく連絡のつきやすいご連絡先をご記入下さい)	〒 329 - 0431 栃木県下野市薬師寺3311-157 自治医大学生寮					
	TEL 0285(44)****	携帯 090(****)****				
	E-Mail	*****	@	jichi.ac.jp		
	日本のご家族の連絡先					
現住所と同じ場合 住所は記入不要	〒 329 - **** 栃木県宇都宮市*****					
	保護者名 自治 花子 (父 母・その他)←Oしてください					
	TEL ****(****)****	平日昼間の ご連絡先 *** (****) ****				
留学先	国名 (アメリカ) 大学名 (アーバイン大学)					
渡航予定便 (往路)	搭乗予定日	搭乗予定便(航空会社名・便名)				
	平成30年4月22日	JAL33				
現地で利用する PCアドレス	E-Mail ***** @ jichi.ac.jp					
申込タイプ	A B C D E F G H					
保険期間 (自宅出発日～帰宅日)	※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。					
	30年 4月 22日 ~ 30年 5月 21日 まで					
保険料						円
付保証明書	必要					不要