Date

dd/mm/yyyy

**Explanation of Coverage under Private Medical Insurance**

**民間医療保険の補償内容に係る説明書**

Name of applicant　申請人氏名

　　　　　　　　　　　　　　　Surname Middle Given

Name of the insurance company　保険会社名

Name of the insurance plan　　　保険プラン名

Insurance effective date　保険期間開始日　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dd/mm/yyyy

Insurance expiry date 保険期間満了日　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dd/mm/yyyy

※　The insurance coverage must be valid for the duration of stay in Japan.

　日本への滞在予定期間に応じた保険期間である必要があります。

The coverage amount for medical expenses　傷害・疾病への治療費用補償額

□　The coverage amount　補償額

□　Unlimited　上限なし

※　Please check the applicable box and fill in the coverage amount.

　　該当欄をチェックし、補償額を記入してください。

※　The coverage for medical expenses must be **more than 10 million JPY**.

傷害・疾病への治療費用補償額は日本円で**1,000万円以上**である必要があります。

Death benefit or repatriation costs in case of death　死亡保険金又は遺体の本国搬送費用

□　The coverage amount　補償額

□　Unlimited　上限なし

※　Please check the applicable box and fill in the coverage amount.

　　該当欄をチェックし、補償額を記入してください。

**Please attach the documents that verify the above information.**

**上記の内容を証明する資料を提出してください。**