

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。