

海外渡航のてびき



海外に渡航されるお客様へ

弊社では、渡航後の保障や渡航中の保険料のお払込み、保険金・給付金のご請求方法などを、このてびきにまとめました。

渡航に際しましては、このてびきをご携行いただきご利用ください。

慣れない海外での生活はさぞ大変なことと存じますが、皆様がお元気で活躍されることを、心からお祈り申し上げます。

ご 注 意

- このてびきは、将来帰国されることを前提に海外へ渡航されるお客様を対象として説明させていただいております。永住・帰化されるお客様についてはお取扱いが異なることがありますので、その場合は弊社にお問い合わせください。
- このてびきの内容につきましては、将来変更されることがありますので、あらかじめご了承ください。

【目 次】

I. 海外渡航前のご確認事項

- 1 海外渡航中の保障 1
- 2 海外渡航中の保険申込み 1
- 3 海外渡航中の保険料のお払込み 1
- 4 海外渡航中のご通知 2
- 5 海外渡航前・帰国後のお手続き 2

II. 海外渡航中のご請求

- 1 海外渡航中の契約者貸付・解約・名義変更・改姓のご請求 3
- 2 海外渡航中の死亡保険金のご請求 3
- 3 海外渡航中の保険料払込免除・高度障害保険金等のご請求 4
- 4 海外渡航中の入院・手術給付金のご請求 5
- 5 海外渡航中の満期保険金・年金のご請求 7
- 6 その他注意事項 8

III. 外国口座税務コンプライアンス法^{ファトカ}(FATCA)に基づく確認手続きについて 9

IV. CRSに関する「異動届出書」提出のお願い

- 1 CRS とは 10
- 2 異動届出書の提出が必要になる場合 10
- 3 対象商品一覧 10
- 4 税務上の居住地国とは 11
- 5 個人情報の利用目的について 11
- 6 届出書の提出に関するその他注意事項 11

V. 個人情報のお取扱いについて 12

【添付書類】

- ◆ 海外渡航届
- ◆ 異動届出書(個人用)
- ◆ 委任通知書
- ◆ 納税者番号報告書 兼 IRSへの
情報開示に関する同意書
- ◆ 給付金等請求書
- ◆ 入院証明書兼診断書
- ◆ 事故状況報告書

海外渡航中のお問い合わせ先

お問い合わせ、お手続きの詳細につきましては、下記カスタマーサービスセンターまでご連絡ください。なお、お手続きの種類によっては担当者より対応をさせていただきます。

電話番号：81-3-6745-0279

E-mail：contact@csc.prudential.co.jp

住 所：〒981-3288 宮城県仙台市泉区紫山2-1-5

プルデンシャル生命保険株式会社 ドライデンカスタマーセンター

ホームページ：https://www.prudential.co.jp/

※通信料はお客様負担となりますのでご了承ください。

※最新の営業時間は当社ホームページをご覧ください。

I. 海外渡航前のご確認事項

1 海外渡航中の保障

現在ご加入の保険は、そのまま海外でも保障いたします。ご契約が有効であれば、国内と同じようにご契約の約款の規定にもとづいて、保険金・給付金をお支払いいたします。ただし、入院・手術給付金の場合は、ご入院先が「**日本国内にある病院または診療所と同等の医療施設**」に限ります。

2 海外渡航中の保険申込み

海外からの保険申込みのお取扱いはいたしておりません。また、渡航前であっても、渡航先や渡航期間、渡航先でのお仕事の内容などによっては、お申し出をお受けできなかったり、お受けしてもご希望どおりの保障内容でお引き受けできない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

また、海外からの入院特約の付加、失効契約の復活などの際に必要な医的診査、あるいは健康状態に関する告知が必要となるお手続きもお取扱いいたしません。

3 海外渡航中の保険料のお払込み

海外渡航中の保険料のお払込みは、次のいずれかの方法をお選びください。

(1) 日本国内の金融機関等の口座振替でお払込みいただく方法

お客様の国内の金融機関等の口座から保険料の振替をする方法です。なお、現在口座振替扱いのご契約で、渡航後も引き続き現在のご指定口座からの振替が可能な場合は、お払込方法をご変更いただく必要はありません。

(2) ご勤務先での給与引き去りでお払込みいただく方法

海外渡航後もご勤務先での保険料の給与引き去りが可能な場合は、お払込方法をご変更いただく必要はありません。

(3) 保険料をまとめてお払込みいただく方法

保険料を海外渡航前に前納していただく方法です。

●保険料のお払込みがなかった場合

猶予期間満了日までに保険料のお払込みがなかった場合、保険契約は失効（保険としての効力を失うこと）となります。失効中に保険事故（死亡等）が発生した場合、死亡（高度障害）保険金・給付金のお支払いはいたしません。

猶予期間を過ぎご契約が失効しても、失効取消可能期間（猶予期間満了日の翌日から猶予期間満了日の属する月の翌月末日まで）内に延滞保険料をお払込みいただくことで、ご契約が失効しなかったものとしてお取り扱いすることができます。この場合、告知または診査は必要ありません。失効取消可能期間を過ぎた場合、失効してから所定の復活可能期間内（保険種類によって異なります）であれば、ご契約の復活を申込することが可能ですが、復活手続きを行っていただくためには医的診査あるいは健康状態に関する告知が必要となるため、海外渡航中にはお手続きができません。

●渡航に際し、保険料のお払込みを継続いただけない場合

保険料のお支払いを中止してご契約を継続いただく方法（払済保険、延長定期保険への変更）もあります。

4 海外渡航中のご通知

海外渡航中の弊社からの諸通知は、巻末の「海外渡航届」でご指定いただく日本国内のご連絡先へ送付いたします。渡航先のご住所への送付はお取扱いしておりません。なお、My ページへご登録いただければ、弊社からの諸通知をメールにてお知らせいたします。

※My ページにご登録の場合でも、一部の通知物についてはメールでのお知らせができかねるため、日本国内のご連絡先へ送付いたしますことをご了承ください。

5 海外渡航前・帰国後のお手続き

渡航前に、渡航先住所、諸通知の国内送付先などを記載した「海外渡航届」を担当者またはカスタマーサービスセンターへご提出ください。なお、海外渡航中にご住所を変更されたり、海外からご帰国された際には、必ず担当者またはカスタマーサービスセンターまでご連絡をお願いいたします。

ご契約者さま専用 Web サイト マイ My ページのご案内

My ページではご契約者の皆様に、契約内容の照会や住所・電話番号の変更などさまざまなサービスをインターネットを通じてご提供いたします。ご利用方法は簡単で、24 時間利用可能です。

① 海外からでもご登録・ご利用可能

ご契約継続中の証券番号さえわかれば、海外からでも登録可能です。

② 住所変更、契約内容確認などの手続きが簡単に

ご契約者さま専用 Web サイトから、どこにいてもお手続き、契約内容の確認が可能です。

③ 各種通知物をメールで受け取ることが出来ます

お使いの端末（PC・スマートフォン・タブレット）で、いつでもご確認いただけます。

ご登録はこちらから！

<スマートフォン・タブレット
をご利用の方>



< PC をご利用の方 >

弊社ホームページ (<https://www.prudential.co.jp/>)
（「ご契約者さま」－「My ページについて」－「利用登録」）から、ご登録ください。

※ご登録は海外からでも可能ですが、「ご登録完了の連絡ハガキ」は国内のご連絡先への送付となりますのでご了承ください。

<主なサービス内容>

- 給付金請求書類の提出
- メールアドレス等の変更
- 住所・電話番号の変更
(※国内の住所・電話番号に限る)
- ご契約内容・電子証券の照会
- 控除証明書再発行
- プルデンシャル生命からのご連絡
- 契約者貸付
- 変額保険の繰入比率変更・積立金移転

詳細は弊社のホームページ (<https://www.prudential.co.jp/>) をご覧ください。

II. 海外渡航中のご請求

1 海外渡航中の契約者貸付・解約・名義変更・改姓のご請求

1. 海外渡航中の契約者貸付のお手続き

海外渡航中に契約者貸付を受ける場合は、以下のいずれかの方法をお選びください。
いずれの場合も送金先口座は、日本国内の金融機関、かつ、保険料振替口座またはご契約者様名義の口座に限らせていただきます。

(1) 日本国内在住の代理人からご請求いただく方法（必要書類）

巻末の「委任通知書」のご提出が必要です（ご契約者様ご自身でご記入ください）。
弊社所定の請求書の契約者署名欄には代理人の方がご契約者様名をご記入ください。
※代理人の方の公的書類（運転免許証、健康保険証等）写しをご提出ください。

(2) My ページをご利用いただく方法

ご契約者さま専用 Web サイトにて、契約者貸付をご利用いただけます。
※ My ページのご利用登録は P.2 をご参照ください。

(3) 電話貸付サービスをご利用いただく方法

目次ページ「海外渡航中のお問い合わせ先」に記載の電話番号へお電話ください。
※ご契約によっては電話貸付サービスを承れない場合がございますので、ご了承ください。

2. 海外渡航中の解約のお手続き

解約のお手続きに必要な書類を取り揃え、ご提出ください。送金先口座は、日本国内の金融機関、かつ、保険料振替口座またはご契約者様名義の口座に限らせていただきます。

(1) 日本国内在住の代理人からご請求いただく方法（必要書類）

- ・巻末の「委任通知書」のご提出が必要です（ご契約者様ご自身でご記入ください）。
 - ・弊社所定の請求書の契約者署名欄には代理人の方がご契約者様名をご記入ください。
- ※代理人の方の公的書類（運転免許証、健康保険証等）写しをご提出ください。

(2) 海外から直接ご請求いただく方法

海外渡航中に解約手続きをご希望の場合は、担当者またはカスタマーサービスセンターにお問い合わせください。必要書類のご案内をいたします。

3. 海外渡航中の名義変更・改姓のお手続き

海外渡航中に名義変更や改姓の手続きをご希望の場合は、担当者またはカスタマーサービスセンターにお問い合わせください。必要書類のご案内をいたします。

2 海外渡航中の死亡保険金のご請求

1. お受取人様が海外渡航中の場合

死亡保険金のご請求につきましては、お受取人様が渡航中の場合はご帰国後に手続きしていただくか、ご親族を通じて必要書類をお取り揃えください。

2. 被保険者が海外渡航中の場合

ご請求には在住地で発行された死亡証明書が必要となりますので、必ずお取り寄せください。

また、災害死亡給付特約、傷害特約が付加されているご契約や、傷害保険、変額年金などのご契約で災害死亡保険金を請求される場合には、不慮の事故によることが証明できる新聞記事などをご帰国までに現地にてお取り寄せのうえ、ご提出ください。

《死亡保険金を海外から直接ご請求いただく場合の必要書類》

① 死亡保険金・ 家族年金請求書	お受取人様ご自身でご記入ください。保険金はお受取人様名義の口座へお振り込みいたします。
② 死亡証明書	弊社所定の死亡証明書または同内容の証明書をご提出ください。
③ 事故状況報告書	不慮の事故の場合、巻末の書式を使用してお提出ください。
④ 受取人の署名証明書 またはパスポートコピー	署名証明書は日本国大(公)使館、領事館あるいは公証人が発行しています（有効期限は発行日から6ヵ月以内）。

※お受取人様が未成年者の場合は、親権者（未成年後見人）様からご請求いただくこととなりますので、親権者（未成年後見人）様の署名証明書をご提出ください。

※上記以外の書類のご提出をお願いする場合は、または上記の書類を省略あるいは別の書類で代用できる場合があります。

3 海外渡航中の保険料払込免除・高度障害保険金等のご請求

被保険者様が海外渡航中に所定の身体障害状態または高度障害状態になった場合の請求には、日本国内の医学的基準に基づいた所定の診断書による障害状態の認定が必要となりますので、ご帰国後にご請求いただくこととなります。また、不慮の事故により所定の身体障害状態または高度障害状態になられた場合は、不慮の事故によることが証明できる新聞記事などをご提出いただきますので、ご帰国までに現地にてお取り寄せください。

●保険料払込免除事由

責任開始期以後に発生した不慮の事故または疾病を直接の原因として身体障害状態（約款の巻末別表3参照）に該当したときは、次の払込期月以降の保険料の払込を免除します。

ただし、保険種類により支払事由が異なりますので、詳しくは約款をご覧ください。

●高度障害保険金支払事由

責任開始期以後に発生した原因により高度障害状態（約款の巻末別表1参照）になったときは、高度障害保険金をお支払いいたします。ただし、保険種類により支払事由が異なりますので、詳しくは約款をご覧ください。

●その他支払事由

がん診断保険金、特定疾病保険金等のご請求につきましては、担当者へお問い合わせください。

上記でご説明のとおり、保険料払込免除または高度障害保険金の請求は原則としてご帰国後にいただくこととなります。ただし帰国の予定がたたない等の場合は、下記の書類をお取り揃えのうえご帰国前にご請求いただくことも可能です。

なお、会社の必要とする内容を具体的に主治医等に確認させていただくことがありますので、お支払いまでに相当期間要することをあらかじめご了承ください。

《保険料払込免除を海外から直接ご請求いただく場合の必要書類》

① 給付金等請求書	巻末の書式に、ご契約者様ご自身でご記入ください。
② 障害診断書	弊社所定の障害診断書または同内容の診断書をご提出ください。
③ 事故状況報告書	不慮の事故の場合、巻末の書式を使用してお提出ください。

※場合によっては、上記以外の書類のご提出をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。

《高度障害保険金を海外から直接ご請求いただく場合の必要書類》

① 高度障害保険金・ がん診断保険金等請求書	被保険者様ご自身でご記入ください。保険金は被保険者様名義の口座へお振込みいたします。
② 障害診断書	弊社所定の障害診断書または同内容の診断書をご提出ください。
③ 事故状況報告書	不慮の事故の場合、巻末の書式を使用してお提出ください。
④ 被保険者の署名証明書 またはパスポートコピー	署名証明書は日本国大（公）使館、領事館あるいは公証人が発行しています（有効期限は発効日から6ヵ月以内）。

※被保険者様が未成年者の場合は、親権者（未成年後見人）様からご請求いただくこととなりますので、親権者（未成年後見人）様の署名証明書をご提出ください。

※高度障害保険金受取人は主契約の被保険者となります。ただし、保険契約者および死亡保険金受取人が法人で、被保険者の同意を得ている場合は、高度障害保険金の受取人が契約者（法人）に指定されていることがあります。高度障害保険金受取人が法人の場合の必要書類は、担当者へお問い合わせください。

※場合によっては、上記以外の書類のご提出をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。

4 海外渡航中の入院・手術給付金のご請求

海外渡航中に入院・手術を受けられたお客様からの入院・手術給付金のご請求方法には次の3つの方法があります。

(1) ご帰国後にご請求いただく方法

入院・手術給付金のご請求に際しては、海外入院先の入院証明書が必要となりますので、ご帰国までに現地にてお取り寄せください。

(2) 海外から直接郵送にてご請求いただく方法

海外から請求書類を郵送していただく方法です。また、それらの請求書類を日本国内在住のご親類からご提出いただいても結構です（入院・手術給付金のご請求に必要な「給付金等請求書」「入院証明書兼診断書」「事故状況報告書」は巻末の書式をご使用ください）。

(3) My ページをご利用いただく方法

ご契約者さま専用 Web サイトから、入院・手術給付金の給付金請求書類をご提出いただけます。

※ My ページのご利用登録および給付金請求の流れは P. 2、P. 6 をご参照ください。

《上記（2）、（3）の方法にて入院・手術給付金を海外からご請求いただく場合の必要書類》

① 給付金等請求書	巻末の書式にお受取人（請求権者）様ご自身*でご記入ください。給付金はお受取人様名義の口座もしくは保険料振替口座**へお振り込みいたします。
② 入院証明書兼診断書	巻末の弊社所定の入院証明書兼診断書をご提出ください。なお、お持ちでない場合は、傷病者の氏名、生年月日、性別、傷病名、初診日、入・退院日、医療機関名、主治医の署名、手術を受けられた場合は、手術名、手術日の記載があるものをご提出ください。
③ 事故状況報告書	不慮の事故の場合に、巻末の書式を使用してお提出ください。

※契約者が法人の場合のお受取人（請求権者）は、契約者（法人）となる場合と被保険者となる場合がございます。契約者が法人の場合の給付金請求時は、お受取人様が誰になるか担当者またはカスタマーサービスセンターへお問い合わせください。

※給付金等請求書に送金口座のご指定がない場合は保険料振替口座に送金いたします。ただし、現在保険料の口座振替をご利用でない場合は、受取人（請求者）名義の以下の口座に送金される場合がございます。

●最後に登録された保険料振替口座 ●他契約でご利用中の保険料振替口座 ●前回の給付金送金口座

※お支払対象となるご契約が複数あり、保険料振替口座が異なる場合は、当社より送金口座を確認させていただく場合がございます。

※契約者が法人（個人事業主）、代理請求、受取人が亡くなられた場合のいずれかで、保険料振替口座が受取人（請求者）名義ではない場合は必ず口座をご指定下さい。

※お受取人様が未成年者の場合は、親権者（未成年後見人）様の連署が必要となります。なお、給付金送金口座について被保険者もしくは連署された親権者（未成年後見人）様名義の口座・保険料振替口座以外の口座を指定される場合は、お受取人様と口座名義人様の関係を示す公的書類（戸籍謄本・健康保険証コピー等）をご提出ください。

※家族入院特約・子供入院特約・配偶者入院特約・配偶者がん入院特約のご請求をいただく場合は、治療を受けられたご家族とお受取人様との関係を示す公的書類（戸籍謄本・健康保険証コピー等）をご提出ください。

※場合によっては、上記以外の書類のご提出をお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。

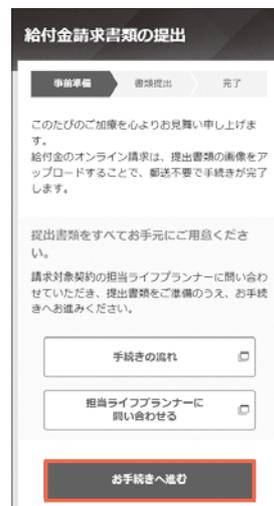
My ページからの給付金請求の流れ

1 My ページの トップページ



トップページの「各種手続き」を押し、「給付金請求書類の提出」を押します

2 事前準備



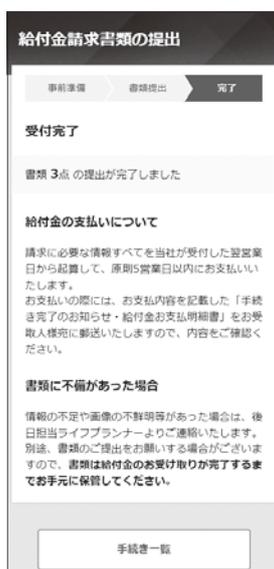
提出書類をお手元に用意したら「お手続きへ進む」を押します

3 書類提出 (注意事項の確認)



画面上の注意事項をご一読のうえ、準備した必要書類を写真撮影または選択し、「提出」を押します
<注意> 明るい場所で全体が写るように撮影してください。
 また、すべての文字が判読できるよう撮影してください。

4 受付完了



アップロード完了です。
 ※情報の不足や画像が不鮮明な場合、後日担当者からご連絡をさせていただきます

ご請求完了!

お支払いが
 確定しましたら、
 ご指定の口座へ
 送金いたします

入院証明書兼診断書の翻訳業務に時間を要した場合、所定の期日内にお支払いできないことがあります

給付金スマホ請求のお手続きの流れを動画でご覧いただけます

<スマートフォン・タブレット
をご利用の方>



< PC をご利用の方 >

プルデンシャル生命のホームページ
[https://www.prudential.co.jp/contractor/
process/seikyu/seikyu01.html](https://www.prudential.co.jp/contractor/process/seikyu/seikyu01.html)
〔「ご契約者さま」－「主なお手続き」－「保険金・給
付金等を請求する」－「入院・手術給付金を請求する」〕

5 海外渡航中の満期保険金・年金のご請求

1. 海外渡航中の満期保険金・年金請求のお手続き

海外渡航中に満期保険金・年金をご請求される場合は、次の2つの方法があります。
※いずれの方法も、送金先口座は、日本国内の金融機関、かつ、受取人様名義の口座に限らせていただきます。

(1) 海外から直接ご請求いただく方法

海外から請求書類を郵送していただく方法です。また、それらの請求書類を日本国内在住のご親族を経由しご提出いただいても結構です。

《満期保険金・年金を海外から直接ご請求いただく場合の必要書類》

満期保険金（年金）請求書	請求書類一式は、満期日（年金開始日）の2～3ヵ月程前に国内のご登録住所へお届けいたします。お受取人（満期保険金受取人・年金受取人）様ご自身でご記入ください。
その他必要書類	送付書類内の必要書類のご案内をご確認ください。

(2) 担当者へ電話等でご請求内容をお伝えいただく方法

一定の条件を満たすご契約の場合、担当者へご請求意思と受取口座などをお伝えいただくことで請求が可能です。お取扱いの可否につきましては、担当者へご確認ください。

2. 海外渡航中の年金等の一部・全部一括請求のお手続き

現在、2回目以降の年金をお受取中で、残存年金を一括（一時金）請求のご希望がある場合は、担当者へお申し出ください。請求書は国内のご登録住所へお届けいたします。

※保険種類、年金種類等によってお取扱いが異なります。詳しくは担当ライフプランナーにお問い合わせください。

※送金先口座は、日本国内の金融機関、かつ、受取人様名義の口座に限らせていただきます。

《年金を海外から直接ご請求いただく場合の必要書類》

年金・据置保険金等一時支払請求書	受取人様ご自身でご記入ください。
年金証書または支払証書	残存年金の一部請求の場合はご提出ください。 ※紛失の場合は請求書の紛失届欄にチェックを入れてください。

6 その他注意事項

1. 本来のご請求権者から請求できない場合

本来のご請求者からのご請求が出来ない場合には、担当者またはカスタマーサービスセンターまでお問い合わせください。

2. 届け出印について

給付金・保険金・保険料払込免除に関する各書類の印鑑捺印欄については、署名証明書（P.4～5 をご参照ください）をもって省略できます。

3. 事実確認について

ご請求に対する決定に先立ちまして、必要に応じて事実の確認をさせていただく場合がございます。その際には、手続き完了までお時間を要する場合がございますのでご了承ください。

III. 外国口座税務コンプライアンス法(FATCA)に基づく確認手続きについて

ファトカ

米国に渡航されるお客様へ

2014年7月から、米国法「外国口座税務コンプライアンス法(FATCA)」による確認手続きが開始されています。FATCAは、米国人等による米国外の金融口座等を利用した租税回避を防ぐ目的で、米国外の金融機関に対し、顧客が“特定米国人または米国人所有の事業体(以下、「所定の米国人等」)”に該当していないかを確認すること等を求める法律です。

弊社では、FATCA実施に関する日米関係官庁間の声明^(注1)に基づき、米国に渡航されたお客様が、米国内国歳入法で規定する所定の米国人等に該当した場合には、米国内国歳入庁宛にご契約情報等の報告を行っております。

つきましては、趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようお願いいたします。

^(注1) 国際的な税務コンプライアンスの向上及びFATCA実施の円滑化のための米国財務省と日本当局の間の相互協力及び理解に関する声明(2013年6月発表)

所定の米国人等の条件

以下の場合、所定の米国人等に該当します。

【該当例】 米国市民 ・ 米国居住者^(注2) ・ 米国永住権所有者 など

^(注2) 一般に183日以上、米国に滞在する者。滞在日数の計算には、対象年度の滞在日数に加え、前年の滞在日数の3分の1に相当する日数と、前々年の滞在日数の6分の1に相当する日数も考慮される。

※滞在日数の計算方法は米国内国歳入法7701(b)条に規定される実質滞在テストによります。

【滞在日数の計算方法】 2015年に申告する2014年の米国滞在が、米国居住者であるか否かを判定する計算例

【ケース1】米国駐在員として2013年11月20日にNYに赴任。業務完了後、2014年5月30日に帰国。

計算例

2014年：米国滞在日数 150日 → 150
2013年：米国滞在日数 42日 → $42 \times 1/3 = 14$ } 164日

実質滞在テストによる算定で米国滞在日数が183日以下となるため、この場合、2014年は米国居住者ではない。

【ケース2】米国駐在員として2012年から3年間米国に派遣(途中一時帰国あり)。2014年途中に駐在員を交代し、帰国。

計算例

2014年：米国滞在日数 140日 → 140
2013年：米国滞在日数 100日 → $100 \times 1/3 = 33.33$
2012年：米国滞在日数 100日 → $100 \times 1/6 = 16.66$ } 189.99日

実質滞在テストによる算定で米国滞在日数が183日以上となるため、この場合、2014年は米国居住者となる。

所定の米国人等に該当する場合

添付の「納税者番号報告書 兼 IRS への情報開示に関する同意書」をご提出いただくこととなります。

そのため、お客様が所定の米国人等に該当することとなった場合は、弊社までご連絡いただきますようお願いいたします。

確認手続きに応じていただけない、または報告に同意いただけない場合

お客様に確認手続きに応じていただけない、または米国内国歳入庁への報告に同意いただけない場合、米国内国歳入庁の要請に基づき、該当のご契約情報等を日米当局間で交換することとされています。

IV. CRSに関する「異動届出書」提出のお願い

2017年1月1日以降に「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」等に基づく手続きを行い、「新規届出書」を提出されているお客様は、海外渡航や帰国の際、または税務上の居住地国が変更になった際に、「異動届出書」の提出が必要となります。下記をご確認いただき、「異動届出書」の提出にご協力いただきますようお願いいたします。

※お手続きの詳細は担当ライフプランナーにお問合せください。

1 CRSとは

CRS (Common Reporting Standard) とは、外国の金融口座を利用した脱税及び租税回避に対処するために、OECD (経済協力開発機構) で策定された共通報告基準です。これに従い、各国の金融機関は非居住者に関わる金融口座情報等を税務当局に報告し、これを各国の税務当局間で互いに提供することとなりました。これを踏まえ、日本でも「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」等を改正し、手続きを行う際に税務上の居住地国等の情報を提供することが必要になりました。

2 異動届出書の提出が必要となる場合

2017年1月1日以降に「**3** 対象商品一覧」に該当する商品において以下の手続きを行い、新規届出書を弊社にご提出されているお客様につきましては、海外へ渡航または帰国される場合はお申し出いただくとともに、海外への渡航または海外からの帰国の日より3ヵ月以内に「異動届出書」をご提出いただく必要があります。

※「異動届出書」の提出後に税務上の居住地国（「**4** 税務上の居住地国とは」ご参照）の変更が生じた場合は、その変更が生じた日から3ヵ月以内に、あらためて「異動届出書」の提出が必要となります。

※「異動届出書」は当社ホームページからもダウンロードが可能です。

新規届出書の提出を必要とする手続き	新規届出書提出対象者
●生命保険契約の申込	契約者
●契約者変更	変更後の契約者
●満期保険金・生存を事由とする年金・解約返戻金等の受取 (受取人と契約者が異なる場合等)	受取人

3 対象商品一覧

●保険期間が終身かつ一時払の商品

- ・終身保険（一時払）
- ・一時払終身保険（無告知型）
- ・変額保険（終身型）（一時払）
- ・有期払込終身保険（一時払）
- ・連生終身保険（一時払）
- ・米国ドル建積立利率更改型一時払終身保険（無告知型）

●満期保険金・年金等の支払のある商品

- ・養老保険
 - ※一時払を含む
- ・米国ドル建養老保険
- ・ユーロ建養老保険
- ・変額保険（有期型）
- ・変額保険（年金型）
- ・変額年金保険
- ・年金支払型特殊養老保険
 - ※引受緩和型を含む
- ・積立利率変動型年金支払型特殊養老保険
- ・米国ドル建年金支払型特殊養老保険
 - ※引受緩和型を含む
- ・ユーロ建年金支払型特殊養老保険

<旧あおば生命保険商品>

●保険期間が終身かつ一時払の商品

- ・終身保険（一時払）
- ・終身保険（一部一時払）
- ・終身保険（転換一時払）
- ・変額保険（一時払終身）
- ・積立型終身保険 着々人生（一部一時払・転換一時払）
- ・るど（一時払終身型）
- ・団体終身保険（一時払）
- ・一時払退職後終身保険（一時払）

●満期保険金・年金等の支払のある商品

- ・自由計画保険
- ・終身年金あんしん
- ・世紀の保険
- ・二重満期保険
- ・育英保険
- ・ホケン年金
- ・NEW 世紀エンジョイプラン
- ・シルバーライフプラン長寿（高年）
- ・シルバーライフプラン長寿（中年）
- ・積立年金保険
- ・生活設計保険
- ・医療保険（生存給付金特約付）
- ・終身保険（生存給付金付）

4 税務上の居住地国とは

「税務上の居住地国」とは、各国の法令において、住所を有する、国籍を有するなどの一定の基準により、所得税に相当する税を課される国または地域のことです。

税務上の居住地国はお客様自身でご確認のうえ、ご記入をお願いいたします。

なお、居住地国が複数存在する場合は、それぞれの居住地国について必要事項のご記入をお願いいたします。

また、居住地国が米国となる場合は、FATCA の対応も必要となります。詳細は P.9 をご覧ください。

5 個人情報の利用目的について

届出書で取得するお客様の個人情報は、法令に基づく国税庁への報告のために必要な範囲でのみ利用します。

6 届出書の提出に関するその他注意事項

- ・届出書の提出後、「税務上の居住地国」が変更となるごとに、「異動届出書」をご提出いただく必要がございます。異動届出書の提出時に納税者番号が付番されていない場合は、納税者番号付番後に改めて当社への「異動届出書」のご提出が必要となります。
- ・異動届出書に虚偽の記載を行った場合は、罰則が科せられることがあります。
- ・2017年1月1日以降に弊社に新規届出書又は異動届出書を提出いただいた契約で、海外渡航に伴い「税務上の居住地国」が変更になった可能性を検知した場合、「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」等の定めにより、海外渡航届の情報を元に国税庁へ契約情報等を提供する場合があります。

V. 個人情報のお取り扱いについて

個人情報のお取り扱いについて

●利用目的について【明示事項】

当社は、本取扱いに関して取得する個人情報について次の目的のために利用いたします。なお、本籍地・医療・健康情報等の機微（センシティブ）情報（要配慮個人情報を含みます。以下同様です。）については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的にその利用が限定されています。

1. 各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払い
2. 関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
3. 当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
4. その他保険に関連・付随する業務

●機微（センシティブ）情報の取扱いについて【同意事項】

生命保険事業の適切な業務運営を確保する必要性から業務遂行上必要な範囲で、戸籍謄本等の公的書類や医療・健康情報等に含まれる機微（センシティブ）情報を取得、利用することがあります。

●医療機関・その他行政機関等への個人情報の照会・提供【同意事項】

当社は、各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払いのために、業務上必要な範囲で、既に取得しているものも含め、お申込内容などの個人情報について、医療機関・その他行政機関等へ照会・提供する場合があります。

●第三者への提供【同意事項】

当社は、再保険の対象となる保険契約について、再保険会社（外国にある会社を含みます。※国名等の詳細は、当社ホームページ「個人情報保護方針」をご確認ください。以下同様です。）が各種保険契約のお引受け、ご継続、維持管理、保険金等のお支払い等に利用するために、保険契約者の個人情報のほか、被保険者の契約内容に関する情報および健康状態に関する情報、保険金受取人・指定代理請求人に関する情報など業務を遂行するために必要な個人情報を、再保険会社に提供することがあります。また、勤務先等の団体扱・集団扱などでお客様が保険にご加入される場合、業務上必要な範囲で、お申込内容などの個人情報を、お客様の所属する団体へ提供するなどの場合があります。

●支払査定時照会制度

当社は、（一社）生命保険協会、（一社）生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会（以下、「各生命保険会社など」といいます）とともに、保険金、年金または給付金のご請求があった場合や、これらにかかる保険事故が発生したと判断される場合に、お支払いの判断の参考とすることを目的として、当社を含む各生命保険会社などの保有する保険契約などに関する次の情報を共同して利用しております。

- (1) 被保険者の氏名、生年月日、性別、住所（市・区・郡まで）
- (2) 保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故（照会を受けた日から5年以内）
- (3) 保険種類、契約日、復活日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法など。

※満期保険金、生存給付金請求は除きます。

（一社）生命保険協会加盟の各生命保険会社につきましては詳しくは、（一社）生命保険協会ウェブサイトをご覧ください。

（一社）生命保険協会ウェブサイト：<https://www.seiho.or.jp/>

個人情報の取扱いに関するお問い合わせについて

当社の個人情報の取扱いについての詳細は、当社ホームページで公表しておりますので、これをご参照いただくか、担当者またはカスタマーサービスセンターまでお問い合わせください。

（お問い合わせ先）

当社のホームページ <https://www.prudential.co.jp/>

当社のカスタマーサービスセンター 81-3-6745-0279

※最新の営業時間は当社ホームページをご覧ください

海外渡航届

このたび海外渡航するにあたり、次の特別取扱いを承諾したうえで、下記のとおり届け出ます。

《特別取扱い》

被保険者様が海外渡航中の保険申込み、特約の中途付加、失効契約の復活など医的診査(あるいは健康状態に関する告知)を必要とするお手続きはお取扱いいたしません。

※ボールペン等消えない筆記用具を用いてご記入ください。

※太線内は必ずご記入ください。

届出日 20 年 月 日

フリガナ	フリガナ	フリガナ
1. ご契約者名	2. ご契約者名	3. ご契約者名
証券番号		
①	①	①
②	②	②
③	③	③
④	④	④
⑤	⑤	⑤
⑥	⑥	⑥

海外渡航日	20 年 月 日	※ 渡航先住所がアルファベットの場合はブロック体でご記入ください。渡航先住所が未確定の場合は、国名のみ記載ください。渡航先住所が確定次第、早急にご連絡ください。
渡航先住所		
渡航先の国名		
Eメールアドレス	@	

海外渡航期間中の通信先として国内に居住される方(原則として親族。但し、勤務先も可)を下記にご指定ください。

※ 弊社お届け住所と同一の場合もご指定ください。

※ 海外渡航日と、日本国内通信先への変更希望日が異なる場合、希望日をご記入ください。

郵便番号	-	国内通信先変更希望日	20 年 月 日
住 所	フリガナ		
		都 道 市 区 区 町 府 県 郡 村	
氏 名	フリガナ	ご契約者との続柄	電話番号 () -
		()	

※通知発送対象のご契約すべて名寄せを行い、上記記載の国内通信先へ通信先変更させていただきます。

●渡航されるにあたっての注意

- 弊社からの諸通知は、すべて日本国内の通信先へお送りさせていただきます。
- ご帰国の節は、必ず弊社にご連絡いただきますようお願い申し上げます。
- 2017年1月1日以降に弊社に新規届出書又は異動届出書を提出いただいた契約で、今回の海外渡航に伴い「税務上の居住地国」が変更になった可能性を検知した場合、「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」等の定めにより、本海外渡航届の情報を元に国税庁へ契約情報等を提供する場合があります。(※「海外渡航のてびき」P.10をご参照下さい)

●個人情報の利用目的について【明示事項】

当社は、本取扱いに関して取得する個人情報について次の目的のために利用いたします。

- 各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払い
- 関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- 当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- その他保険に関連・付随する業務

※当用紙をコピーのうえでご記入、ご提出いただいても構いません。

会社使用欄

上記届出内容について契約者の意思を確認しました。

支社 _____ 取扱担当者 _____ 本社受付 _____ 入力 _____ 確認 _____

証券番号

宛先：プルデンシャル生命保険株式会社

納税者番号報告書 兼 IRSへの情報開示に関する同意書

私は外国口座税務コンプライアンス法（FATCA）における所定の米国人等であることを宣誓し、以下のとおり報告および同意します。

納税者番号報告書

社会保障番号 (SSN)				—			—			
--------------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

米国内国歳入庁（IRS）への情報開示に関する同意書

外国口座税務コンプライアンス法、および関連する米国税務法規則に基づく要請により、プルデンシャル生命が個人情報または保険契約内容を米国内国歳入庁（IRS）に情報開示することに同意します。この情報には、氏名、住所、米国納税者番号、保険契約内容に関する情報も含まれます。※米国における個人情報の保護制度に関する情報等は、当社ホームページ「個人情報保護方針」をご確認ください。

記入日	20	年	月	日
報告者・同意者	アルファベット（活字体）			
	氏名【自署】			
法定代理人等	アルファベット（活字体）			
	氏名【自署】			

事業保険用押印欄

●会社使用欄

支社名

担当ライフプランナー

支社受付

本社受付

異動届出書（個人用）

宛先：プルデンシャル生命保険株式会社

「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」等の定めにより、居住地国その他の情報につき、下記のとおり届け出ます。

証券番号 海外渡航の手引き10-11頁の CRSに関する「異動届出書」 提出のお願い／ 3 対象商品 一覧をご確認いただき、該当 証券番号を記載ください。	第									号
	第									号
	第									号
	第									号
	第									号

お客様情報

①税務上の居住地国

<input type="checkbox"/> 日本	⇒	※日本と日本以外の両方に該当する場合は、両方にチェックをしてください。	
<input type="checkbox"/> 日本以外		国名：	
		上記居住地国の納税者番号：	
		納税者番号を記入できない方はその理由：	
		<input type="checkbox"/> 納税者番号を有していない(理由：)	
		<small>※納税者番号が付番され次第、再度異動届出書にて届出ください。</small>	
		<input type="checkbox"/> 居住地国の法令上の提供制限	
		<input type="checkbox"/> その他(理由：)	
			※ファーストネーム(名)・ミドルネーム・ラストネーム(姓)の順でご記入ください。
		氏名(アルファベット ブロック体)：	

②生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

③現住所 ※海外の住所の場合は、アルファベット(ブロック体)でご記入ください。

④現住所と税務上の居住地国が異なる方はその事情

⑤【前回お届けの】税務上の居住地国 日本以外の場合、居住地国をご記入ください。
※日本と日本以外の両方に 該当する場合は、両方に
チェックをしてください。 日本 日本以外 ⇒

記入日 20 年 月 日

氏名(自署)

親権者・後見人(自署)

●会社使用欄

給付金等請求書 (兼保険料払込免除請求書)

提出用

宛先：ブルデンシャル生命保険株式会社

貴社普通保険約款および特約条項が契約内容となることに同意のうえ、当契約について標記の請求をします。
 医療機関発行の書類（診断書またはそのコピー等）の記載内容や、入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関に照会することを承諾し、記載事項が事実と相違する場合は、正当な支払金額で精算を行うことに同意します。
 また、別紙「個人情報のお取扱いについて」に記載された貴社個人情報の取扱いについて（被保険者と請求者が相違している場合は、被保険者ととも）明示事項を確認し、同意事項について同意します。

代表証券番号	第 号 第 号 他 件	請求日 (記入日)		
	・ご記入いただいた証券番号以外に、受取人（請求者）を同一とする別契約がお支払対象となる場合には、請求書を流用します。 ・医療保障のないご契約の証券番号をご記入いただきました場合には、その証券番号の記入は無効とします。	西暦	20 年 月 日	
受取人 (請求者)	受取人 (指定代理請求人等)	押印欄	法定代理人等	
	フリガナ 氏名 (自署)	印	フリガナ 氏名 (自署)	
	電話番号 自宅 携帯 日中ご連絡がとれる電話番号をご記入ください ()		受取人との関係 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	住所 〈お支払明細書等の送付について〉 当社にご登録いただいているご契約者住所への送付を希望される場合は記入不要です。	〒 - 〇〇〇〇 (都) (道) (府) (県)		
送金口座をご指定下さい ※受取人（請求者）本人名義をご指定下さい ※現在保険料を振替している口座への送金を希望される場合は記入不要です。 ※ご指定がない場合は保険料振替口座に送金いたします。ただし、現在保険料の口座振替をご利用でない場合は、受取人（請求者）名義の以下の口座に送金される場合がございます。 ・最後に登録された保険料振替口座 ・他契約でご利用中の保険料振替口座 ・前回の給付金送金口座 ※お支払対象となるご契約が複数あり、保険料振替口座が異なる場合は、当社より送金口座を確認させていただく場合がございます。 ※契約者が法人（個人事業主）、代理請求、受取人が亡くなられた場合のいずれかで、保険料振替口座が受取人（請求者）名義ではない場合は必ず口座をご指定下さい。				
送金口座	ゆうちょ銀行以外の金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 労働金庫	金融機関コード	
	いすれかを指定ください	本店 支店 出張所 支所	支店コード	
	種目 ※普通預金以外の場合は[]内に種目をご記入ください	口座番号 (右詰め)	口座名義人 カタカナでご記入ください	
	普通 (総合) []	通帳番号 (右詰め)		
ゆうちょ銀行	店番 または 通帳記号	通帳番号 (右詰め)		
	1 0			
請求種類	<input type="radio"/> 給付金	請求原因	<input type="radio"/> 病気	
	<input type="radio"/> 保険料払込免除		<input type="radio"/> ケガ → 別紙「事故状況報告書」の記入が必要です	

本人請求確認欄	確認日時： 20 年 月 日 (午前) (午後) 時 分
本人確認書類が必要な場合に記入してください。(いずれか1点)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 書類発行元： 発行番号： <input type="checkbox"/> 健康保険証 保険者名称： 交付年月日： <input type="checkbox"/> 個人番号カード 有効期限： <input type="checkbox"/> その他 () 発行元： 発行日/有効期限：

会社使用欄	書類受領日	お客様から書類をお預かりした日付を記入してください。(郵送で支社に届いた場合は書類到着日)	[20]年 []月 []日	支社
	診断書返送希望	お客様が診断書返送を希望されている場合はこちらにチェックしてください。 ※返送先はお支払明細書の送付住所と同一になります。	ご希望あり <input checked="" type="checkbox"/>	担当者 本社受付日

事故状況報告書

宛先：プルデンシャル生命保険株式会社

下記のとおり事故状況を報告します。

必要があれば、貴社より事故および受傷状況について関係者・病院などに照会ください。

※同一の事故で過去に本用紙をご提出いただいている場合は、ご記入不要です。

報告日	西暦	氏名(自署)
	年 月 日	

報告者は受傷者または請求者となります。
(未成年者の場合は、親権者によるご記入も可とします)

受傷者	<input type="radio"/> 上記報告者と同一	氏名
	<input type="radio"/> 上記と相違	_____
事故日	西暦 年 月 日	<input type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後 時頃
原因	<input type="radio"/> スポーツ中以外	<input type="radio"/> スポーツ中 → 以下のご記入は不要です。

●ケガの原因がスポーツ中以外の場合は以下についてもご記入ください。

場所					
飲酒状況 ※飲酒有の場合	酒の種類	飲酒量	<input type="radio"/> 本 <input type="radio"/> 杯	飲酒終了時刻	事故の [] 時間前
事故発生状況	事故が新聞等に掲載された場合はその切抜きを添付してください（コピー可）。				

●交通事故の場合は下記についてもご記入ください。

該当項目に ○をして ください	<input type="radio"/> 運転中	<input type="radio"/> 同乗中	事故日時点での運転免許証の有無 ※同乗中の場合は運転者について <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	警察への届出	<input type="radio"/> 有 → [] 警察へ届出済
	<input type="radio"/> 歩行中	<input type="radio"/> 自転車運転中			<input type="radio"/> 無 → 理由 ()

プルデンシャル生命保険株式会社 御中

年 月 日

委任通知書

私はこのたび、次の者を代理人と定め、下記の請求手続きならびに受領の権限を委任したことを通知します。

代理人氏名	続柄()
現住所	
連絡先電話番号	() ー

記

右記契約の

1. 解約請求
2. 契約者貸付請求
3. その他()
(番号に○をご記入ください)

証券番号	第	号

以上

委任者（契約者）

氏名	※自署 年 月 日生
現住所	

親権者または後見人等

氏名	※自署 年 月 日生 続柄()
----	------------------------

- (注) ※ この委任通知書は委任者ご本人がご記入ください。
※ 代理人は二親等内のご家族をご指定ください。
※ 代理人の本人確認書類（氏名・生年月日・現住所が確認できる書類）を添付してください。
※ 当用紙をコピーのうえご記入、ご提出いただいても構いません。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT (入院証明書兼診断書)							
Patient's name (患者氏名)		<input type="checkbox"/> M. (男) <input type="checkbox"/> F. (女)		Patient's date of birth (生年月日)			
				(Month) / (Day) / (Year)			
Name of sickness or injury for hospitalization (入院の原因となった傷病名)				Inception date of sickness or injury (傷病発生年月日)			
				(Month) / (Day) / (Year)			
Treatment term (治療期間)	First medical Consultation (初診)			Final medical consultation (終診)			
	/ /			/ (M) / (D) / (Y)			
				~ Presently under treatment (現在治療中)			
	(Month) (Day) (Year)			/ (M) / (D) / (Y)			
		Date admitted (入院)	Date discharged (退院)	Presently under treatment (現在治療中)			
1st hospitalization (第一回目入院)		/ /	/ /	/ /			
		(M) (D) (Y)	(M) (D) (Y)	(M) (D) (Y)			
2nd hospitalization (第二回目入院)		/ /	/ /	/ /			
		(M) (D) (Y)	(M) (D) (Y)	(M) (D) (Y)			
Did you perform any surgery for the sickness or injury above? (今回の傷病に関して手術を施行しましたか)							
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
If yes, please fill in the following items. (実施のときは下記の欄を記入してください)							
Type of surgery or operation (手術名)				Date of surgery (手術日)			
				/ /			
				(Month) (Day) (Year)			
IMPORTANT							
Do any of the types of surgery listed on the attached sheet (No.1 ~ No.89) apply? (上記手術は別紙の手術名リスト (No.1 ~ No.89) に該当しますか)				<input type="checkbox"/> YES → Indicate the surgery number applicable (手術番号を記入してください) → <input type="text"/>			
				<input type="checkbox"/> NO → Describe details of surgery in the bottom column of the reverse side (裏面の最終欄に具体的な手術内容を記入してください)			
Type of surgery or operation (手術名)				Date of surgery (手術日)			
				/ /			
				(Month) (Day) (Year)			
IMPORTANT							
Do any of the types of surgery listed on the attached sheet (No.1 ~ No.89) apply? (上記手術は別紙の手術名リスト (No.1 ~ No.89) に該当しますか)				<input type="checkbox"/> YES → Indicate the surgery number applicable (手術番号を記入してください) → <input type="text"/>			
				<input type="checkbox"/> NO → Describe details of surgery in the bottom column of the reverse side (裏面の最終欄に具体的な手術内容を記入してください)			
Radiotherapy (If any) (根治放射線照射)	Where? (部位)	Period (期間)	From (M) / (D) / (Y)	Through (M) / (D) / (Y)	Quantity in total (総線量)	Gy	
Please provide name of illness, treatment term and any other pertinent information. (病名・治療期間等)							
Previous illness (If any) (既往症)							

Cases of malignant neoplasm or intraepithelial neoplasia (悪性新生物または上皮内新生物の場合)					
Method of diagnosis (診断方法)	please check one of				
	histopathological examination (病理組織学的検査)	other diagnostic methods (_____) (その他)			
Results of histopathological examination (病理組織診断結果)	T N M classification (分類)				
	T (_____) M (_____) N (_____)				
Results of histopathological examination (病理組織診断結果)	please check one of	IMPORTANT			
	done (有)	If histopathological examination has done, please write the histopathological diagnosis (病理組織診断有の場合、診断名をご記入ください)			
	not done (無)	(_____)			
Results of histopathological examination (病理組織診断結果)	please check one of	Skin cancer (皮膚癌)	carcinoma in situ (上皮内癌)	noninfiltrating carcinoma (非浸潤癌)	others (その他)
	In cases of dysplasia of the uterine cervix, please check one of (子宮頸部異形成の場合、いずれかに○をつけてください。)				
CIN's <u>I</u> <u>II</u> <u>III</u>					
Date of definite diagnosis (診断確定日)	Please check one of				
/ /	primary lesion (原発巣)	recurrence (再発巣)	onemetastatic one (転移巣)		
(Month) (Day) (Year)					
Please check one of diagnosis informed to (病名告知)					
patient (本人)	spouse (配偶者)	others (_____) (その他)	nobody (告知なし)		
The statements contained above are true and complete to the best of my knowledge and belief. (上記のとおり証明します)					
Name of hospital (病院名)					
Date / /					
(Month) (Day) (Year)					
Address of hospital (病院住所)			Signature of attending physician (主治医の署名)		

Types of Operations Performed

The following list of surgical operations forms the basis of the benefit payment. Please circle the number of the pertinent item and fill up the appropriate blank on the attending physician's statement with the number and the name of the operation. If the operation does not fall under any item of the following list (or if the exception applies to the operation), please write specific nature of the operation at the end of the list.

Definition:

"Operation" refers to incision, removal, or other instrumental manipulation applied to the living body with a direct purpose of medical treatment. It does not include suction, puncture, etc. and does not include nerve blocking.

"Craniotomy" refers to cutting or removal of a part of the skull to expose the brain.

"Thoracotomy" refers to incision of the chest wall that opens the thoracic cavity to enable intrathoracic manipulation on empyemic lesion, the pleura, lungs, heart, diaphragma, mediastinal cavity, esophagus, etc.

"Laparotomy" refers to incision of the abdominal wall that opens the abdominal cavity to enable inrapertioneal manipulation on the stomach, duodenum, small intestine, colon, appendix, liver and biliary tract, pancreas, spleen, ovaries, uterus, etc.

Number	Type of Operation
--------	-------------------

Operations on Skin and Breast:

1. Skin grafting (excluding graft smaller than 25cm²)
2. Mastectomy.

Operations on Muscles and Bones (excluding nailing extraction):

3. Bone grafting.
4. Operation for osteomyelitis and bone tuberculosis (excluding simple incision of abscesses).
5. Open operations of the skull (excluding operations on the nasal bone and septum).
6. Open operations on the nasal bone (excluding operations for deviations of the nasal septum).
7. Open operations on maxillas, mandibles, and jaw joints (excluding those supplementing the treatment of teeth or gingiva).
8. Open operations on the spine and pelvis.
9. Open operations on clavicles, scapulas, ribs and sternums.
10. Amputation of limbs (excluding fingers and toes).
11. Retachment of severed limbs (involving discontinuation of a bone or a joint).
12. Open operations on the bones and joints of the limbs (excluding fingers and toes).
13. Open operations on muscles, tendons, and ligaments (excluding fingers and toes, also excluding the operations for myositis, ganglions, and myxomas).

Operations on Chest and Respiratory System:

14. Radical operations for chronic sinusitis.
15. Total laryngectomy
16. Operations on the trachea, bronchia, lungs, and pleura (involving thoracotomy).
17. Thoracoplasty.
18. Removal of mediastinal tumors.

Operations on Circulatory System and Spleen:

19. Open angioplasty (excluding the formation of dialysis shunt).
20. Radical operations for varices.
21. Operations on the aorta, cava, pulmonary arteries, and coronary arteries (involving thoracotomy or laparotomy).
22. Pericardiotomy and pericardiorrhaphy.
23. Open intracardiac operations.
24. Implantation of internal pacemakers.
25. Splenectomy.

Operations on Digestive System:

26. Removal of parotid tumors.
27. Removal of submandibular tumors.
28. Esophageal transection.
29. Gastrectomy.
30. Other operations on the stomach and esophagus (involving thoracotomy or laparotomy).
31. Operations for peritonitis.
32. Open operations on the liver, gallbladder, biliary duct, and pancreas.
33. Radical operations for hernia.
34. Appendectomy and cecoplication.
35. Radical operations for rectal prolapse.
36. Other operations on the intestines and mesentery (involving laparotomy).
37. Radical operations for anal fistula, anal prolapse, and hemorrhoids (only those intended for final curing and excluding temporary treatment and simple hemorrhoid surgery).

Operations on Urinary and Genital Systems:

38. Renal transplantation (only recipients of the organ).
39. Open operations on the kidneys renal pelves, ureters, and bladder (excluding transurethral operations).
40. Open operations for unethral stricture (excluding transurethral operations).
41. Open operations for urinary fistula (excluding transurethral operations).
42. Amputation of the penis.
43. Operations on the testicles, epididymides, spermatic duets, spermatic cords, seminal vesicles, and prostates.
44. Radical operations for hydrocele testis.
45. Extended hysterectomy (excluding simple hysterectomy).
46. Tracheloplasty and tracheolorrhaphy.
47. Cesarean section.
48. Operations for ectopic pregnancy.
49. Operations for prolapse of the uterus or vagina.
50. Other operations the uterus (excluding cervical polypectomy and elective abortion).
51. Open Operations on the oviducts and the ovaries (excluding transvaginal operations).
52. Other operations on the oviducts and the ovaries.

Operations on Endocrine System:

53. Removal of pituitary tumors.
54. Operations on the thyroidea.
55. Adrenalectomy.

Operations on Nervous System:

56. Open intracranial operations
57. Open nervous operations (including plasty, graft excision, decompression, unroofing and avulsion).
58. Surgical removal of spinal tumors.
59. Open intradural and epidural operations.

Operations on Sensory System-Visual organs:

60. Operations for blepharoptosis.
61. Plasty of the lacrimal duct.
62. Dacryocystorhinostomy.
63. Plasty of the conjunctival sac.
64. Keratoplasty.
65. Surgical removal of foreign bodies from the anterior chamber, iris, vitreous body and the orbit.
66. Adhesiotomy on the both sides of the iris.
67. Surgical operations for glaucoma.
68. Surgical operations for cataract and those on the lens.
69. Surgical operations on the vitreous body.
70. Operations for retinal detachment.
71. Operations on the eyeballs utilizing laser or cryopexy.
72. Removal of the eyeball and tissue filling.
73. Removal of orbital tumors.
74. Transplantation of ocular muscles.

Operations on Sensory System-Auditory Organs:

75. Open myringoplasty and tympanoplasty.
76. Mustoidectomy.
77. Radical operations on the middle ear.
78. Open operations on the inner ear.
79. Removal of auditory nerve tumors.

Operations for Malignant Neoplasms:

80. Radical operations for malignant neoplasms.
81. Thermotherapy for malignant neoplasms.
82. Other operations for malignant neoplasms.

Other operations:

83. Craniotomy other than listed above.
84. Thoracotomy other than listed above.
85. Laparotomy other than listed above.
86. Shock-wave lithotripsy.
87. Operations using a fiberscope or a basket-lip vascular catheter or the brain, larynx, thoracic organs, and abdominal organs (excluding diagnostic procedures and temporary treatment).

Bone marrow harvest:

88. Bone marrow harvest

Operations for Malignant Neoplasms:

89. Curative radiotherapy for neoplasms.

Operations on Sensory System-Auditory Organs:

<p>If the operations does not fall under the list above, please report the specific name or nature of the operation. Please report the same if the operation is excluded by the provisions in parentheses or by the definition of "operation" employed here.</p> <hr/> <hr/> <hr/>
--

Cases of malignant neoplasm or intraepithelial neoplasia

If definite diagnosis of malignant neoplasm has done, please write its detail.

If histopathological diagnosis has done, please write its detail.

The definite diagnosis date means the first date of histopathological diagnosis based on any one of biopsy, operational specimen and etc. Please write its date.

If histopathological diagnosis has not done, please write the methods of definite diagnosis and its date.

In this case, the definite diagnosis date means the date based on the diagnostic methods other than the method of histopathological one.

愛をお預かりする、愛をお届けする。

プルデンシャル生命保険株式会社

お問い合わせはカスタマーサービスセンター

パートナーフォーユー

0120-810740

※携帯電話からもご利用になれます

海外渡航中のお問い合わせ先

お問い合わせ、お手続きの詳細につきましては、下記カスタマーサービスセンターまでご連絡ください。なお、お手続きの種類によっては担当者より対応をさせていただきます。

電話番号：81-3-6745-0279

E-mail：contact@csc.prudential.co.jp

住 所：〒981-3288 宮城県仙台市泉区紫山2-1-5

プルデンシャル生命保険株式会社 ドライデンカスタマーセンター

ホームページ：https://www.prudential.co.jp/

※通信料はお客様負担となりますのでご了承ください。

※最新の営業時間は当社ホームページをご覧ください。