

= 旅行参加申込書 =

(お申込日：20 年 月 日)

※パスポート(旅券)に記載されているお名前をご記入ください

担当者		予約番号		出発日	20 年 月 日	日間
フリガナ	姓	名	既婚 未婚	ツアータイトル		旅行代金
氏名 (漢字)			男性 女性	生年月日	西暦 年 月 日 () 歳	
フリガナ	〒 -					
現住所	※アパート、マンション名まで					
TEL	() -	FAX	() -			
携帯番号	() -	E-mail	パソコンからのメール受信可能なアドレス			
旅券番号		旅券有効期限	年 月 日 年 月 日	発行国		
旅券上の ローマ字	姓	留守宅 緊急連絡先	氏名	(続柄)		
	名		TEL	-	-	
勤務先 または 学校名	勤務先・学校への連絡は	かまわない	個人名で	絶対にしない		
	フリガナ			所属		
	会社・学校名					
	フリガナ	〒 -				
	所在地	TEL: - -	FAX: - -	携帯番号: - -		
ビザ(査証)の手配	今回のご旅行に際して()のビザの手配が(必要・ 不要) 当社での代行手配を希望 する しない					

旅行条件の承諾

今回のご旅行をお申込みいただくに際して、ご旅行条件書(変更・取消規定含む)を必ずご一読ください。
また本内容に同意いただけましたら、下記にご署名の上、お申込書のご返送をお願いします。
なお、ご入金の確認をもって「ご旅行条件の承諾」とさせていただきます。
注) オンライン記入の場合は、ご署名の代わりにお名前をフルネームでご記入ください(押印は不要)

署名: _____



海外旅行傷害保険加入のすすめ

お客様に快適な旅行をしていただくため常に万全を期しておりますが、より一層のご安心のため海外旅行傷害保険へのご加入をおすすめしております。WEBサイトならびに別紙「重要事項等のご説明」をご覧の上ご契約いただきますようお願い申し上げます。
注) オンライン記入の場合は、ご署名の代わりにお名前をフルネームでご記入ください(押印は不要)

加入する(加入申込書に必要事項をご記入ください) 加入しない 加入済み

※「加入しない」「加入済み」の場合は、下記にご署名ください。

署名: _____ (印) (保険会社名: _____)

海外旅行傷害保障（トラベルセーフティプラン）にご加入をおすすめ致します。ご契約プランはWEBサイトをご参照下さい。

「別紙の重要事項等のご説明」をよくお読みになり、お申込みください。

NPO 海外渡航者安全機構入会申込書 兼

海外渡航者安全事業共済会およびトラベルセーフティプラン加入申込書

NPO 海外渡航者安全機構 御中

NPO 海外渡航者安全機構の趣旨に賛同し、NPO 海外渡航者安全機構の一般会員として入会申込みをいたします。

海外渡航者安全事業共済会 御中

海外渡航者安全事業共済会の趣旨に賛同し、以下の注意書きを理解し、トラベルセーフティプラン約款の内容を承認のうえ、加入申込みをいたします。

- ① NPO海外渡航者安全機構への入会ならびに海外渡航者安全事業共済会およびトラベルセーフティプランへの加入
- ② NPO海外渡航者安全機構への入会のみ

※海外渡航者安全事業共済会は、「NPO海外渡航者安全機構」の会員のみを対象とした共済会です。この共済会にご加入いただくには、「NPO海外渡航者安全機構」にご入会いただく必要があります。

※既に、NPO海外渡航者安全機構へご入会いただいている場合には、「海外渡航者安全事業共済会およびトラベルセーフティプランへの加入申込み」とみなします。また、既に、NPO海外渡航者安全機構へご入会いただき海外渡航者安全事業共済会にもご加入いただいている場合には、「トラベルセーフティプランへの加入申込み」とみなします。

※NPO海外渡航者安全機構のみへのご入会を希望される場合には、「NPO海外渡航者安全機構入会申込書」とし、会員証を事務局より発行いたします。

（ご注意）

1. 申込人となるのは、旅行者本人、配偶者、親子ならびに兄弟・姉妹、旅行者の雇用者に限ります。
2. 加入申込書（告知事項）の記入内容によってはお引受けできない場合があります。また告知記載事項（特に※欄）が未記入あるいは事実と相違していた場合は共済金をお支払いできないだけでなく共済掛金もお返しできません。
3. 旅行出発前の既往症、けがまたは持病による 傷害死亡・後遺障害、傷害治療費用、疾病治療費用のお支払いはできません。
4. 旅行者はこの共済を申込み時点で日本に居住しておりかつ日本を出国していない方で、今回の海外旅行のために下記の旅行期間中一時的に日本を出国する方に限ります。それ以外の方が申込まれても共済金をお支払いできませんのでご注意ください。
5. この共済契約に関する訴訟については、東京地方裁判所を合意管轄裁判所と定めます。

フリガナ	旅行者との関係				
申込人署名（契約者）	本人	配偶者	親子	兄弟・姉妹	雇用者
申込人住所（〒 - ）	TEL：（ ） -				
※旅行者と異なる場合は記入してください。					

申込日 20 年 月 日	出発日 20 年 月 日 帰着日 20 年 月 日	旅行期間 日間 (3カ月を越える場合は申込みできません)
フリガナ (ローマ字)		性別 年齢
旅行者 (被共済者) 氏名 申込人と同じ		男 女 歳
旅行者 (被共済者) 住所 (〒 -) 申込人住所と同じ	TEL : () -	

14歳以下の方は傷害死亡共済金が100万円までの加入プランからお選びください。86歳以上の方はご確認ください。 エクストラプランの「28日まで」から「3ヶ月まで」のプランは69歳以下の方がお申込みいただけます。70歳以上の方はご確認ください。	加入プランコード	掛金額 (領収金額)

※上記の掛金額には共済会への出資金および NPO への会費が含まれています。

告知事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 旅行の目的 観光 商用 留学 その他 () ● 旅行中に危険なお仕事や運動等をなさいますか いいえ はい (仕事の内容) (運動の内容) <p>※危険な仕事や運動については WEB サイトの引受制限をご参照ください。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ● 現在ケガや病気で医師の治療を受けていますか いいえ はい (傷病名) ● 身体に障害がありますか いいえ はい (障害の程度)
	<p>下記のいずれかの保険にご加入になっていますか (生命保険は除く)</p> <p>いいえ はい (普通傷害 海外旅行傷害 その他)</p> <p>(保険会社名) (死亡保険金額 万円)</p>

※告知内容によってはご加入いただけない場合があります。詳しくは代理所または事務局までお問合せください。

死亡共済金受取人	死亡共済金受取人は法定相続人とする
-----------------	--------------------------

(別途死亡共済金受取人の指定を希望される場合は、代理所または事務局へお申し出ください)

代理所	カモメツーリスト 株式会社
-----	----------------------