



お手伝いを希望されるお客さま専用デスク
(プライオリティ・ゲストセンター)

『スペシャルアシスタンス登録サービスについて』

平素より JAL グループをご利用いただき誠にありがとうございます。

「スペシャルアシスタンス登録サービス」はお客さまが必要とされる、空港、客室内での車いす、特別食などの手配について情報を JAL マイレージバンクカードに登録いたします。ご予約時には、カードに記載されているお得意様番号をお申し出いただくだけで、スピードーにご予約いただけます。

JMB 日本地区会員の方に限り、ご希望であればスペシャルアシスタンス情報が登録されたプライオリティ・ゲストカードの発行が可能です。（機能は JAL マイレージバンクカードと同様です。）

(注意)

・すでにスペシャルアシスタンス登録がお済みで登録内容の変更/追記をご希望のお客さまは、お手伝いを希望されるお客さま専用デスク（プライオリティ・ゲストセンター）までお電話をお願いいたします。

・機内で酸素吸入や治療を必要としたり、医療機器や簡易ベッド(ストレッチャー)を利用される場合は、その都度医師による診断書と付添人が必要となりますので、スペシャルアシスタンス登録サービスのお申し込みは出来かねます。詳しくは予約センターへお問い合わせください。

・日本国内区間のみをご予約の場合、搭乗日前日 17 時までは JAL ホームページ・モバイルサイトで航空券をご購入いただけます。搭乗日前日 17 時以降のお手続きについては、JAL 国内線ご予約・ご購入・ご案内(0570-025-022 7:00~20:00[年中無休]/有料)にて承ります。

・国内線タッチ＆ゴー、国際線 Web チェックインはご利用いただけません。ご搭乗当日はカウンターへお越しください。

・コードシェア便をご利用の場合は、スペシャルアシスタンスサービスの対象にならない場合がございます。
ご予約時にご相談ください。

・1ヶ月以内のご搭乗予定がある場合は、予約センターまでご連絡ください。



お手伝いを希望されるお客さま専用デスク
(プライオリティ・ゲストセンター)

『スペシャルアシスタンス登録サービスの個人情報の取り扱いについて』

平素より JAL グループをご愛顧いただきまして誠にありがとうございます。

JAL グループは、お客さまからご提出いただいた自身の個人情報の保護を重視し、その取り扱いについては細心の注意を払っております。

スペシャルアシスタント登録サービスお申し込みの個人情報は、JAL グループ航空会社各社(※)、(株)ジャルカード、(株)ジャルパック、(株)オークラニッコーホテルマネジメント、(株)JAL エービーシー、(株)JAL セールスにおいて、航空便の予約、空港・客室内での車いすや特別なお食事などの手配、ツアー・ホテル・手荷物宅配等、航空旅行に密接に関連するサービス提供のために共有いたします。

※JAL グループ航空会社各社とは、日本航空(株)、日本トランസオーシヤン航空(株)、(株)ジェイエア、日本エアコミューター(株)、琉球エアコミューター(株)、(株)北海道エアシステムの 6 社をいいます。

共有する項目：お客さまより申告された内容（お身体の症状・病名、障がいの程度・内容、車いす・特別食の手配の要否、空港での特別な手配の要否、ご同行の方の有無、氏名、電話番号等ご予約に必要なお客さま情報など）

コードシェア便ご利用の場合において、お客さまが JAL マイレージバンクお得意様会員番号をお申し出になることにより、運航航空会社に対しても、上記の情報が提供される場合があります。

旅行会社において、お客さまが JAL マイレージバンクお得意様会員番号や予約番号等をお申し出になることにより、当該旅行会社に対しても、上記の情報が提供される場合があります。

スペシャルアシスタンス登録をされたご本人さまからの、個人情報に関する問い合わせ・変更・利用停止などについて、日本地区会員さまはプライオリティ・ゲストセンター、海外地区会員さまは各地区予約センターへご連絡ください。

スペシャルアシスタンス登録兼JMB新規入会申込書

同封の「入会申込書」「特別な手配について」に必要事項をご記入のうえ、ご返送ください。

■既にJALカード、又はJALマイレージバンクカードをお持ちの方

お得意様番号	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	生年月日	年(大・昭・平・令 月 日 (歳))
電話番号	- -								

■JMB新規入会の方

※印は必ずご記入ください。

※ふりがな	_____									
※お名前	_____									
※ローマ字名 (活字体)	●FIRST NAME(名)					●LAST NAME(姓)				
	ヘボン式(パスポートと同じ表記でご記入ください)									
※ふりがな	_____									
※現住所 (日本国内)	〒	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
※電話番号	- -									
※生年月日	年(大・昭・平・令 年)	月	日	※性別	1.男	2.女				
※Eメール アドレス	JALからのメールを希望しますか? <input type="checkbox"/> 希望する(形式: <input type="checkbox"/> HTML <input type="checkbox"/> TEXT) <input type="checkbox"/> 希望しない ※ただし、重要なお知らせについては、メール受信の同意に関係なく配信いたします。									

新規にJALマイレージバンクに入会なさる方

■カードの種類をご選択ください。(ご記入がない場合は、JMBカードをお送りいたします)

カードの種類	<input type="checkbox"/> JMBカード(ICなし/WAON機能なし)	<input type="checkbox"/> JMB WAONカード(IC付/WAON機能付)
--------	--	---

※JMBカード(IC機能付き)のサービスの詳細は、JALホームページ(www.jal.co.jp)またはJALマイレージバンク事務局

0570-025-039/03-5460-3939(有料)へお問い合わせください。

プライオリティ・ゲストカードの発行は希望されますか。

※機能はJMBカードと同様です。(ご記入がない場合は、カードをお送りいたしません)

カードの種類	<input type="checkbox"/> IC機能なし	<input type="checkbox"/> IC機能付き	※WAON機能なし
	<input type="checkbox"/> 発行不要	※スペシャルアシスタンス情報は登録されます。	

※JALマイレージバンクご入会にあたっては、JALホームページ記載のJALマイレージバンクの規約および諸規則などが適用となります。

※なお、申込者が未青年の場合、親権者がJMB一般規約・諸規則に同意のうえ申し込みます。

※JMB WAONカードご入会にあたっては、WAON利用約款、JMB WAON特約、JALマイレージバンクの規約および諸規則などが適用となります。

※JMB WAONカードは通常カードのサービス・特典に加え、JALICサービスおよび電子マネーWAON機能をご利用いただけます。

以上の詳細につきましては、JALホームページ(www.jal.co.jp)をご覧ください。

スペシャルアシスタンス登録(特別な手配について)

A	氏名 _____		年齢 (_____ 歳)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
B	<p>病名・症状</p> <p><input type="checkbox"/> 視覚に障がいがある → <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 聴覚に障がいがある <input type="checkbox"/> 知的・発達障がいがある <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 CPAPをご持参されますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → メーカー名 : _____ 製品名/型番 : _____</p> <p><input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> ピーナツアレルギー <input type="checkbox"/> ピーナツを口にした際にアレルギーが起こる <input type="checkbox"/> 機内に飛散したピーナツの粉を吸い込んだだけでアレルギー反応が起こる ※受付期限は搭乗の2週間前までです。 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 化学物質 <input type="checkbox"/> その他</p> <p><input type="checkbox"/> 病気・けがをしている (車いす不要) <input type="checkbox"/> 杖利用 <input type="checkbox"/> 怪我・骨折 <input type="checkbox"/> 自己注射利用 (インシュリン注射など) <input type="checkbox"/> 後遺症 (病気・事故など) <input type="checkbox"/> 病気 ※症状が安定しない又は呼吸器系・循環器系の症状のある方は診断書の提出が必要な場合がございます。 詳しくは参考資料をご参照いただき、予約センターへご相談ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 精神疾患 → 薬やご自身で発作などの対処ができない場合は、対処可能な付添人とのご搭乗が必要です。 症状が安定していない方は診断書の提示が必要な場合がございます。 <input type="checkbox"/> 承諾する</p> <p><input type="checkbox"/> 空港内で車いすを利用する <input type="checkbox"/> 長い距離が歩けない <input type="checkbox"/> 階段の昇り降りはできない <input type="checkbox"/> 歩行できない } <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 先天性の障がい・麻痺 <input type="checkbox"/> 怪我・骨折 <input type="checkbox"/> 後遺症 (病気・事故など) <input type="checkbox"/> 病気 ※症状が安定しない又は呼吸器系・循環器系の症状のある方は診断書の提出が必要な場合がございます。 詳しくは参考資料をご参照いただき、予約センターへご相談ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 飛行中機内用車いすは必要ですか。(トイレ使用時の移動のため) <input type="checkbox"/> (はい) <input type="checkbox"/> いいえ ※一部小型機などで搭載していない機材もございますのでご了承くださいませ。</p> <p>ご自身の車いすを預けますか <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 手動式 } <input type="checkbox"/> 折り畳みできる } <input type="checkbox"/> 車いすのサイズ (外寸) ・重量をお知らせください。※折り畳み後のサイズをご記入ください。 <input type="checkbox"/> 電動式 } <input type="checkbox"/> 折り畳みできない } 【高さ : cm / 幅 : cm / 奥行 : cm / 重量 kg】 <input type="checkbox"/> いいえ ※一部機材では貨物室の高さに制限があるため、横に倒した状態でお預かりする場合がございます。 あらかじめご了承願います。 → <input type="checkbox"/> 承諾</p> <p>《バッテリーの種類》 <input type="checkbox"/> リチウムイオン <input type="checkbox"/> ニカド <input type="checkbox"/> ニッケル水素 <input type="checkbox"/> 鉛蓄電池 <input type="checkbox"/> ゲル <input type="checkbox"/> シリコン ※鉛蓄電池/ゲル/シリコンの場合 → <input type="checkbox"/> 防漏型 <input type="checkbox"/> 非防漏型</p> <p>《バッテリー取外し》 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない → できない場合、接続線を外したり、短絡 (ショート) を防止できますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (お預かりできない可能性がございます。)</p> <p>《予備バッテリー有無》 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → () 個 *リチウムイオンの予備バッテリーは1個の場合300Wh以下、2個の場合それぞれ160Wh以下の物のみ機内持込となります。 *リチウムイオン以外の予備バッテリーは1個のみお預かり可能です。 *非防漏型の場合、予備バッテリーのお預かりはできかねます。</p> <p>《お預け場所》 <input type="checkbox"/> チェックイン時に預ける <input type="checkbox"/> 搭乗ゲートまで利用したい *ただし対応できない空港もありますのでご了承ください。 *電動式のものは飛行機への積込みに時間を要するため、チェックイン時のお預けにご協力ください。</p>			
C	<p>ご自分で身の回りの用を足すことができますか (食事、トイレ使用、座席のボタン操作等)</p> <p><input type="checkbox"/> ご自身のみでできる <input type="checkbox"/> お付添いの介助があればできる 【同行者名 (カナ) :] <input type="checkbox"/> 毎回 <input type="checkbox"/> その都度異なる】</p> <p>補助犬を同伴されますか <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 盲導犬 <input type="checkbox"/> 聰導犬 <input type="checkbox"/> 介助犬 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> セラピー犬 <input type="checkbox"/> アラート犬 ※アメリカ・カナダ路線のみ客室内へ同行いただけます。出発48時間前までにご相談ください。</p>			
D	<p>その他必要な手配はございますか ※必要な項目にチェックをお願いいたします。</p> <p>1. 特別食 *国際線のみ <input type="checkbox"/> 28品目アレルゲン対応食 <input type="checkbox"/> 7品目アレルゲン対応食 <input type="checkbox"/> (幼児用) 28品目アレルゲン対応食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 ※種類はホームページが国際線予約センターでご確認ください。</p> <p>2. 座席 窓側、通路側等のご希望をお知らせください。 <input type="checkbox"/> 窓側 <input type="checkbox"/> 通路側 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方 <input type="checkbox"/> 肘掛けの上がる席 (注: 座席の確約はできかねます。尚、規定により一部ご利用いただけない座席がございます。) その場合、変更させていただく場合がございます。 → <input type="checkbox"/> 承諾</p>			
<p><input type="checkbox"/> 添付の「スペシャルアシスタンス登録サービスについて」および「スペシャルアシスタンス登録サービスの個人情報の取り扱いについて」の内容を理解・同意のうえ、本サービスの手配に必要な情報を提供します。</p>				

参考資料

下記に該当するお客様はご搭乗の都度医師による診断書が必要となりますため、スペシャルアシスタンス登録サービスのお申込は承れません。ご了承ください。

1. 重症心不全、不安定狭心症、急性心筋梗塞発症後6週間以内、コントロール不良な重症不整脈などの重篤な心疾患を持つ状態
および心疾患手術後(カテーテル手術を含む)の病状不安定期(21日以内)、血管造影72時間以内、血管造影(動脈拡張)後4日以内、肺水腫
2. 血栓性静脈炎、無治療の深部静脈血栓症、肺動脈血栓塞栓症、肺塞栓
3. 重症呼吸不全、重症慢性閉塞性肺疾患、重症気管支喘息、肺の拡張が完全ではない気胸、血氣胸、肺炎、肺気腫、
肺線維症、胸部手術後14日以内
4. 脳卒中(脳梗塞、くも膜下出血、脳出血、一過性脳虚血発作等)急性期(発病後4週間)、頭蓋内圧上昇を来たす疾患やコントロール
不十分な痙攣性疾患(てんかん)、頭蓋手術14日以内、検査等で中枢神経系に空気の残存する状態
5. 重症貧血、鎌状赤血球症、異常ヘモグロビン症
6. 胃腸出血、吐血・下血・出血の危険のある消化器疾患(胃潰瘍・十二指腸潰瘍急性期)、腸閉塞、大腸ポリペクトミー術後1週間以内、
大腸検査当日、腹部の大手術(虫垂、腹腔鏡手術(鍵穴)を含む)14日以内、腹腔鏡検査14日以内
7. 耳鼻咽喉科疾患急性期(中耳炎、副鼻腔炎)、中耳の術後及び扁桃切除14日以内、あごのワイヤー矯正、著しい開口障害を有する状態
8. 眼球内手術14日以内、穿通性眼外傷で眼球内のガスが全て吸収されていない状態、白内障手術・角膜レーザー手術後4日以内
9. 術後の創部が十分に治癒していない状態、術後の体内に空気や他の気体が残存している状態
10. 減圧症(潜水病)急性期の状態
11. 重症骨折(フルギブス等)受傷後48時間以内、やけど
12. 五類感染症のうち航空機内にて他者に伝染する恐れのある感染症および学校保健安全法で出席の停止が定められている感染症
(インフルエンザ、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜熱、新型コロナウイルス感染症、結核、流行性角結膜炎
急性出血性結膜炎、瞼膜炎菌性瞼膜炎)のうち学校保健安全法による出席停止期間の基準を過ぎていない状態。風疹、水痘
流行性結膜炎、急性出血性結膜炎、結核、瞼膜炎菌性瞼膜炎は学校保健安全法で具体的な日数が定められていないが、
発症後10日以内の場合とし、発症後11日を経過している場合、診断書は不要とする。

病名	診断書の対象期間
1 インフルエンザ	発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日(幼児にあっては3日)を経過するまで
2 百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで
3 麻疹(はしか)	解熱した後3日を経過するまで
4 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	耳下腺、頸下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ全身状態が良好になるまで
5 風疹(三日ばしか)	発疹が消失するまで
6 水痘(みずぼうそう)	全ての発疹が痂皮化するまで
7 咽頭結膜熱(ブル熱)	主要症状が消退した後2日を経過するまで
8 新型コロナウイルス感染症	発症した後5日を経過し、かつ、症状が軽快した後1日を経過するまで
9 流行性角結膜炎(はやり目)	伝染の恐れがなくなったと医師が認めるまで
10 急性出血性結膜炎(アポロ熱)	伝染の恐れがなくなったと医師が認めるまで
11 結核	伝染の恐れがなくなったと医師が認めるまで
12 睫膜炎菌性瞼膜炎	伝染の恐れがなくなったと医師が認めるまで

13. 出産予定日から28日以内にある妊婦(産科医が搭乗の適性を証明する場合は、医師の付き添いは条件といたしません)。ただし、国際
線においては出産予定日から14日以内、国内線においては出産予定日から7日以内の搭乗の場合は、産科医の同伴が条件となります。

14. 生後7日以内の新生児。

上記の状態にある方は、原則航空機を使用した移動には適しておりませんが、病状、体調等が安定しており、診断書により医師が搭乗の適性があると判断した場合は、搭乘いただけますので、ご相談ください。

以上

(Ver. May23)



料金受取人払郵便

品川局承認

6288

差出有効期間
令和8年
3月31日まで

切手を貼らずに
お出しください。

1 4 0 8 7 9 0

0 2 8

(受取人)
東京都品川区東品川2-4-11

野村不動産天王洲ビル（株）JALナビア内

日本航空プライオリティ・ゲスト予約センター
行

[Delivery stamp area]

ご注意

- ・「プライオリティゲストカード」入会申し込みに関する書類送付の際に限定してご利用ください。
- ・印刷する際はサイズ変更（拡大・縮小）をしないでください。
- ・点線の切り取り線に併せて裁断してください。
- ・定型の封筒をご用意いただき、左記宛名ラベルを糊付けしてください。
- ・糊付けの際、封筒左上にピッタリ合わせて貼付けてください。
- ・封筒の裏面に必ず住所・氏名をご記入ください。
- ・糊付する際に剥がれない様にしっかりと貼ってください。
- ・第三者への譲渡等を禁止します。