

必要書類

- 本申込書 (左右切り取らずお申し込みください)
- 要介護・要支援認定(認定有効期限内)を確認できる公的書類 ※1
- 「介護をする方」と「介護を必要とされる方」とのご関係(二親等以内)を証明する公的書類 ※2
- 「介護をする方」の現住所を証明する公的書類 (運転免許証、健康保険証 ※3、住民票 ※4、マイナンバーカード ※5 など)
- ★上記書類の他に、「JALマイレージバンクお得意様番号」が必要です。 ※6
- ※1 お申し込み日に有効な「介護保険証」または「介護認定結果通知書」(コピー可)
- ※2 お申し込み日から6ヶ月以内に発行された戸籍謄本または戸籍抄本。 なお、更新時は不要です。
- ※3 記号・番号・保険者番号(2次元バーコードがある場合は2次元バーコード含む)が判別できないようマスキング(塗り潰すなど)をお願いいたします。
- ※4 お申し込み日から6ヶ月以内に発行された住民票。個人番号(マイナンバー)の記載がない形式をご準備ください。個人番号(マイナンバー)が記載されている場合には、判別できないようマスキング(塗り潰すなど)をお願いいたします。
- ※5 顔写真のあるカード表面の氏名・現住所・生年月日・発行者(自治体)が確認できるものをご送付ください。裏面の個人番号(マイナンバー)は郵送しないでください。「通知カード」は本人確認書類としてご使用いただけません。
- ※6 仮カードでは、介護帰省割引情報登録のお申し込みはできません。本カードがお手元に到着後、お申し込みください。

お申し込み方法

●郵送 (ご来社による受付は行っておりません)

本申込書と必要書類のコピーを、下記の「JAL国内線チケットデスク」へご送付ください。

- ◇ 郵送の場合、JALマイレージバンクカードまたはJALカード(コピー含む)の同封は不要です。
- ◇ 現住所記載が書類表面にない場合、裏面や別ページのコピーも必要です。
- ◇ 郵送の場合、お送りいただいた書類の審査・情報登録手続き完了までに、最大10日程度かかります。
- ◇ 情報登録完了後、申込書の「登録完了通知受取り方法」にて選択いただいた方法で、情報登録完了のご案内をお送りいたします。なお、申込書の内容とJALマイレージバンクご登録の住所・電話番号(\*)が異なっている場合やメール送信ができない場合は、eメールをご選択いただいても、当申込書の「介護をする方」欄へご記入の現住所へ「お客さま控え」を郵送いたします。

(\*)ご登録内容の確認・変更はJAL Webサイト会員ログイン後、「会員情報の参照・変更」より承ります。

●JALグループ国内線カウンター(市内・空港)

本申込書と必要書類、及びJALマイレージバンクカードまたはJALカードをご持参ください。

情報登録のご案内		JAL係員 記入欄	介護保険被保険者証番号	
JALマイレージバンク お得意様番号				
ご利用区間	⇄		有効期限	年 月 日

 被保険者番号に変更がない場合は、情報登録の更新が可能です。

< 送付先 > ※ 郵送の際、切り取ってご使用ください ※

〒060-0001 北海道札幌市中央区北1条西7丁目1-1 CARP札幌ビル  
JAL国内線チケットデスク 宛

記入漏れのないよう申込書記入欄は **すべてご記入** ください。

介護をする方 (お申し込みご本人)		<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
お名前	フリガナ オオゾラ ハナコ	性別 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
	大空 花子	ご年齢 55 歳
「介護を必要とされる方」とのご関係	子 記入例：子、孫など	
JALマイレージバンクお得意様番号	0   1   2   3   4   5   6   7   8	
現住所	郵便番号	フリガナ トウキョウ シナガワ
	〒 140 - 8673	東京 <input checked="" type="radio"/> 都 道 品川 市 <input checked="" type="radio"/> 区 府 県 町 村
	フリガナ ヒガシシナガワ	東品川〇丁目 〇-〇
電話番号	03 - 1234 - 5678 * 日中にご連絡が取れる番号をご記入ください	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯
最寄りの空港 (1ヶ所のみ)	羽田	空港

登録完了通知受け取り方法	<input type="checkbox"/> 郵送 上記現住所へ「お客さま控え」を郵送いたします。
★郵送でのお申し込み時のみ ご記入ください	<input checked="" type="checkbox"/> eメール JALマイレージバンクへ登録のeメールアドレスへ「情報登録完了のご案内」をお送りいたします。

介護を必要とされる方 (要介護・要支援被認定者)		要介護状態 区分等	要介護 ( ) 要支援 (○)
介護保険 被保険者証番号	123456		
お名前	フリガナ オオウミ タロウ	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
	大海 太郎	ご年齢 83 歳	
現住所 ★市区町村までを ご記入ください。	郵便番号	フリガナ	
	〒 890 - 0000	鹿児島 都 道 鹿児島 <input checked="" type="radio"/> 市 区 府 県 町 村	
最寄りの空港 (1ヶ所のみ)	鹿児島	空港	

< 個人情報書類管理について >

お客さまからお預かりした個人情報、介護帰省割引情報登録以外の目的には使用いたしません。また郵送でのお申し込みの場合、送付いただいた書類は、手続き完了後、全ての書類を当方にて責任をもって裁断処理させていただきます。送付いただいた書類は返却できませんので予めご了承ください。

JAL係員記入欄	JMB登録有効期限	年 月 日
----------	-----------	-------