



ご利用条件・お申し込み時の必要書類などの詳細は  
JAL Webサイトで、事前にご確認ください

〈お客さま控え〉  
JAL受付印

JAL 介護帰省 検索

### 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（認定有効期間内）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」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、資格確認書 ※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郵送ください。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」にてご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、メールが送信できない場合は、eメールをご選択いただいていても、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。

#### ●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。

\*JALマイレージバンクアプリのデジタル会員証含む

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 ※

〒140-8645 東京都品川区東品川12-4-11 野村不動産天王洲ビル 18階

J A L 国内線チケットデスク 宛



### 「介護帰省割引」情報登録申込書

〈JAL控え〉  
JAL受付印

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）

新規 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	都 府 県	品川 市区町村

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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯
* 日中にご連絡が取れる番号をご記入ください		

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 checked="" type="checkbox"/> eメール	JALマイレージバンクへご登録の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。
★郵送でのお申し込み時の ご記入ください	<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。

介護を必要とされる方（要介護・要支援被認定者）			
介護保険 被保険者証番号	123456	要介護状態 区分等	要介護（ <input type="checkbox"/> ）要支援（ <input type="checkbox"/> ）
お名前	フリガナ	オオウミ タロウ	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 · <input type="radio"/> 女
	大海 太郎		ご年齢 83 歳
現住所	郵便番号	フリガナ	
★市区町村までを ご記入ください。	〒 890-0000	鹿児島	都道府県 鹿児島 市区町村
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は、「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責任をもって裁断処理させていただきます。返送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。

なお、送付いただいた書類の不備により「介護帰省割引」情報登録が完了できず、お客さまと1ヵ月以上ご連絡がつかない場合は、送付いただいた書類を普通郵便にて上記、お申し込みご本人さまの現住所へ返送させていただきます。返送方法について、簡易書留をご希望される場合は、以下をご選択ください。

□ 簡易書留での返送を希望します。（※）

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