

来日学生の旅行保険金請求の手引き

1) 地区青少年交換委員会 (ホストRC)

来日学生から、次の書式①②を受取り、JTB京都支店③に送付して下さい。
(法的に有効な書式が必要なため、原本をご用意ください)

①海外旅行保険死亡保険金受取人に関する同意書 (死亡保険金受取人指名)

①Agreement for the beneficiary of the death benefit of Overseas Travel Insurance

②同意書 (未成年被保険者の保険金請求代理人同意書)

②Letter of Consent

③ JTB 京都支店送り先

〒600-8023

京都市下京区河原町通松原上ル2丁目富永町338

京阪四条河原町ビル7階

株式会社 JTB 京都支店 営業3課 矢野 義知

TEL : 075-365-7723 / FAX : 075-365-7713

携帯 : 090-2194-8571 mail : y_yano828@jtb.com

2) J I 保険の連絡先

(事故・保険金請求に関するご相談) : 0120-395470 (フリーダイヤル)

(事故受付) 24時間365日対応

4) 請求書式 : 別添付PDF書式をご使用ください。

海外旅行保険死亡保険金受取人に関する同意書

ジェイアイ傷害火災保険株式会社と **RIJYEM** との間で締結された海外旅行保険契約について、死亡保険金受取人を〇〇〇〇である〇〇〇〇とすることに同意します。

また、保険金請求に際して、保険会社から被保険者である私の親族等へ直接事実確認等を行うことについても異議ありません。

なお、ジェイアイ傷害火災保険株式会社との保険契約内容に変更が生じた場合にはあらたに同意書を取り交します。

証券番号： _____ (記入しないでください)

被保険者： _____
(保険の対象となる方)

保険金額：

傷 害 死 亡
1, 0 0 0 万円

保険期間： ____ / ____ / ____ より ____ / ____ / ____ まで
(例示： 15/August/2016)

死亡保険金受取人： _____

被保険者との関係： _____

平成 年 月 日

被保険者署名 _____

Agreement for the beneficiary of the death benefit of Overseas Travel Insurance

I herewith agree that the beneficiary of the death benefit with regard to the contract of Overseas Travel Insurance which was concluded between **JI Fire & Accident Insurance Company** and **RIJYEM** should be appointed to

_____ who is my _____
I also agree that JI Fire & Accident Insurance Company would contact with my family and the relatives directly in order to confirm the facts and so on in case of the insurance claim.

Besides, this agreement should be exchanged again when the contract between JI Fire & Accident Insurance **Company** and **RIJYEM** is to be modified.

Policy Number : _____ (Please leave blank)

Insured : _____

(The person who has a benefit of the insurance)

Insured Sum

Accident Death
Yen10,000,000.-

The insured period : From ____ / ____ / ____ Through ____ / ____ / ____
(e.g., 15/August/2016)

The beneficiary of the death benefit : _____

The relationship to Insured : _____

Date :

Signature of Insured : _____

同意書

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

ジェイアイ傷害火災保険株式会社 殿

同意者（保護者）署名：_____

私（保護者）は、子（被保険者）_____が未成年者であることに伴い、以下の事項について同意します。

保険金請求及び受領	被保険者が日本滞在中における、100万円未満の海外旅行保険の治療救済費用保険金請求及び受領 (保険証券番号：_____) (記入しないでください)
-----------	---

上記保険金の支払先	住所	
	氏名	

本書面取り付ける理由

民法第5条（未成年者の法律行為）に「未成年者が法律行為をするには、その法定代理人の同意を得なければならない」という条文に基づき、取得が必要な書面となります。何卒ご理解、ご協力の程よろしくお願いいたします。

Letter of Consent

Date:

To: JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd.

Signature of assentient (guardian): _____

I (the guardian), in accordance with my child (insured individual)

_____ **being a minor, hereby express consent in regard to following matters.**

Claiming and receiving insurance money	Claiming and receiving insurance money for treatment and relief expenses of less than 1,000,000 yen based on the Overseas Travel Insurance applicable during the insured individual's stay in Japan. (Insurance Certificate No. _____) (Please leave blank)
--	---

This Column will fill a host family or host rotary club in Japan.		
Recipient of the above insurance money	Address	
	Name	

Reason for Attachment of This Letter of Consent

The providing of this letter of consent is required in accordance with Article 5 of the Civil Code (Juristic Act of Minors) which prescribes that "A minor must obtain the consent of his/her statutory agent to perform any juristic act." We appreciate your understanding and cooperation.

海外旅行保険金ご請求のご案内

この度は、弊社の海外旅行保険をご利用いただき厚く御礼申し上げます。

保険金のご請求にあたり、必要な書類は以下のとおりですので、お手数ではございますが、ご手配くださいますようお願い申し上げます。

なお、ご請求いただきました後、追加書類をお願いする場合がありますので、予めご了承ください。

また、記載のない保険補償項目の請求については、一度弊社までご連絡ください。

お問い合わせにつきましては、ご契約いただきました代理店または弊社までご連絡くださいますようお願い申し上げます。

書類送付先 〒102-0082 東京都千代田区一番町20-5 ジェイアイ傷害火災保険株式会社 お客様損害サービス部あて
 問合せ先 フリーダイヤル：0120-395470 左記をご利用いただけない場合はコレクトコールをご利用ください 電話 03-3237-2151

保険補償項目	ご提出をお願いする書類						主な支払項目	備考	
ご請求される保険金の種類 ・海外旅行保険金請求書(本書)の 共通 と下記の番号の欄をご記入ください。	海外旅行保険金請求書(本書)	事故証明書	医師の診断書	負担した費用の明細書および領収書	損害品の修理見積書および写真	購入時の価格・購入先を示す書類	パスポートのコピー(写真のページと日本出入国スタンプ欄)	その他弊社が求める書類	<ul style="list-style-type: none"> ・主な支払項目をあげています。お支払にあたってはそれぞれ条件があり、記載している費用でもお支払できない場合があります。 ・記載の他にも限度額が個別に設定されている場合があります。 ・支出した通貨が日本円以外の場合、保険金の支払額が確定した日の前日の交換比率(レート)で日本円換算した保険金をお支払します。ただし、クレジットカードの明細書など、実際に支出した日本円が明示された資料を提出いただいた場合は、その額でお支払できる場合があります。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">詳しくは「ご契約のしおり」でご確認ください</div>
傷害治療費用 共通 1 6 7 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入院一時金の付保がある場合、継続して2日以上入院で「入院一時金」お支払いの対象となります	
疾病治療費用 共通 1 6 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
携行品損害 共通 2 7 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一部保険対象外品目あり 1個、1組または1対で10万円限度	
生活用動産損害 共通 2 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	一部保険対象外品目あり 1個、1組または1対で20万円限度	
賠償責任 家族総合賠償責任 共通 3 7 注1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・責任期間中に生じた偶然な事故により、他人の身体の障害や他人の財物の破損等について、法律上の損害賠償責任を負担することによって支払うべき損害賠償金など	
旅行事故緊急費用 共通 4 6 7 8 注3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	必要な場合は、担当からご案内します	
航空機寄託手荷物遅延費用 共通 4 7 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
航空機遅延費用 共通 4 7 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
救援者費用 共通 5 6 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・救援者の航空運賃等交通費・ホテル等客室料、移送費用、遺体処理費用、諸雑費など(救援者の渡航手続費、現地交通費、身の回り品購入費、国際電話料等通信費など)	
旅行変更費用 クルーズ旅行取消費用 共通 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・出発取消時:旅行取消料など(旅行変更費用で出国中止費用補償対象外特約が付帯されている場合は対象外) ・中途帰国時(旅行変更費用のみ):帰国費 ただし、企画旅行の場合は、(旅行変更費用保険金額×未消化日数/予定日数)で求めた金額と帰国費の高い額	
緊急一時帰国費用 共通 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・航空運賃等交通費、ホテル等客室料(14日分限度)、諸雑費(国際電話料等通信費、渡航手続費、一時帰国地での交通費など)(客室料・諸雑費は20万円限度)	

注1 旅行事故緊急費用の付保があれば、旅行中に負担された交通費、ホテル等客室料、通信費、旅行サービスの取消料などをお支払できる可能性があります。

注2 公の機関、やむを得ないときは第三者の事故証明書。第三者とは、航空会社・添乗員・同行の友人・知人等をいいます。事故証明書は、**6**、**7**または**8**を使用していただくほか、証明する機関の様式でも結構です。

注3 公的機関・交通機関・宿泊機関・医療機関・旅行会社・添乗員の事故証明書が必要です。事故証明書は、**6**、**7**(左欄)または**8**を使用していただくほか、証明する機関の様式でも結構です。

注4 ・疾病治療費用ご請求の場合:海外旅行開始後に病気にかかり、旅行行程終了後72時間を経過するまでに医師の治療を開始したことを併せて証明してあるもの。
 ・疾病に関する応急治療費用ご請求の場合:海外旅行開始前に病気にかかり、海外旅行開始前に医師の治療を開始していたことを併せて証明してあるものおよび海外旅行中にその症状が急激に悪化し、海外旅行中に医師の治療を開始したことを併せて証明してあるもの。

海外旅行保険金請求書

INSURANCE CLAIM FORM FOR OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT

 ジェイアイ傷害火災保険株式会社 御中 TO:JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd.

本書の記載内容が事実と相違ないことを確認し、保険金を請求します。保険金請求にあたり、下記3項目について保険金請求者欄の署名をもって同意します。なお、本書の写真複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I hereby make a claim for insurance benefits, by confirming the accuracy of the contents hereof and also by agreeing to the matters mentioned below, after appending my signature thereto. A photocopy of this form shall be considered as effective and valid as the original.

1. 医療情報の提供および事故調査に関する同意 AUTHORIZATION FOR PROVISION OF MEDICAL RECORDS AND INFORMATION ON THE CASE
被保険者を診療または治療したすべての病院、医師、および関係者、または本件事故に関する諸機関および関係者が、貴社またはその指名する者に、被保険者に関係するすべての疾病、傷害または事故の記録を提供することを承諾します。

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, or any government authority or other person who is related to the accident, to furnish JI Accident & Fire Insurance Co., Ltd. or its authorized representative with any and all information or documents with respect to any sickness, injury or accident that relates to this case.

2. 同一の損害または費用に対して、本保険請求の対象となる保険契約および他の保険契約等（保険契約、共済契約など名称を問わず、同一の損害または費用に対して保険金等を支払う契約をいい、クレジットカードに付帯された海外旅行保険を含みます。本書面では同様とします。）から、保険契約で定められた保険金等の額を超えて保険金等の支払を受けた場合には、その超えた額について、貴社または他の保険契約等の損害保険会社・共済等へ直ちに返還します。

※ 他の保険契約等がある場合、弊社がその保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、弊社の負担部分を超える額を求償いたします。

3. <個人情報の取扱い> 本件事故に関して、保険金支払および保険事故の調査などに必要な範囲において、個人情報を取得・利用すること、また法令等による場合や調査のために必要な場合には、業務委託先、調査先等へ提供することに同意します。また、他の保険契約等がある場合、その保険契約等の損害保険会社・共済等に対して、貴社の負担部分を超える額を求償するために必要な情報（支払責任額等契約の内容、損害額等事故に関する情報、支払保険金等に関する情報）を提供すること、もしくは、その損害保険会社・共済等から提供を受け利用すること、その損害保険会社・共済等が貴社へ提供すること、もしくは、貴社から提供を受け、利用することに同意します。

※ 詳しくは、弊社ホームページ「個人情報の取扱い（保護宣言）」をご参照いただくか、弊社社員にお問合せください。

共通

※保険金請求者は被保険者（保険の対象となる方）ご本人です。被保険者が未成年の場合、保険金請求者は保護者となります。

契約証・証券番号		記入日		年	月	日
保険金請求者※	フリガナ 氏名	国内住所（支払通知送付先。必ずご記入ください）				
	生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 他（ ）				
	海外住所	（請求時、海外に滞在されている方のみご記入ください）				
	職業・勤務先	国名	住所	TEL		
この欄は、保険金請求者と被保険者が異なる場合のみご記入ください フリガナ 氏名	住所					
生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	TEL
同一の損害または費用を補償する他の保険契約等がございますか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（ありの場合、詳細を下欄にご記入ください）	海外旅行保険が付帯されたクレジットカードをお持ちですか？（上記2.を参照） <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（ありの場合、該当カードの□にチェックしてください）					
保険会社名	<input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> 三井住友 <input type="checkbox"/> DC <input type="checkbox"/> UFJ <input type="checkbox"/> NICOS <input type="checkbox"/> Citi <input type="checkbox"/> ダイナース <input type="checkbox"/> アメリックス <input type="checkbox"/> セディナ <input type="checkbox"/> ジャックス <input type="checkbox"/> アプラス <input type="checkbox"/> オリコ <input type="checkbox"/> ライフ <input type="checkbox"/> セゾン <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> JAL <input type="checkbox"/> VIEW <input type="checkbox"/> JTB旅カード <input type="checkbox"/> JTB（他） <input type="checkbox"/> 他（ ）					
証券番号						
事故または疾病が発生した日時	年	月	日	時頃		
事故または疾病が発生した場所	国名：	場所：				
事故の状況、疾病の内容などについてご記入下さい						

保険金支払指図欄 <small>（ご希望の方法の□にチェック）</small>	<input type="checkbox"/> ①下記の口座へ振り込んでください（ゆうちょ銀行は店番号に「記号」、口座番号に「番号」をご記入ください）						
	フリガナ	銀行	農協	支店	（口座名義人が保険金請求者と異なる場合、関係を選択してください）		
		信金	信組		<input type="checkbox"/> 親族	<input type="checkbox"/> 同行者	<input type="checkbox"/> 旅行会社
					<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	1 普通	店番号	口座番号	□座名義			
2 当座			（カタカナ）				
<input type="checkbox"/> ②上記海外住所へ小切手を送付してください							
<input type="checkbox"/> ③ジェイアイ傷害火災保険株式会社が提携する修理業者へ直接お支払いください							
<input type="checkbox"/> ④治療を行った病院・医師へ直接お支払いください Please pay the hospital or doctor directly.							
<input type="checkbox"/> ⑤（ ）へ直接お支払いください							

1 傷害治療費用／疾病治療費用／入院一時金

初診日 年 月 日	以前に本症状に関して治療を受けたことがありますか？ □あり □なし				
傷害または疾病名および症状	“あり”の場合、いつですか？ 年 月～ 年 月 “あり”の場合、治療されていきましたか？治療された時期はいつですか？ □治療していた（ 年 月） □治療していなかった				
入院 □あり □なし					
治療に要した費用など □負担あり □負担なし	入院または通院のための交通費 □負担あり □負担なし				
項目	金額	交通機関	利用日	区間・経路・回数	金額
治療費・手術費等 (薬代、レントゲン等諸検査費 職業看護師費、入院室料 など)	¥・\$ ()				¥・\$ ()
医師の診断書費(弊社提出用)	¥・\$ ()				¥・\$ ()
治療のために必要な通訳雇入費	¥・\$ ()				¥・\$ ()
(入院時)必要となった国際電話料等通信費 入院に必要な身の回り品購入費	¥・\$ ()	合 計			¥・\$ ()
他()	¥・\$ ()	公共交通機関の場合は、区間と回数を記入してください タクシーの場合は、領収証を添付してください 自家用車の場合は、区間、距離と回数をご記入ください(金額の記入は不要です)			
合 計	¥・\$ ()				

2 携行品損害／生活用動産損害

盗難・火災等の場合、届出警察署(官公署)：					届出番号：	
損害品目 (型式・品番等詳細に)	数量	実購入金額	購入した場所・店	購入年月日	領収書	損害の状態 (破損の場合に箇所や状態を記入)
					□あり □なし	
					□あり □なし	
					□あり □なし	
					□あり □なし	

3 賠償責任／家族総合賠償責任

第三者の財物への損害	所有者氏名	第三者の人身損害	負傷者氏名
	住 所 TEL		住 所 TEL
	財物の種類、損害の程度		病院・医師氏名 傷害名
	請求金額 ¥・\$ ()		住 所 TEL

4 旅行事故緊急費用／航空機寄託手荷物遅延費用／航空機遅延費用

支出した項目	購入日時・支出日時	内容(購入先、ご利用の区間、ホテル名等)	金額
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		
	月 日 時頃		

5 救援者費用／旅行変更費用／クルーズ旅行取消費用／緊急一時帰国費用

支出した項目	人数・宿泊数等	支出日	内容(ご利用の区間、ホテル名等)	金額
		月 日		
		月 日		
		月 日		
		月 日		
旅行変更費用・クルーズ旅行取消費用のご請求の場合、以下もご記入ください				
旅行代金	予定されていた旅行日程 年 月 日～ 年 月 日	旅行を取りやめた日 年 月 日	取消料、違約料等	

※請求にあたっては、1ページの主な支払項目をご参照ください。 ※記入欄が足りない場合は、レポート用紙等の別紙にご記入ください。

6 診断書

Medical Certificate

医師に記入を依頼してください。

患者氏名 Patient's name		患者生年月日 Patient's date of birth	
症状が現れた日 Date of illness (first symptom) or injury		妊娠による疾病ですか？ Is the condition due to pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
初診日 Date of first consultation		妊娠何週目でしょうか？ If yes, how many weeks pregnant is the patient? weeks 週目	
他の疾病の影響はございますか？ Describe any other disease affecting the present condition		来院前の投薬はありますか？ Describe any other prescribed medication taken prior to the visit	
患者は以前に同様の症状を訴えたことがありますか？ Has the patient ever had the same or similar symptoms? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		いつ頃でしょうか？ If yes, give the approximate date of their occurrence	
		以前の症状で実際に治療を受けましたか？ If yes, did the patient receive any treatment for the prior symptoms by any doctor?	
治療の期間 Period of your treatment		<input type="checkbox"/> Out patient 外来 Date: _____ <input type="checkbox"/> Home visit 往診 Date: _____ <input type="checkbox"/> Hospitalization 入院 From _____ To _____	
傷病名および経過 State the diagnosis or the nature of the illness or injury			
他の機関で治療を受けたならば、その住所、病院名 Name and address of the facility where services were rendered for this illness or injury			転医日 Date of transfer
治癒日 Date of recovery		ホテルでの静養が必要でしたか？ Did you instruct the patient to stay in a hotel room for recuperation? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From _____ To _____	
職業看護師の付添が必要でしたか？ Was professional nursing required? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes From _____ To _____		必要であればその理由 If yes, please specify the reason	
治療内容を記述ください Fully describe the procedures, medical services or supplies furnished		ICD CODE	治療費用 Charges
			治療日 Date of service
			治療費用合計 Total charge ¥・\$・()
			受領済金額 Amount paid ¥・\$・()
			未受領金額 Balance paid ¥・\$・()
電話 Tel		日付 Date	
住所 Address		署名 Signature	
		担当医 Attending physician	

7 第三者の証明

親族以外の第三者に記入を依頼してください。公的機関や添乗員等の証明書がある場合、記入は不要です。

Certificate of the third party 第三者の証明	事故日時 Date and time of accident	事故場所 Place of accident
	事故状況 Details of the accident	
	上記を証明します。 I verify the above is true and correct	
	住所 Address	Tel
氏名 Name		印

傷害事故・携行品の事故で、第三者の証明書を取得できない場合には、下記にその理由をご記入ください。

第三者証明書は下記理由により取得できませんが、報告した事故の内容に相違ありません。

理由：

被保険者

印

8 航空機遅延事故証明

FLIGHT DELAY CERTIFICATION

航空会社に記入を依頼してください。航空会社の様式でも結構です。

DATE OF OCCURRENCE 事故日	YEAR 年	MONTH 月	DAY 日	NAME OF AIR CARRIER 航空会社名	航空会社 証明押印欄 TO BE CERTIFIED BY AIR CARRIER VALIDATION VOID IF NOT STAMPED HERE
事故種別・詳細 TYPE OF CLAIM/DETAILS OF OCCURRENCE 1種類のみチェックしてください PLEASE CHECK ONLY ONE BOX				NAME OF AGENT OF CUSTOMER SERVICE REPRESENTATIVE 係員名 (PLEASE PRINT)	
① <input type="checkbox"/> 寄託手荷物遅延 BAGGAGE DELIVERY DELAY		② <input type="checkbox"/> 出航遅延 DEPARTURE DELAY		<input type="checkbox"/> 欠航 (運休) CANCELLATION	
<input type="checkbox"/> 予約瑕疵 OVERBOOKING		③ <input type="checkbox"/> 乗継遅延 ARRIVAL DELAY FOR CONNECTION			
DESTINATION PORT 目的地空港名		DEPARTURE PORT 出航地空港名		ARRIVAL FLIGHT 到着便名	
ARRIVAL FLIGHT 到着便名		DELATED, CANCELLED, OR OVERBOOKED FLIGHT 出航予定便名		ACTUAL ARRIVAL TIME 実際の到着時刻	
ACTUAL ARRIVAL TIME 実際の到着時刻		SCHEDULED DEPARTURE TIME 出航予定時刻		CONNECTION PORT 乗継地空港名	
ACTUAL BAGGAGE DELIVERY DATE AND TIME 実際の手荷物引渡日時		ACTUAL FLIGHT 代替便名		MISSED CONNECTION FLIGHT 乗継予定便名	
NO EVENTUAL DELIVERY <input type="checkbox"/> 結局引渡しなし		ACTUAL DEPARTURE TIME 実際の出航時刻		SCHEDULED DEPARTURE TIME 出発予定時刻	
				ACTUAL FLIGHT 代替便名	
				ACTUAL DEPARTURE TIME 実際の出航時刻	