

# 保険金受付・連絡メモ（個人保険用）

保険金20.10  
(803384)

＜保管・FAX厳禁＞お手続き完了次第、破棄してください。

証券番号			
被保険者名 (傷病者名) 主たる被保険者との続柄	(続柄) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 第一被保険者 <input type="checkbox"/> 第二被保険者		
傷病基本情報	聞き取りの ポイント	・お申し出人の心情に配慮しつつ、ご病名を承ってください。	
入院・通院・手術などの原因	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> その他の病気 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他の事故 <input type="checkbox"/> 不明 <small>※旧NKL契約で病気・けがが不明の場合、請求書類に「事故状況報告書」を同封します。</small>		
がんの場合 被保険者への告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>※被保険者にがんの告知がない場合 ESCにお電話ください。</small>	<input type="checkbox"/> がんの場合 けがをした日	<small>(事故日・受傷日)</small> <small>年 月 日</small> または <input type="checkbox"/> 事故日不明
申し出内容	聞き取りの ポイント	・お申し出人は、何らかのご病気・おけがをされた方やご遺族である可能性があります。 ・お客様の立場に立ち、お見舞い・お悔やみの気持ちを持って応対することが大切です。	
※保 障 が な い 請 求 種 類 に つ い て の 聞 き 取 り は 不 要 で す。	入院	年 月 日～ 月 日	または ( ) 日間入院 (予定含む) または <input type="checkbox"/> 入院期間不明
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	年 月 日～ 月 日	<small>※複数の病院に入院の場合、「入院・手術・通院等証明書」は複数枚必要ですので、ESCにお電話ください。</small>
通院	年 月 日～ 月 日 ( ) 日間	または ( ) 日間通院 (予定含む)	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	年 月 日～ 月 日 ( ) 日間	または <input type="checkbox"/> 通院期間不明
手術	(手術日) <input type="checkbox"/> 不明 年 月 日	(手術名) <input type="checkbox"/> 不明	(放射線治療の場合) ケレイ
	<input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(手術日) <input type="checkbox"/> 不明 年 月 日	(手術名) <input type="checkbox"/> 不明
健康回復 支援給付金	高血圧症・脂質異常症（高コレステロール血症、高脂血症）高血糖症（糖尿病）に対する投薬		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
抗がん剤治療 給付金	抗がん剤治療		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
高度障害 障害給付等	<input type="checkbox"/> 不明 (診断時期) 年 月 日	(請求したい内容) (状態)	
死亡 (注)	<input type="checkbox"/> 不明 (死亡日) 年 月 日	(原因) <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> がん以外の病気 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 自殺 <small>口その他 [詳細]</small>	
	本来の受取人の 法定相続人代表者	<input type="checkbox"/> 死亡保険金 <input type="checkbox"/> その他 → <small>氏名</small> <small>受取人と同一 (本来の受取人との続柄) (配偶者) (親) (子) (その他) ( )</small>	
その他	<input type="checkbox"/> 特定疾病診断保険料払込免除 <input type="checkbox"/> がん診断給付金 <input type="checkbox"/> 退院給付金 <input type="checkbox"/> その他 :		
書類送付先	・請求書類の送付先を承ります。・送付先は請求権者、または取扱者に限ります。 <small>【注！要確認】お客様へ送付の場合、請求権者以外への送付は不可です。</small>		
送付先	<input type="checkbox"/> 請求権者 <input type="checkbox"/> 取扱者	※登録可能な送付先は1つです。	
送付先 あて名	※お客様へ送付の場合、請求権者への送付です。		
送付区分	<input type="checkbox"/> 登録先住所 <input type="checkbox"/> 送付先指定(登録されている住所以外の場合)		
送付先住所	〒 <input type="checkbox"/> 一 都道 府県		
お客様日中連絡先	<input type="checkbox"/> 請求権者 <input type="checkbox"/> その他	(電話番号)	

受付内容は、必ず当社にご連絡ください。



マークが付いている項目のみのご請求の場合は、ひまわりオンラインの請求書発送依頼をご利用いただけます。

それ以外は営業サポートセンター（ESC）：0120-310-614までご連絡ください。

(注) 死亡保障の有無に関わらず、必ずESCへご連絡ください。ご連絡がない場合は、保険料の引き落としや、総合案内の発送が継続して行われる可能性がありますので、ご注意ください。

## 「保険金受付・連絡メモ」記入例

1

被保険者様、受取人(請求権者)様が同一となるご契約が複数ある場合は、全ての保険証券番号を聴取してください。

2

ご病気やおけがをされた方、またはお亡くなりになられた方のお名前を聴取してください。

3

傷病名などを聴取してください。

ご病名が「がん」の場合は、保険種類にかかわらず被保険者様へのがん告知有無を確認の上、ご本人様に病名を告知されていない場合は、告知されている方のお名前、連絡先(住所と電話番号)等も聴取ください。

4

ご請求の内容を聴取してください。

ひまわりオンラインの一般照会画面にて保障内容をご確認ください。保障がない場合、ご請求いただいてもお支払いはできません。

### 請求時の注意

入院

- ご契約内容によって、免責期間(4日)があつたり、8日以上の入院を保障している場合があります。
- 日帰りでも診療報酬点数上、入院費用が算定されている場合、入院給付金のお支払いが可能になります。

手術

- 手術給付金は、手術名、手術内容によって、お支払い可否およびお支払い倍率が異なります。
- お支払いできる手術・できない手術は、ひまわり掲示板に掲載の手術給付金倍率検索ツール「手術給付金支払の目安」にてご確認ください。

死亡

- 死亡保険金のご請求で、お亡くなりになる前に未請求の給付金がある場合は、本来の受取人の法定相続人代表者様のお名前を聴取してください。

5

請求書類の送付先とお客様の日中連絡先を聴取してください。

### 保険金受付・連絡メモ(個人保険用)

保険金20.10  
(803384)

<保管・FAX厳禁>お手続き完了次第、破棄してください。

1 証券番号	12345-678 サ1234567890		
2 被保険者名 (傷病者名) 主たる被保険者との続柄	ひまわり 太郎 (続柄) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 第一被保険者 <input type="checkbox"/> 第二被保険者		
3 傷病基本情報 聞き取りのポイント	お申し出人の心情に配慮しつつ、ご病名を承ってください。		
入院・通院・手術などの原因	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 口その他の病気 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 口その他の事故 <input type="checkbox"/> 口不明 <small>※旧NHL契約で病気・けがが不明の場合、請求書類に「事故状況報告書」を同封します。</small>		
がんの場合 被保険者への告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>※被保険者ががんの告知がない場合 ESCにお電話ください。</small>		
4 申し出内容 聞き取りのポイント	<small>お申し出人は、何らかのご病気・おけがをされた方やご家族である可能性があります。 お客様の立場に立ち、お見舞い・お悔やみの気持ちを持って応対することが大切です。</small>		
※保障がない請求種類についての聞き取りは不要です。	入院	2020年 11月 20日～ 月 日	または ( ) 日間入院 (予定含む)
	□あり □なし	年 月 日～ 月 日	または □入院期間不明
	通院	年 月 日～ 月 日 ( ) 日間	または ( ) 日間通院 (予定含む)
	□あり □なし	年 月 日～ 月 日 ( ) 日間	または □通院期間不明
	手術	(手術日) □不明 2020年 11月 21日 (手術名) □不明 腹腔鏡下胃悪性腫瘍摘出術 (放射線治療の場合)	ゲリ
	放射線治療	(手術日) □不明 (手術名) □不明 (放射線治療の場合)	ゲリ
	□あり □なし	年 月 日	
	健康回復 支援給付金	高血圧症・脂質異常症(高コレステロール血症、高脂血症)・高血糖症(糖尿病)に対する投薬	□あり □なし □不明
	抗がん剤治療 給付金	抗がん剤治療	□あり □なし □不明
	高度障害 障害給付等	□不明 (診断時期) 年 月 日	(請求したい内容) (状態)
	死亡 (注)	□不明 (死年) 年 月 日	(原因) □がん □がん以外の病気 □災害 □自殺 □その他 <small>詳細</small>
		※死亡前に被保険者が受取人となる未請求の給付金がある場合等、本来の受取人が死亡しているときは必ず聴取ください。 本来の受取人の法定相続人代表者 <input type="checkbox"/> 死亡保険金 <input type="checkbox"/> その他 <small>(氏名)</small> 受取人同一 <small>(本来の受取人の続柄) (配偶者) (親) (子) (その他) ( )</small>	
	その他	□特定疾病診断保険料払込免除	□がん診断給付金 □退院給付金 □その他
	書類送付先	<small>・請求書類の送付先を承ります。・送付先は請求権者、または取扱者に限ります。 【注! 要確認】お客様へ送付の場合、請求権者以外への送付は不可です。</small>	
	送付先	□請求権者 <input type="checkbox"/> 取扱者	※登録可能な送付先は1つです。
	送付先 あて名	ひまわり 太郎	
	送付区分	□登録先住所	□送付先指定(登録されている住所以外の場合)
	送付先住所	〒 都道府県	
	お客様日中連絡先	□請求権者 <input type="checkbox"/> その他	(電話番号) 090-1234 - xxxx

受付内容は、必ず当社にご連絡ください。

マークが付いている項目のみのご請求の場合は、ひまわりオンラインの請求書発送依頼をご利用いただけます。  
それ以外は営業サポートセンター(ESC) : 0120-310-614までご連絡ください。

(注)死亡保障の有無に関わらず、必ずESCへご連絡ください。ご連絡がない場合は、保険料の引き落としや、総合案内の発送が継続して行われる可能性がありますので、ご注意ください。

SOMPOひまわり生命保険株式会社

### 請求時の注意

■死亡のご連絡をいただいた時点で、保険料の引き落とし停止の手続きを行っています。死亡のご連絡は、もれなく速やかにお願いします。

■お客様に請求書類送付後、一定期間未請求の場合、当社では未請求フォローを行っています。ひまわり掲示板などから請求書類を印刷し、お客様にお渡しいただいた場合にも、必ず当社まで受付内容をご連絡ください。