

【入力操作ガイド】LINEによる給付金請求連絡フォーム

1. 入力者情報

入力者情報をご入力ください。

SOMPOひまわり生命

LINEによる給付金請求連絡フォーム

LINEによる給付金請求は、以下の取扱条件を満たす場合LINEでお手続きが完結します。
取扱条件を満たさない場合は、別途必要書類を郵送します。
入力方法の詳細は、[入力ガイドをご確認ください。](#)
※ブラウザの「戻る」「進む」ボタンを使用しますと、正しく動作しない場合がございますのでご注意ください。

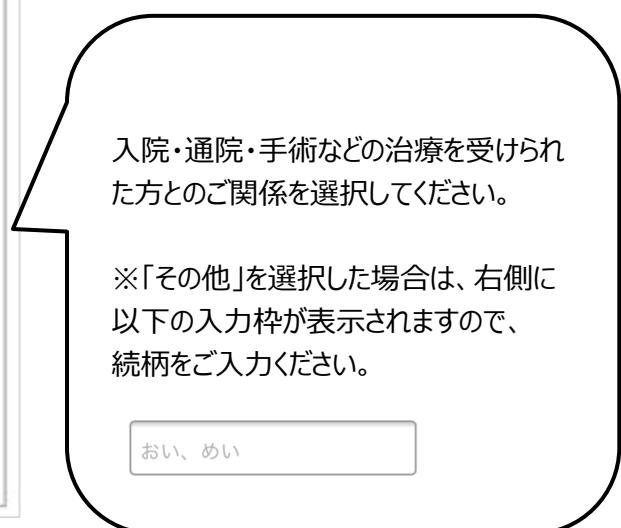
取扱条件 +

◆ 入力者情報 必須

● 入力者氏名（カナ）

● 治療を受けた方（被保険者）との関係
選択してください ▼

● 日中連絡先
お電話番号は「ハイフン」を入れてご入力ください



【入力操作ガイド】LINEによる給付金請求連絡フォーム

2. 契約者情報

契約者情報をご入力ください。

◆ 契約者情報 必須

本人確認のため、ご請求いただく契約の契約者情報をご入力ください。
複数のご契約がある場合は、代表で1件の契約者情報をご入力ください。

● 契約者氏名（漢字）

● 契約者氏名（カナ）

● 契約者生年月日
(法人契約の場合は被保険者さまの生年月日を入力ください。)
 年 月 日

● 登録の住所

郵便番号
 -

都道府県

市区町村

丁目番地号

マンション・ビル・号室・様方など

● 登録の電話番号
お電話番号は-（ハイフン）を入れてご入力ください

法人のご契約の場合は、
被保険者さま(受療された方)の生年
月日をご入力ください。

当社に登録いただいている
ご契約者さまの住所・電話番号をご入力
ください。

【入力操作ガイド】LINEによる給付金請求連絡フォーム

3. 契約情報

証券番号を1件ご入力ください。(任意項目)

なお、ご入力いただいた契約以外にご請求可能な契約がある場合は、合わせて手続きを承ります。

◆ 契約情報

以下事項にご同意のうえ、ご請求いただく契約の証券番号を代表で1件ご入力ください。

【同意事項】
本請求において、保障内容に該当する契約が複数ある場合は合わせて請求します。

●証券番号

(入力例)
12345-678

※旧日本興亜生命の場合
サ1234567890

4. 治療を受けた方（被保険者）の情報

治療を受けた方（被保険者）の情報をご入力ください。

◆ 治療を受けた方（被保険者）の情報 必須

今回治療を受けた方（被保険者）の氏名・生年月日および連絡先情報をご入力ください。

上記契約者と同一 契約者以外

- 治療を受けた方がご契約者さまと同一人の場合

「上記、契約者と同一」を選択してください。

- 治療を受けた方とご契約者さまが別人の場合

「契約者以外」を選択し、受療された方の情報詳細をご入力ください。

◆ 治療を受けた方（被保険者）の情報 必須

今回治療を受けた方（被保険者）の氏名・生年月日および連絡先情報をご入力ください。

上記契約者と同一 契約者以外

●被保険者氏名（漢字）
向日葵 花子

●被保険者氏名（カナ）
ヒマワリ ハナコ

●被保険者生年月日
 年 月 日

●連絡先住所
郵便番号
100 - 0000 -

都道府県
北海道

市区町村
●●区●●町

丁目番地号
1 - 3

マンション・ビル・号室・様方など
ひまわりマンション 303号室

●電話番号（日中連絡先）
お電話番号は、ハイフンを入れてご入力ください

【入力操作ガイド】LINEによる給付金請求連絡フォーム

5. 病気やケガに関する情報

今回ご請求する内容をご入力ください。

◆ 病気やケガに関する情報 必須

● 病気やケガの内容

選択してください

傷病の概要をプルダウンからご選択ください。
「がん・脳血管疾患、心疾患・その他のご病気・事故」

※「その他のご病気」を選択すると「新型コロナウイルス感染症によるご請求の場合」の注意事項が表示されますのでご確認ください。

【重要】新型コロナウイルス感染症によるご請求の場合 +

● 病気やケガの名前

例：白内障

● 病気やケガの発生時期
明確に分からない場合は、おおよその時期をご指定ください。

2023 ▼年 - ▼月 - ▼日

● 初診日

2023 ▼年 - ▼月 - ▼日

● 現在の受診状況

選択してください

傷病名をご入力ください。

傷病発生時期を選択してください。傷病発生時期が明確にわからないケース（慢性疾患など）はおおよその時期を指定ください。
(例：1月頃であれば1月1日を指定)

今回ご請求する傷病の最初の診療日を選択してください。

以下から選択してください。
「治療中」…現在も治療中
「治療終了」…通院していない（未請求の給付金がないことをご確認ください）

● (ケガの場合) 受傷日時・場所・原因

入力例：20xx年4月1日8時頃、駅の階段から転落し、骨折した。

「ケガ」によるご請求の場合は、受傷日時・場所・原因を入力ください。なお、交通事故によるご請求の場合は「運転中の有無・飲酒有無・警察届け出の有無・免許書番号」を入力ください。

【入力操作ガイド】LINEによる給付金請求連絡フォーム

5. 病気やケガに関する情報

入院有無

あり なし

手術有無

あり なし

通院有無

あり なし

入院・手術・通院の有無を
それぞれご選択ください。

①入院ありの場合

入院有無

あり なし

入院日と退院日を指定してください

1回目の入院期間

※2回目以降の入院期間を追加する場合は、+ボタンを押してください。

入院日
 年 月 日

退院日
 年 月 日

日帰り入院の場合は、入院日と同日をご指定ください。

2回目の入院期間

入院日
 年 月 日

退院日
 年 月 日

3回目の入院期間

入院日
 年 月 日

退院日
 年 月 日

● 入院開始した日から退院日を選択します。

※日帰り入院の場合は、1日のみ押下してください。

● 最大、3回分の入院期間が入力可能です。

【入力操作ガイド】LINEによる給付金請求連絡フォーム

②手術ありの場合

手術有無

あり なし

1回目の手術日

手術名1

部位1

2回目の手術日

手術名2

部位2

最大、2つの手術まで入力できます。

●手術日

手術年月日を選択してください。

●手術名

プルダウンから対象の手術名を選択してください。

※「その他の手術」を選択した場合、
入力欄が表示されますので、手術名を
入力してください。

※手術名がわからない場合は、「手術
名不明」とご入力ください。

●部位

以下の手術を受けられた場合は、
手術の部位を選択してください。

- ・水晶体再建術
- ・眼瞼下垂症手術
- ・網膜光凝固術

③通院ありの場合

通院有無

あり なし

30日以上通院している場合は、連絡フォームを送信後、チャットにて
その旨を送信ください。

通院日

※30日以上通院されている場合は、
チャットオペレーターまでお知らせください。

カレンダーから通院日を選択してください。（最大30日まで複数選択可）
【カレンダー】



【入力操作ガイド】LINEによる給付金請求連絡フォーム

6. 投薬治療に関する情報

投薬治療有無

●高血圧症・脂質異常症・高血糖症での投薬治療

あり なし

健康回復支援給付特約のご請求の場合のみ入力してください。

※特約を付加されていない場合、入力内容は無効となります。

●抗がん剤治療での投薬

あり なし

抗がん剤特約のご請求の場合のみ入力してください。

※特約を付加されていない場合、入力内容は無効となります。

①健康回復支援給付金特約を付加している場合

※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）での投薬治療について、以下を入力ください。

●高血圧症・脂質異常症・高血糖症での投薬治療

あり なし

健康回復支援給付特約のご請求の場合のみ入力してください。

※特約を付加されていない場合、入力内容は無効となります。

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)

投薬治療開始日

202 年 月 日

投薬を開始された傷病名を選択してください。

投薬を開始された年月日を選択してください。

②抗がん剤治療特約を付加している場合

※抗がん剤による投薬治療について、以下を入力ください。

●抗がん剤治療での投薬

あり なし

抗がん剤特約のご請求の場合のみ入力してください。

※特約を付加されていない場合、入力内容は無効となります。

抗がん剤による治療を行っている場合、「あり」を選択してください。

【入力操作ガイド】LINEによる給付金請求連絡フォーム

6. 担当代理店への情報連絡

◆担当代理店への情報連絡

原則、当社では担当代理店へご請求に関する情報を連携しています（傷病名や手術名などのセンシティブ情報は除く）。

あらかじめご了承ください。

※担当代理店にはライフカウンセラーを含みます。

担当代理店へ情報連携する

担当代理店への情報連携を希望しない（※）

※ご契約の維持・お支払い手続き支援等のために当社が必要と判断した場合には、情報連絡をすることがあります。

今回のご請求について、
担当代理店への情報連絡を希望しない場合はチェックしてください。

7. 入力内容の確認・送信

LINEによる給付金請求連絡フォーム

以下の内容で送信いたします。ご確認の上、よろしければ「送信する」ボタンを押してください。

◆入力者情報

●ご入力者さま氏名

●治療を受けた方との関係

省略

以下事項に同意のうえ、給付金を請求します。

- SOMPOひまわり生命との保険約款の規定に基づき保険金・給付金等を請求します。
- 本請求において、保障内容に該当する契約が複数ある場合は合わせて請求します。

入力内容に間違いがないか確認してください。

ご同意事項にチェック☑し、「送信する」を押すとご請求の連絡が完了します。

<請求連絡の完了>

※まだ手続きは終わっていません。
チャットオペレーターからのご連絡をお待ちください。



LINEによる給付金請求連絡フォーム

入力内容を受付いたしました。

入力内容の修正

送信する

【入力操作ガイド】LINEによる給付金請求連絡フォーム

参考：質問機能について

給付金請求フォームの入力中に分からないう�あれば、チャットでオペレーターに確認することができます。以下の方法で、チャットオペレーターへお問い合わせください。

※当社カスタマーセンターからお送りしたSMS(ショートメッセージ)を通してLINE請求を利用された場合のみ、ご利用可能です。

■STEP 1

フォームの右下にある
質問 ボタンをタップ。



SOMPOひまわり生命
給付金請求フォーム（口座入力・写真アップロード）

以下の項目に必要事項をご入力のうえ、「入力内容の確認」ボタンを押してください。
本フォームを送信いただくと、給付金請求のお手続きが完了します。
入力方法ガイドはこちらからご確認ください。
※ブラウザの「戻る」「進む」ボタンを使用しますと、正しく動作しない場合がございますのでご注意ください。

◆ 医療機関 必須
「追加入力」ボタンで3つまで登録可能です。
4つ以上の場合は、チャットにて医療機関情報を送信ください。
医療機関名
ひまわり病院

診療科1
眼科

追加入力

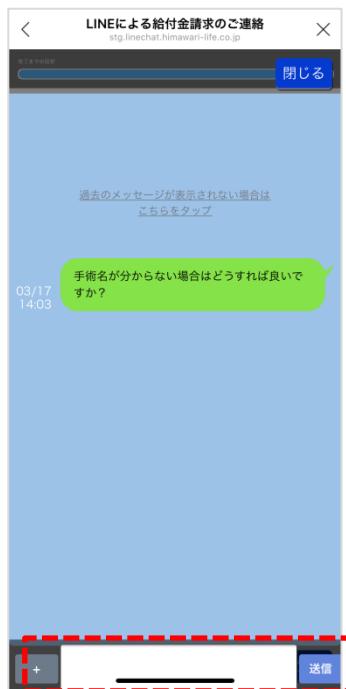
◆ 必要書類の添付 必須
ご請求内容の証明書類として、必要書類の写真をアップロードしてください。

撮影のしかた
上から真っ直ぐ被写体と平行に撮影してください。
※詳しくは[こちら](#)を参照して下さい。

質問

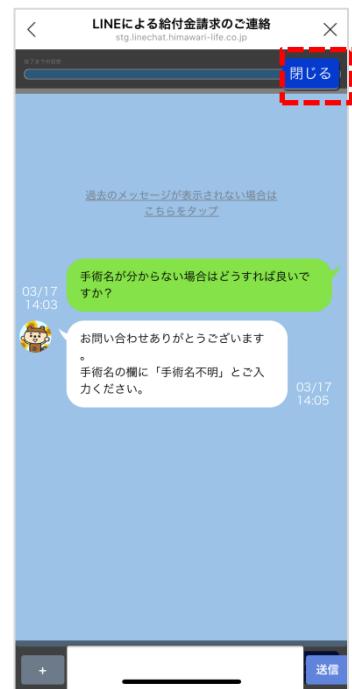
■STEP 2

チャットルームが立ち上がるため、
質問を入力・送信して確認。



■STEP 3

確認完了後、右上の
閉じる ボタンをタップし、フォームへ戻る。



(ご注意)

- 右上の「×」ボタンで閉じたり、LINEの通知機能をONにされているお客様は通知のポップアップをタップすると、フォームへ入力途中の内容がクリアされます。
- チャットオペレーターからの回答には、一定時間お時間をいただく場合があります。
一定時間後に、チャットオペレーターからの回答を確認する場合は、再度フォームの右下にある **質問** ボタンからチャットルームを立ち上げてご確認ください。