



SOMPO  
ホールディングス

保険の先へ、挑む。

# 新契約書類送付時 チェックマニュアル

2023年11月

SOMPOひまわり生命保険株式会社

※表記の時点での情報です。  
今後変更の可能性があります。

## 新契約書類送付時チェックマニュアルとは

- ◆申込書類一式をお送りいただく前に、代理店の皆さんにご確認いただきたい点を書類ごとにまとめたものです。
- ◆「チェックする書類（チェック箇所）」と「チェック項目」を記載しています。

# 本書の書類並び順

本書は右記の順番で書類のチェック項目を記載しています。事前に書類をこの順番に並び替えることで、チェックの効率化と送付漏れを防ぎます。

並び順	
<1>	生命保険契約申込書 (取扱者／会社記入用紙)
<2>	告知書
<3>	取扱者の報告書
<4>	意向確認書
<5>	口座振替依頼書
<6>	その他

## チェックページの解説

### <1>生命保険契約申込書

3

確認項目	確認内容
①申込日	・記入があるか ・意向確認日の同日以後か ・有効期限切れになっていないか
②FATCA	・チェックがつかないか ・チェックがある場合、「米国納税義務者等についての確認書」を取り付けているか ・訂正されている場合、契約者による訂正署名または印があるか
③保険契約者印字	★電話番号・住所はブランクになっていないか ★途中に入力が終わっていないか ★氏名は自署欄と相違ないか（新旧漢字等） ・個人契約で契約者が70歳以上の場合は、「高齢者募集状況報告書」を作成しているか
④保険契約者自署	★記入があるか ・他の申込書類と筆跡が相違ないか ★印字内容と相違ないか ・外国人契約の場合、公的書類のとおり記入があるか ・訂正されている場合、契約者による訂正署名または印があるか ・契約者が未成年（既婚者はまたは18歳以上の育養者を除く）で、被保険者が契約者の親権者、後見人ではない場合、親権者欄に記入があるか ・法人契約の場合、押印もれがないか

- ・チェック箇所は   で囲んでいるところです。
- ・項目ごとに確認する内容を「確認内容」に記載しています。
- ・「★」印のところは、不備が多い箇所や、チェックで見落としがちな箇所です。特にご注意ください。

# もくじ

不備を減らすためにも、まずはペーパレス申込を推進しよう！！！



紙申込となる場合・・・不備を減らすにはコレ！！！  
Ctrlキーを押しながら気になる書類をクリックしてください！

[申込書](#)

[口座振替依頼書](#)

[文書募集・プラン用](#)

[取扱者/会社記入用紙](#)

[本人確認書（法人用）](#)

[文書募集・フリー印字用](#)

[告知書](#)

[本人確認書（個人用）](#)

[文書募集・簡易告知用](#)

[取扱者の報告書](#)

[特定取引に関する届出書](#)

[意向確認書（一般用）](#)

[代理店分担票](#)

[意向確認書（変額用）](#)

# <1>生命保険契約申込書

4

SOMPOひまわり生命 生命保険契約申込書					
主契約 低解約返戻金型終身保険		申込コード	一	会社提出用	1097702
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛					
③ 本保険契約と特約条項を了承し、次の生命保険契約を申請します。					
② お申込みの重要事項(契約概要・被保険者情報)「ご契約のしおり・約款」等、記載の重要事項について説明を受け、その内容を了承し、悉く同意する。それに記載の重要事項に関する取扱いについて同意します。その際に、私は米国納税義務者です。→ □ はい					
④ 本保険契約は、貴社が承諾の通知を発した時に成立すること、また本申込後に申込者が死亡し、意思能力を有しない常況にある者となり、または行為能力の制限を受けた場合においても効力を有することについて了承・同意しました。					
お申し込みにあたっての確認					
① 保険契約者住所に同じ					
② テストタロウ テスト 太郎 様					
③ 2:女性 3:昭和 62 年 1 月 1 日生 (契約年齢) 32 歳					
④ 保険種類・特約種類					
C:低解約返戻金型終身保険 (低解約返戻金割合 7.0%)					
保険期間 1:終身 3:60歳					
保険金額 500 万円					
保険料 13,415 円					
配当区分 2:無配当					
払込方法 1:月払					
払込経路 1:口座振替					
保険料自動振替実行 0:希望する					
責任開始期に関する特約 低解約返戻金割合 3:定期保険期間					
特定疾患診断保険料免除特約 2:付加する					
年金支払特約 0:付加しない					
前納保険料					
合計保険料 13,415 円					
払込保険料 13,415 円					
⑤ 主契約・特約・特則欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。					
取扱者記入欄 (※代理店・募集人コード)		RG670-0001	計算基準日 令和 1 年 12 月 1 日	申込書受領日 令和 年 月 日	20191029 I
(注) ご提出いただいた生命保険契約申込書類は、契約の成立・不成立にかかわらず返却いたしませんので、あらかじめご了承ください。					

確認項目	確認内容
①申込日	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>意向確認日の同日以後か</li> <li>有効期限切れになっていないか</li> </ul>
②FATCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>チェックがないか</li> <li>チェックがある場合、「米国納税義務者等についての確認書」を取り付けているか</li> <li>訂正されている場合、契約者（未成年の場合は親権者）による訂正署名または印があるか</li> </ul>
③保険契約者印字	<p>★電話番号、住所はブランクになっていないか、もしくは途中で入力が終わっていないか</p> <p>★氏名は自署欄と相違ないか（新旧漢字等）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>個人契約で契約者が 70 歳以上の場合、「高齢者募集状況報告書」を作成しているか</li> <li>被保険者から見た続柄であるか</li> </ul>
④保険契約者自署	<p>★記入があるか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>他の申込書類と筆跡が相違ないか</li> </ul> <p>★印字内容と相違ないか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外国人契約の場合、公的書類とのおりに記入があるか</li> <li>訂正されている場合、契約者（未成年の場合は親権者）による訂正署名または印があるか</li> <li>契約者が未成年で、被保険者が契約者の親権者・後見人ではない場合、親権者欄に記入があるか</li> <li>法人契約の場合、押印もれがないか（押印する場合、登記印での押印となっているか）</li> </ul>

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

# <1>生命保険契約申込書

SOMPOひまわり生命 生命保険契約申込書 主契約 低解約返戻金型終身保険		申込番号 新番号	支払コード 一	会社提出用	1097702
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 貴社の普通保険契約と特約条款を了承し、次の生命保険契約を申込みます。				K31-2X	
〒 202-0001 (電話) 080-0000-0000 東京都 西東京市 ひばりが丘 1-1-1		申込日 令和 年 月 日			
テストタロ テスト 太郎 様		1:男性 3:昭和 61 年 7 月 1 日生 (被保険者との続柄)夫		保険契約者自署 <input checked="" type="checkbox"/> 保険契約者欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。	
お申し込みにあたっての確認 保険契約者(被保険者の対象の方)		本保険契約は、貴社が承諾の通知を発した時に成立すること、また本申込後に申込者が死亡し、意思能力を有しない常況にある者となり、または行為能力の制限を受けた場合においても効力を有することについて了承・同意しました。			
(5) 保険契約者住所に同じ		(6) 約に関する重要事項の説明を口頭で受けた内容を了承のうえ、人情報の取扱およびこの保険契約に同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。			
死亡保険金受取人 指定代理請求人		テストタロ テスト 太郎 様 3:女性 3:昭和 62 年 1 月 1 日生 (契約年齢) 32 歳 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。			
4 主契約・特約・特別		(7) リビング・ニーズ特約 2:付加する 介護前払特約 2:付加する <input checked="" type="checkbox"/> 保険金受取人等欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。			
保険種類・特約種類 C:低解約返戻金型終身保険 (低解約返戻金割合 70 %)		保険期間 1:終身 3:60歳		保険金額 500 万円	
				保険料 13,415 円	
				配当区分 2:無配当	
				払込方法 1:口座振替	
				払込経路 1:口座振替	
				保険料自動振替実行 0:希望する	
				責任開始期に関する特約 低解約返戻金期間 特定疾患保険料免除特約 2:付加する 年金支払特約 0:付加しない	
				前納保険料	
				合計保険料 13,415 円	
				払込保険料 13,415 円	
(5) 主契約・特約・特別欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。					
取扱店・募集人コード RG670-0001 (※代理店・募集人コード)		申込書受領日 令和 1 年 12 月 1 日		申込書受領日 令和 年 月 日	
				20191029 I	

(注) ご提出いただいた生命保険契約申込書類は、契約の成立・不成立にかかわらず返却いたしませんので、あらかじめご了承ください。

確認項目	確認内容
⑤被保険者 印字	<p>★氏名は自署欄と相違ないか（新旧漢字等） ・告知書と生年月日・フリガナ・性別が同一か</p> <p>★契約年齢に相違ないか (計算基準日誤りによる契約年齢相違になっていないか) ※契約年齢は契約日時点の年齢となります。責任開始期に関する特約を付加している契約の契約日は、告知日、領収日のいずれか遅い日付である「責任開始日」をもとに決定します。</p>
⑥被保険者 自署	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>その他申込書類（告知書・口座振替依頼書等）と筆跡が相違ないか</li> </ul> <p>★印字内容と相違ないか  <ul style="list-style-type: none"> <li>外国人契約の場合、公的書類のとおりに記入があるか</li> <li>訂正されている場合、被保険者（未成年の場合は親権者）による訂正署名または印があるか</li> <li>被保険者が未成年で、契約者が被保険者の親権者・後見人ではない場合、親権者欄に記入があるか</li> </ul> </p>
⑦死亡保険金 受取人・ 指定代理 請求人 (3 2 ページで受取人指定可能範囲を確認してください)	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>受取人の生年月日に誤りはないか</li> <li>訂正されている場合、契約者・被保険者両方（未成年の場合は親権者）の訂正署名または印があるか</li> <li>第三者受取人契約に該当していないか</li> <li>被保険者から見た続柄であるか (こども保険の指定代理請求人は契約者から見た続柄であるか)</li> </ul>
<p><b>ご注意ください!</b></p> <p>フリガナや続柄が誤ったまま成立してしまうと保全処理や保険金請求時に不備となり、処理が遅れてしまう可能性があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>申込書作成時にお客さまに正確なヒアリングを行うこと</li> <li>申込書記入時にお客さまに印字内容を確認いただくこと</li> <li>申込書類送付時に書類間のチェックいただくことで防ぐことが可能です。</li> </ul>	

※賃票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

# <1>生命保険契約申込書

6

SOMPOひまわり生命 生命保険契約申込書		申込番号	1097702	
主契約 低解約返戻金型終身保険		会社提出用	K31-2X	
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛		申込日	令和 年 月 日	
貴社の普通保険約款と特約条項を了承し、次の生命保険契約を申込みます。				
1 保険契約者	〒 202-0001 (電話) 080-0000-0000	「ご契約に際しての重要事項(契約概要・注意喚起情報)」「ご契約のしおり・約款」を記載のうえ、記載の重要事項についての説明を受け、その内容を了承し、悉くされたる契約のしおりに記載の個人情報を取扱いについて同意します。その際に、お客さま捺印に記載の重要事項に関する説明を口頭で受けました。		
	東京都 西東京市 ひばりが丘 1-1-1	私は米国納税義務者です。→ □ はい		
テストタロ テスト 太郎 様		保険契約者自署		
1:男性 3:昭和 61 年 7 月 1 日生 (被保険者との続柄)夫		<input checked="" type="checkbox"/> 保険契約者様の印字内容に間違いがないことを確認しました。		
お申し込みにあたっての確認	本保険契約は、貴社が承諾の通知を発した時に成立すること、また本申込後に申込者が死亡し、意思能力を有しない常況にある者となり、または行為能力の制限を受けた場合においても効力を有することについて了承・同意しました。			
2 被保険者(保険の対象の方)	1:保険契約者住所に同じ		契約内容と契約に関する重要な事項の説明を口頭で受けてその内容を了承のうえ、掲示された個人情報の取扱およびこの保険契約に同意します。	
	テストタロ テスト 花子 様		保険契約者自署	
2:女性 3:昭和 62 年 1 月 1 日生 (契約年齢) 32 歳		<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者様の印字内容に間違いがないことを確認しました。		
3 死亡保険金受取人等 指定代理請求人等	1:(フリガナ) テストタロ テスト 太郎 様 続柄 割合 人数 性別: 1:男性 生年月日: 3:昭和 61 年 7 月 1 日生 指定代理請求特約: 1:付加する		リビング・ニーズ特約 2:付加する 介護前払特約 2:付加する <input checked="" type="checkbox"/> 保険金受取人等様の印字内容に間違いがないことを確認しました。	
	2:保険契約者と同じ		9	
4 主契約・特約・特別	保険種類・特約種類 C:低解約返戻金型終身保険 (低解約返戻金割合 7.0%)		保険期間 1:終身 3:60歳 保険金額 500 万円 保険料 13,415 円 払込方法 1:口座振替 払込額 1:希望する 保険料自動 振替資材付 責任開始期に開ずる特約 低解約返戻金割合 特定疾患診断保険料免除特約 2:付加する 特約 0:付加しない 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 698 699 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 789 790 791 792 793 794 795 796 797 797 798 799 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 888 889 889 890 891 892 893 894 895 896 897 897 898 899 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 979 980 981 982 983 984 985 986 987 987 988 989 989 990 991 992 993 994 995 996 997 997 998 999 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1078 1079 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1088 1089 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1095 1096 1097 1098 1099 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1178 1179 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1188 1189 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1195 1196 1197 1198 1199 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1219 1220 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1229 1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1278 1279 1279 1280 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1288 1289 1289 1290 1291 1292 1293 1294 1295 1295 1296 1297 1298 1299 1299 1300 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1309 1310 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1319 1320 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1329 1330 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1339 1340 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1349 1350 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1359 1360 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1369 1370 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1378 1379 1379 1380 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1388 1389 1389 1390 1391 1392 1393 1394 1395 1395 1396 1397 1398 1399 1399 1400 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1409 1410 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1419 1420 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1429 1430 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1439 1440 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1449 1450 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1459 1460 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1469 1470 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1478 1479 1479 1480 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1488 1489 1489 1490 1491 1492 1493 1494 1495 1495 1496 1497 1498 1499 1499 1500 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1509 1510 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1519 1520 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1529 1530 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1539 1540 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1549 1550 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1559 1560 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1569 1570 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1578 1579 1579 1580 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1588 1589 1589 1590 1591 1592 1593 1594 1595 1595 1596 1597 1598 1599 1599 1600 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1609 1610 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1619 1620 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1629 1630 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1639 1640 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1649 1650 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1659 1660 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1669 1670 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1678 1679 1679 1680 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1688 1689 1689 1690 1691 1692 1693 1694 1695 1695 1696 1697 1698 1699 1699 1700 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1709 1710 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1719 1720 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1729 1730 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1739 1740 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1749 1750 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1759 1760 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1769 1770 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1778 1779 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1788 1789 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1795 1796 1797 1798 1799 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1819 1820 1821 1822 1	

# <1>取扱者/会社記入用紙

申込書付属用紙		取扱者／会社記入用紙		1188202	
契約者	テスト 太郎 様	申込番号	1	保険種類	低解約返戻金型終身保険
被保険者	テスト 花子 様				
1. 取扱者記入欄					
(3)代理店・募集人コード	RG670-0001	実代理店・募集人コード			
(4)選択区分	被保険者	① 告知書・無選択 ② 医師証明書 ③ ドック ④ 簡易定健便 ① 告知書・無選択 ② 医師証明書 ③ ドック ④ 簡易定健便			
本人確認区分	3. 会社記入欄のとおり	販売コード	(5)		
被保険者職業コード	990	契約者職業コード	手数料区分 0:登録どおり		
(6)紹介代理店コード					
形態コード	① 自己 ② 特定関係 ④ 募集制限先に該当するため手数料を受け取らず取扱 ⑤ その他手数料停止				
代理店営業所	カナ	コード			
代理店社員	カナ	コード			
代理店分担	① あり→代理店分担票が必要				
(7)団体扱	団体コード	団体名			
(8)団体扱	所属コード	社員コード			
(9)保全同時新契約	手続き種類	解約新契約			
金融機関コード		金融機関名			
支店コード		支店名			
取扱者氏名					
金融機関職員コード					
募集人登録番号					
CIFコード					
2. [金融機関本体代理店]取扱者用記入欄					
新事代店コード	代理店コード	裏面人コード	裏面代理店コード	裏面裏面人コード	手数料区分
前事代店コード					
新事代店					
前事代店					
※届け出されていない場合は別途「代理店分担票」をご提出ください。					
3. 会社記入欄					
特殊項目コード G 8		支換元証券番号			
①契約者の本人確認済 ②被保険者、契約者とともに本人確認済 ③後見人、契約者とともに本人確認済 ④法人と致引担当者両方本人確認済 ⑤団体扱契約で窓口担当者の本人確認済 ⑥他契約で本人確認済 ⑦200万円超で本人確認済 ⑧200万円超だが契約者直接振込 ⑨国外PEPs		成績補正 支社コード 捕正割合 振行部粗コード 捕正割合			
		⑧死亡・高度障害保険金請求権 ⑨消耗品保険金請求権・生存保険 ⑩解約返戻金および死亡保険金 支払負責の場合は返戻金請求権 未経過保険料返還請求権			
4. 本社記入欄					
1次決定 申込経路 決定結果 コード		契約者 本人確認 帳票 成立前契約確認 1次決定者 1次決定入力 2次決定者 備考欄 審査店受付日			

確認項目	確認内容
①取扱者/会社記入用紙	<b>★当帳票の提出もれが多いです！</b> <b>提出もれにご注意ください！</b>
②申込番号	<ul style="list-style-type: none"> <li>申込書と同じ申込番号が記載されているか</li> </ul>
③代理店・募集人コード、実代理店・募集人コード	<ul style="list-style-type: none"> <li>実際に募集をした募集人の代理店・募集人コードが記載されているか</li> </ul> <p><b>★実代理店・募集人コードを使用する場合、代理店・募集人コードは必ず計上用コードとなります！</b></p> <p><b>★複数の募集人で分担をする場合は、代理店分担票を提出してください！</b></p>
④選択区分	<ul style="list-style-type: none"> <li>今回の申込に該当する選択区分に○をつけてあるか</li> </ul>
⑤手数料区分	<ul style="list-style-type: none"> <li>正しい手数料区分が印字されているか</li> </ul>
⑥形態コード	<ul style="list-style-type: none"> <li>該当する場合、○をついているか</li> </ul> <p><b>★記入もれが多い箇所です！</b>  <b>該当する場合は○をつけてください。</b></p>
⑦代理店分担	<ul style="list-style-type: none"> <li>代理店分担がある場合に○をつけてあるか</li> <li>代理店分担がある場合、「代理店分担票」を作成しているか</li> </ul>
⑧団体扱	<ul style="list-style-type: none"> <li>団体コード、団体名、所属コード、社員コードが記載されているか</li> </ul>
⑨保全同時新契約	<ul style="list-style-type: none"> <li>保全同時新契約の場合、記載があるか</li> <li>解約新契約</li> <li>内容変更同時新契約</li> <li>変換契約</li> <li>解約予約新契約</li> <li>内容変更予約同時新契約</li> </ul>

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

＜2＞告知書（一般用）（告知書専用封筒が使われていない場合のみチェックしてください）

**告知書(一般用)**

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

告知書裏面の貴社の個人情報の取扱い(第三者に提供することを含みます)について内容を確認し、同意します。  
貴社が保険契約者(申込者)に対して、被保険者の告知内容・審査結果等を知らせることが、および被保険者の書類は返却されないことに同意します。  
事前に告知書を提出したうえで記入し、事実に相違ありません。  
また、コチラに記入する場合は私自身が行います。

(1) ① していただいたことにはなりません。

(2) ② は地図をうえで記入し、事実に相違ありません。

(3) ③ 様

(4) ④ 生年月日 (昭和/平成/令和) 年 月 日

(5) ⑤ 身長 [ ] cm 性別 ⑥ 男 ⑦ 女

(6) ⑥ 体重 [ ] kg 年齢 [ ] 歳 ⑦ 万円

(7) 被保険者が15歳未満の場合、被保険者の配偶者・後見人全員が右欄内に名前の方、その代わりに記入ください。  
被保険者・後見人氏名 (白紙) ⑧ 被保険者との続柄 様 (白紙) 被保険者との続柄 様 (白紙) 後見人

以下の質問事項について「いいえ」「はい」「健康診断・人間ドックを受けていない」のいずれかに○をしてください。  
また1~5の被保険者の告知が「はい」の場合、「A」「B」「C」いずれかに○を記入してください。

質問事項(すべての方)		被保険者の告知
1	最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。 ▲「健診診断・人間ドック(再検査・精密検査も含む)」「異常指摘を受けなかったコンタクトレンズ処方時や乳幼児健診・妊娠健診(正常妊娠)」は除ります。	9 いいえ はい
2	過去5年内の病気やけがについておうかがいします。 ①入院したこと、または手術を受けたことがありますか。 ▲「入院」には人間ドックのための「入院」は除ます。手術とはレーザー・内視鏡・カテーテルによるものを含みます。 ②7日間以上にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは7日分以上の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。 ▲「7日間以上」とは、初診から最後に診察を受けた日が7日間以上である場合を指します。 再検査・精密検査・定期的な検査・診療を受けている場合も告知が必要です。	いいえ はい
3	今までに、がん(悪性新生物・悪性腫瘍)または上皮内がんにかかったことがありますか。 ▲「がん」には、白血病・骨髄癌・悪性しづか癌・肉瘤を含みます。 ▲「上皮内がん」には、子宮頸癌高度異形成または病理組織診断CIN3を含みます。	いいえ はい
4	過去2年内に、健康診断・人間ドックを受けて、異常(要再検査・要精密検査・要治療)を指摘されたことがありますか。 ▲「健診診断・人間ドック」とは健診維持・病気の早期発見のための診察・検査をいい、白覚的に受診した「基本健診診断」「がん検診」「脳ドック」「PET検診」などの検査や検査を含みます。	いいえ はい 健診診断・人間ドックを受けていない
5	身体の麻痺がないについておうかがいします。 ①視力・聴力・言語・しゃべり機能に障がいがありますか。②手・足・指について欠損または機能に障がいがありますか。③背骨(脊柱)に変形や麻痺がありますか。 ▲「手」とは肩関節から手首までの上肢、また「足」とは股関節から足指までの下肢をいいます。	いいえ はい
6	過去1年内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがありますか。 ▲喫煙・タバコ商品は紙巻タバコ・葉巻・パイプ・喫みタバコ・喫ぎタバコ・ニコチンガム・ニコチンパッチ、電子タバコ・加熱式タバコ等を含みます。 ※被保険者特約料を付加できない保険種類の場合、またたばこせん・保険(C2)・がん治療専門会社・経済がん・保険(C3)・がん診断専門会社・安価保険(V1)・就労不能・介護保険型(V1)に加入しない場合、参考事項にさせていただきます。	いいえ はい
7	18歳以上の女性におうかがいします。現在、妊娠していますか。	いいえ はい
質問事項(介護一時金特約・医療用介護年会特約・医療用複合生活障害保険特約を付加、または総合生活障害保険・無解約返戻金型複合生活障害保険・変額保険(V1)(就労不能・介護保険型)に加入される場合のみ)		被保険者の告知
8	現在、以下①~⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 ①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排泄	いいえ はい
9	40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。	いいえ はい

「はい」に該当する場合は、介護一時金特約・医療用介護年会特約・医療用複合生活障害保険特約を付加、または総合生活障害保険・無解約返戻金型複合生活障害保険・変額保険(V1)(就労不能・介護保険型)にご加入いただくことをお勧めします。

確認項目	確認内容
①申込番号	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>申込書と同じ申込番号が記入されているか</li> </ul>
②告知日	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>未来日付になっていないか</li> <li>有効期限切れになっていないか</li> </ul> <p style="color: red;">★誤って生年月日を記入していないか</p>
③被保険者 氏名	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>申込書の被保険者と同一人、同一筆跡か</li> </ul>
④生年月日	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>申込書と同一生年月日か</li> </ul> <p style="color: red;">★誤って告知日を記入していないか</p>
⑤身長・体重	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> </ul>
⑥性別	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>申込書と同一性別か</li> </ul>
⑦年収	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> </ul>
⑧親権者・ 後見人氏名/ 続柄	<ul style="list-style-type: none"> <li>15歳未満かつ契約者が被保険者の親権者・後見人ではない場合、記入があるか</li> </ul>
⑨被保険者の 告知	<ul style="list-style-type: none"> <li>○もれがないか</li> <li>「はい」→「いいえ」に訂正されている場合、被保険者（未成年の場合には親権者）による訂正署名または印があるか</li> </ul>

「はい」に該当する場合は、介護一時金特約・医療用介護年金特約・医療用総合生活障害保険特約を付加、または総合生活障害保険・無解約返戻金型総合生活障害保険・変額保険(V1)(就労不能・介護保険型)をご加入いただくことはできません。

七 告知書記入欄に、ミシン目に沿って切り取り、ご提出ください。

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

## <2> 告知書（一般用）（告知書専用封筒が使われていない場合のみチェックしてください）

A	詳細内容1 病気やけがの正式診断名・部位・検査名		詳細内容2 病気やけがの正式診査名		<p><b>⑩</b></p> <p>病気やけがの名前により、原因等のより細かい内容の告知をお願いしております。本欄を必ずご記入ください。</p> <p>左記欄内に記入できない箇所等の詳しい内容は、改めて要約や3つ以上の詳細がある場合、下記スペースにご記入ください。 糖尿病の場合は、インスリン治療の有無をご記入ください。</p>		
	単位	検査名	単位	検査名			
	医療機関名						
	受診開始時期 年 月 から 年 月 から						
	現在の状況		全治	全治時間 年 月		全治	全治時間 年 月
			○全治	○治癒中		○全治	○治癒中
			○経過観察中			○経過観察中	
	入院時期・期間		入院なし	入院時間・期間 年 月 (日間)		入院なし	入院時間・期間 年 月 (日間)
			○入院なし	○入院あり		○入院なし	○入院あり
	手術時期・手術名・部位		手術なし	手術時間 年 月		手術なし	手術時間 年 月
		○手術なし	○手術あり	○手術なし	○手術あり		
後遺症・合併症		後遺症・合併症なし	詳細内容	後遺症・合併症なし	詳細内容		
		○後遺症・合併症なし	○後遺症・合併症あり	○後遺症・合併症なし	○後遺症・合併症あり		
<b>▼上記で病気の名前が、高血圧症、高脂血症・脂質異常症、高尿酸血症・痛風、貧血の場合のみ、該当する病気について下記もあわせてご記入ください。</b>							
高血圧症		高脂血症・脂質異常症		高尿酸血症・痛風			
最大(収縮期)血圧 (mmHg)	最小(拡張期)血圧 (mmHg)	総コレステロール (mg/dl)	HDLコレステロール (mg/dl)	尿酸(UA) (mg/dl)	ヘモグロビン(Hb) (g/dl)		
医療機関での測定値					赤血球数(RBC) (10 <sup>6</sup> /ml)		
直近の測定時期 年 月		年 月		年 月 年 月			
B	詳細内容1 健診名・人間ドック結果		詳細内容2 年 月		<p>検査名と検査結果について右表の記入例を参考してご記入ください。</p> <p>検査名・部位</p> <p>検査結果(数値・所見)</p> <p>再検査・精密検査を受けた場合は下記もご記入ください。</p> <p>再・精密検査受診時期 年 月</p> <p>下記①②のいずれかに○をしてください。</p> <p>① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要なといわれた</p> <p>② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた</p> <p>検査名・部位</p> <p>検査結果(数値・所見)</p> <p>具体的な指示内容</p>		
	健康診断・人間ドックの異常指摘について		年 月				
			検査名と検査結果について右表の記入例を参考してご記入ください。				
			検査名・部位				
			検査結果(数値・所見)				
	再・精密検査受診時期 年 月						
			下記①②のいずれかに○をしてください。				
			① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要なといわれた				
			② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた				
			検査名・部位				
		検査結果(数値・所見)					
		具体的な指示内容					
C	障がいのある部位・原因		障がいのある部位 原因 症状の固定時期 年 月		<p>取扱者記入欄 (追加・再点検)(評議会あり)</p> <p>2104706</p>		
	障がいのある程度・詳細		障がいのある場合は左右の欄に記入 障害等級(認定を受けている場合) 級				
(22060090) 100500-1500 (23.03)							

確認項目	確認内容
⑩告知詳細内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑨「被保険者の告知」に対し、記入もれや記入誤りがないか</li> <li>年月は未来日付になっていないか</li> <li>発病時期や治療開始期等の日付が逆順になっていないか</li> </ul>

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

### ＜3＞取扱者の報告書

SOMPOひまわり生命保険		申告番号				
報 告 者 の 報 告 書						1322903
<b>(1)</b> ⑤:30取扱い本人およびその同居の親族		被保険者が「当社の生命保障募集人登録がある方本人またはその同居の親族」の場合は○をしてください。				
<b>(2)</b> ① オンライン募集		オンライン募集の場合は○をしてください。				
意向把握の状況(内容確認のうえ、○をしてください)						
<b>(3)</b> 実施済		お客様の当初意向に沿った提案および当該プランとの関係性を説明し、当初意向と最終意向の比較ならびに両者が相違する場合はその相違点や相違が生じた経緯について説明しご理解いただきました。また、意向把握に係る書面等は適切に保存しました。				
<b>(4)</b> 未実施						
<b>(5)</b> 法人契約の保険契約者		① 法人事業所で直接 ② 他の役員 ③ その他( )				
<b>(6)</b> 未実施		① 体調 ② 退職予定 ③ 会社加入済 ④ その他( ) ⑤ 常勤				
<b>(7)</b> 未実施		① 全ての被保険者が面接 ② 会議等で被保険者全員に説明 ③ 「説明書」配布により書面で説明				
<b>(8)</b> 未実施		① 全ての被保険者が面接のうえ説明 ② 会議等で被保険者全員に説明 ③ 「説明書」配布により書面で説明				
その他の必要に応じて記入)						
<b>(9)</b> 未実施		① 医師級の場合、診療の実績(予定日)社員・募集人実績の二種類の検査の場合は、コチニル(予定日)				
<b>(10)</b> 未実施		① 全時申込(同一被保険者または同一保険契約者の申込番号)				
<b>(11)</b> 未実施		② 受診済、提出済の医的資料(流用)				
<b>(12)</b> 未実施		③ 保険契約書・被保険者・受取人・指定代理請求人のいずれかが外出治療の場合、右記について確認しました。				
<b>(13)</b> 未実施		④ その他の申込欄 ⑤ 一次通院で気付いた点(宿泊、生活状態等)、海外渡航予定等を記入 ⑥ その他補足事項を記入				
取扱者自署欄						
私は取扱者として、本件に關して下記事項を遵守し、過正な報酬を行なうことを誓約します。 ○被保険者および被保険者双方に面接をし、前回同様は本人確認書類により本人であることを確認しました。 ○「契約に際しての重要事項」(契約条件・注記事項情報)または「契約終了前交付書類」(契約概要・注記事項情報)」-「特別別約(せりより)」等を手元に保管して確認しました。 ○「契約(せりより)」丹念を希望されたお客さまには、冊子を作成しました。 ○「契約(せりより)」の複数枚を複数枚提出して貰いました。						代理店使用備考
本件に記載した内容は、取扱者として責任をもつて公正正直に記載したものに拘りありません。						営業店受付日
報告日	令和 年 月 日	自署	請書類へ印字にて記入ください			
						(22070051)801542-1400 (23.03)

確認項目	確認内容
①申込経路	・被保険者が「当社の生命保険募集人登録がある方本人またはその同居の親族」の場合、○があるか
②募集方法	・オンライン募集の場合、○があるか
③意向把握の状況	★○もれがないか
④個人・個人事業主 契約の保険契約者	・記入があるか ・有職者の場合、勤務先の記入があるか ・判読不能な文字ではないか
⑤法人契約の 保険契約者	・記入があるか
⑥被保険者	★契約者≠被保険者の場合、記入があるか ・法人契約で被保険者が役員の場合 「地位・役職」に「役員」と記入があるか
⑦仮査定	・仮査定を実施している場合、 「実施済」に○をつけてあるか
⑧終身がん保険(C2) または(C3)への解 約新契約または解約 予約の場合	★○もれがないか
⑨報告日	・記入があるか ・未来日付、面接日より過去日付になっていないか
⑩取扱者の自署	★記入があるか ・判読不能な文字ではないか

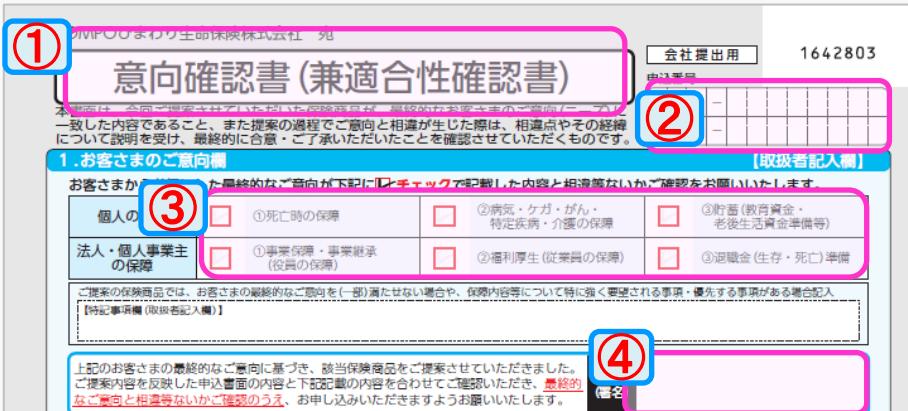
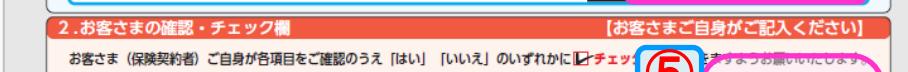
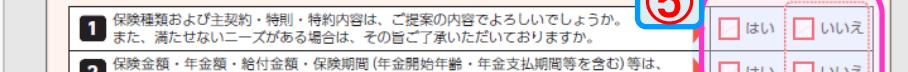
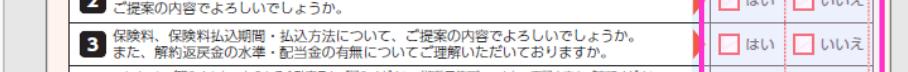
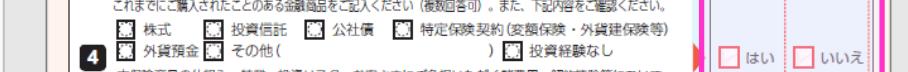
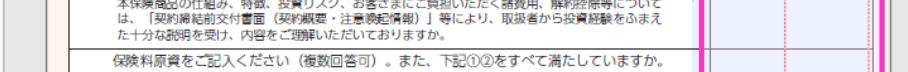
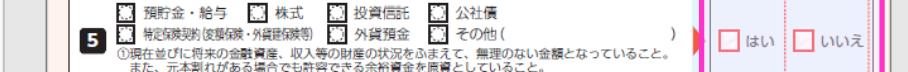
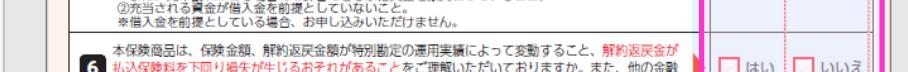
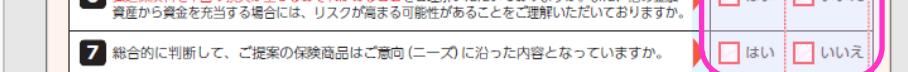
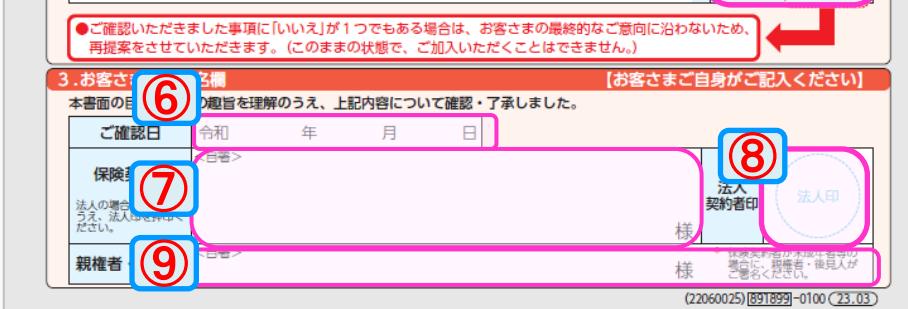
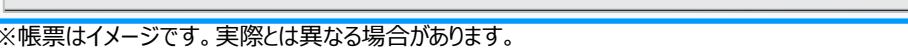
※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛		会社提出用 申込番号	1640007												
<h3 style="text-align: center;">意 向 確 認 書</h3>															
<p>本画面は、今回ご提案させていただいた保険商品が、最終的なお客様のご意向（二つ一致した内容であること、また提案の過程でご意向と相違が生じた際は、相違点やその経緯について説明を受け、最終的に合意・ご了承いただいたことを確認させていただくもの）です。</p>															
<p><b>①お客様のご意向欄</b> [取扱者記入欄]</p> <p>お客様からお伺いした最終的なご意向を、下記に☑チェックで記載させていただきました。 最終的な□ 違等ないかご確認をお願いいたします。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">個人の...</td> <td><input type="checkbox"/> ①死亡時の保障</td> <td><input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特徴疾病・介護の保障</td> <td><input type="checkbox"/> ③蓄蓄（教育資金・老後生活資金準備等）</td> </tr> <tr> <td>法人・個人事業主の保障</td> <td><input type="checkbox"/> ④事業保険・事業延承（役員の保障）</td> <td><input type="checkbox"/> ⑤雇用厚生（従業員の保障）</td> <td><input type="checkbox"/> ⑥退職金（生存・死亡）準備</td> </tr> </table> <p>ご提案の保険商品では、お客様の最終的なご意向を（一部）満たせない場合や、保障内容・保険期間・保険料・保険金額などについて特に強く要望される事項・優先する事項がある場合は記入</p> <p>【特記事項欄】 [取扱者記入欄]</p>				個人の...	<input type="checkbox"/> ①死亡時の保障	<input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特徴疾病・介護の保障	<input type="checkbox"/> ③蓄蓄（教育資金・老後生活資金準備等）	法人・個人事業主の保障	<input type="checkbox"/> ④事業保険・事業延承（役員の保障）	<input type="checkbox"/> ⑤雇用厚生（従業員の保障）	<input type="checkbox"/> ⑥退職金（生存・死亡）準備				
個人の...	<input type="checkbox"/> ①死亡時の保障	<input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特徴疾病・介護の保障	<input type="checkbox"/> ③蓄蓄（教育資金・老後生活資金準備等）												
法人・個人事業主の保障	<input type="checkbox"/> ④事業保険・事業延承（役員の保障）	<input type="checkbox"/> ⑤雇用厚生（従業員の保障）	<input type="checkbox"/> ⑥退職金（生存・死亡）準備												
<p>上記のお客様の最終的なご意向に基づき、該当保険商品をご提案させていただきました。 ご提案内容を反映した申込書面の内容と下記記載の内容を合わせてご確認いただけます。最終的なご意向と相違ないかご確認のうえ、お申し込みいただきますようお願いいたします。</p> <p><b>④</b></p>															
<p><b>②お客様の確認・チェック欄</b> [お客様ご自身がご記入ください]</p> <p>ご提案内容がお客様の最終的なご意向と一致した内容となっているか、<b>お客様（契約者）ご自身が各項目内容を確認のうえ、「はい」「いいえ」のいずれかに☑チェックをいただきますようお願いします。</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">① 保険種類および主契約・特則・特約内容は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。</td> <td><input type="checkbox"/> はい</td> <td><input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>② 保険金額・年金額・給付金額・保険期間（年金開始年齢・年金支払期間等を含む）等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。</td> <td><input type="checkbox"/> はい</td> <td><input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>③ 保険料・保険料払込期間・払込方法は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。</td> <td><input type="checkbox"/> はい</td> <td><input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>④ 解約返戻金の水準・配当金の有無についてご理解いただいておりますか。</td> <td><input type="checkbox"/> はい</td> <td><input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> </table> <p>●ご確認いただきました事項に「いいえ」が1つでもある場合は、お客様の最終的なご意向に沿わなかったため、再提案をさせていただきます。（このままの状態で、ご加入いただくことはできません。）</p> <p><b>⑤</b></p>				① 保険種類および主契約・特則・特約内容は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	② 保険金額・年金額・給付金額・保険期間（年金開始年齢・年金支払期間等を含む）等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	③ 保険料・保険料払込期間・払込方法は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	④ 解約返戻金の水準・配当金の有無についてご理解いただいておりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
① 保険種類および主契約・特則・特約内容は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ													
② 保険金額・年金額・給付金額・保険期間（年金開始年齢・年金支払期間等を含む）等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ													
③ 保険料・保険料払込期間・払込方法は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ													
④ 解約返戻金の水準・配当金の有無についてご理解いただいておりますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ													
<p><b>③お客様の署名欄</b> [お客様ご自身がご記入ください]</p> <p>本画面の<b>⑥</b>の趣旨を理解のうえ、上記内容について確認・了承しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ご確認日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>保険契約者</td> <td>法人契約者印</td> </tr> <tr> <td>親権者</td> <td>法人印</td> </tr> <tr> <td>親権者</td> <td>法人印</td> </tr> </table> <p>*1 保険契約者が法人の場合は、配名のうえ、法人印を押印ください。 *2 保険契約者が未成年者等の場合に、親権者・後見人がご署名ください。</p> <p>《お客様へのお願い》 ご署名をいただきましたら、必ず本書面と申込書のご契約者様控を、お受け取りのうえ保管ください。</p> <p>会社提出用 申込番号 1640007 営業店受付日 本社担当者 会社提出用 (22080068) (201583) 0802 (25, 03)</p>				ご確認日	令和 年 月 日	保険契約者	法人契約者印	親権者	法人印	親権者	法人印				
ご確認日	令和 年 月 日														
保険契約者	法人契約者印														
親権者	法人印														
親権者	法人印														

確認項目	確認内容
①意向確認書	変額保険の場合、当該帳票は使用できません。P12をご参照ください。
②申込番号	<ul style="list-style-type: none"> <li>申込書と同じ申込番号が記入されているか</li> <li>複数記入されている場合、全て同時申込契約か</li> </ul>
③お客様のご意向欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>チェックもれはないか</li> <li>★申込み内容と比較して、チェック箇所に誤りはないか</li> <li>訂正されている場合、契約者（未成年の場合親権者）または取扱者による訂正署名または印があるか</li> </ul>
④取扱者の署名	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>判読不能な文字ではないか</li> </ul>
⑤お客様の確認・チェック欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>全て「はい」にチェックがあるか</li> <li>訂正されている場合、契約者（未成年の場合親権者）による訂正署名または印があるか</li> </ul>
⑥ご確認日	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>申込日の同日以前か</li> <li>訂正されている場合、契約者（未成年の場合親権者）による訂正署名または印があるか</li> </ul>
⑦保険契約者	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>申込書と同一人、同一筆跡か</li> <li>訂正されている場合、契約者（未成年の場合親権者）による訂正署名または印があるか</li> </ul>
⑧法人契約者印	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人契約の場合、申込書と同一の法人印があるか</li> </ul>
⑨親権者・後見人	<ul style="list-style-type: none"> <li>契約者が未成年で、被保険者が契約者の親権者・後見人ではない場合、記入があるか</li> <li>申込書と同一人の場合、同一筆跡か</li> </ul>

# <4>意向確認書（兼適合性確認書）（変額用）

12

<p><b>①</b> </p> <p>会社提出用 1642803 申込番号</p> <p><b>②</b> </p> <p><b>③</b> </p> <p><b>④</b> </p> <p><b>⑤</b> </p> <p><b>⑥</b> </p> <p><b>⑦</b> </p> <p><b>⑧</b> </p> <p><b>⑨</b> </p>	<p><b>⑩</b> </p> <p>会社提出用 1642803 申込番号</p> <p><b>⑪</b> </p>
--	---

確認項目	確認内容
①意向確認書（兼適合性確認書）	<ul style="list-style-type: none"> <li>「変額保険」の申込で使用されているか</li> </ul> <p><b>★変額保険と変額保険以外の保険種類の同時申込の場合、意向確認書（兼適合性確認書）と意向確認書（現行のとおり）、両方の取り付けがされているか</b></p>
②申込番号	<ul style="list-style-type: none"> <li>申込書と同じ申込番号が記入されているか</li> <li>複数記入されている場合、全て同時申込契約か</li> </ul>
③お客様のご意向欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>チェックもれはないか</li> </ul> <p><b>★申込み内容と比較して、チェック箇所に誤りはないか</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訂正されている場合、契約者または取扱者による訂正署名または印があるか</li> </ul>
④取扱者の署名	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>判読不能な文字ではないか</li> </ul>
⑤お客様の確認・チェック欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>全て「はい」にチェックがあるか</li> <li>訂正されている場合、契約者による訂正署名または印があるか</li> </ul>
⑥ご確認日	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>申込日の同日以前か</li> <li>訂正されている場合、契約者による訂正署名または印があるか</li> </ul>
⑦保険契約者	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>申込書と同一人、同一筆跡か</li> <li>訂正されている場合、契約者による訂正署名または印があるか</li> </ul>
⑧法人契約者印	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人契約の場合、申込書と同一の法人印があるか</li> </ul>
⑨親権者・後見人	<ul style="list-style-type: none"> <li>契約者が未成年で、被保険者が契約者の親権者・後見人ではない場合、記入があるか</li> <li>申込書と同一人の場合、同一筆跡か</li> </ul>

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

確認項目	確認内容
①フリガナ	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>訂正がある場合、届出印での訂正か</li> <li>判読不能な文字ではないか</li> </ul>
②口座名義人	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> </ul> <p style="color: red;"><b>★(契約者=口座名義人の場合)申込書の契約者と相違していないか</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訂正がある場合、届出印での訂正か</li> </ul>
③金融機関 お届け印	<ul style="list-style-type: none"> <li>押印またはサインがあるか</li> <li>押印またはサインがない場合、金融機関届出印の登録が必要のない金融機関か</li> </ul>
④口座名義人 続柄	<ul style="list-style-type: none"> <li>○もれがないか</li> </ul>
⑤保険契約者	<p>(契約者≠口座名義人の場合)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>申込書の契約者と同一人か</li> <li>訂正がある場合、契約者による訂正署名または印があるか</li> </ul>
⑥指定口座 情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>訂正がある場合、届出印での訂正か</li> <li>ゆうちょ銀行の場合、通帳番号の末尾が「1」になっているか</li> </ul> <p style="color: red;"><b>★ゆうちょ銀行以外の金融機関を指定している場合、ゆうちょ銀行欄に口座番号を誤記入していないか</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>判読不能な文字（数字）ではないか</li> </ul>
⑦既契約流用	<p style="color: red;"><b>★記入がある場合、流用可能な既契約口座か（「既契約の契約者=口座名義人=新契約の契約者」の有効契約か）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訂正がある場合、契約者による訂正署名または印があるか</li> <li>法人契約の場合、2枚目に押印があるか</li> </ul>
⑧申込番号	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>記入されている申込番号は正当か</li> <li>複数記入の場合、同時申込か</li> <li>1つの欄に1件分の申込番号が記載されているか（6件以上の場合は口座振替依頼書を複数枚取付ける）</li> <li>既契約と同時に変更する場合は「既契約同時変更」に○があるか</li> </ul>

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

# <5>預金口座振替依頼書 2枚目（保険会社用）

14

**預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収・加)**

SOMPOひまわり生命保険株式会社 完  
SOMPOひまわり生命保険株式会社との約定および預金口座振替規約(ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規約)を了承のうえ、  
印鑑(白墨印)を依頼します。また、個人情報の取扱いに同意します。

① 申込日 (記入日) 令和 年 月 日	契約者名 登録の口座名義人名・フリガナを正確にご記入ください。	3117507												
② 口座名義人 <b>⑨</b>	③	□印鑑レス口座												
④ 保険契約者からみた口座名義人の続柄 ①本人 ②配偶者 ③親子	□座名義人と異なる場合、保険契約者のお名前をご記入ください ← 法人契約者印													
⑤ いずれかを記入ください a 金利引替開 b 金利引替終 c 銀行	⑥ 記号 コード 9900	⑦ 指定口座 記入欄 既契約と同一の口座を指定 既契約の保険契約者が既契約の保険契約者および口座名義人同一であること 既契約が現在払込処理中であること 既契約の保険契約者が既契約の保険契約者および口座名義人同一であること 既契約が現在払込処理中であること												
⑧ 合算請求 同一預金口座から2件以上のご契約の保険料を合算して振り替えます。 希望しない場合は、右欄 <b>⑩ 希望しない</b> に○印をご記入ください。	⑨ フリガナ ⑩ 口座名義人 ⑪ 法人契約者印 ⑫ 指定口座情報 ⑬ 既契約流用													
<table border="1"> <tr> <td>一般口座(L:CSS) 委託者コード 943000411</td> <td>申込番号・証券番号・団体コード (左づめでご記入ください)</td> <td>IPC(団体貸) 差替分 既契約同時変更</td> </tr> <tr> <td>一括申込番号・証券番号始番</td> <td>一括申込番号・証券番号終番</td> <td>団体貸個人口座(I:CSS特印) 9510 団体コード</td> </tr> <tr> <td>金融機関確認印</td> <td>金利引替開 コード 9900</td> <td>団体保険証券番号 [本社使用欄] (既契約) 変更希望年月 本社到着日の翌月を記載 令和 年 月</td> </tr> <tr> <td>取扱者記入欄</td> <td>金利引替終</td> <td>営業店受付 本社受付</td> </tr> </table>			一般口座(L:CSS) 委託者コード 943000411	申込番号・証券番号・団体コード (左づめでご記入ください)	IPC(団体貸) 差替分 既契約同時変更	一括申込番号・証券番号始番	一括申込番号・証券番号終番	団体貸個人口座(I:CSS特印) 9510 団体コード	金融機関確認印	金利引替開 コード 9900	団体保険証券番号 [本社使用欄] (既契約) 変更希望年月 本社到着日の翌月を記載 令和 年 月	取扱者記入欄	金利引替終	営業店受付 本社受付
一般口座(L:CSS) 委託者コード 943000411	申込番号・証券番号・団体コード (左づめでご記入ください)	IPC(団体貸) 差替分 既契約同時変更												
一括申込番号・証券番号始番	一括申込番号・証券番号終番	団体貸個人口座(I:CSS特印) 9510 団体コード												
金融機関確認印	金利引替開 コード 9900	団体保険証券番号 [本社使用欄] (既契約) 変更希望年月 本社到着日の翌月を記載 令和 年 月												
取扱者記入欄	金利引替終	営業店受付 本社受付												

(23010001) 840812-0607 収納 (23.09) 改版 KH

確認項目	確認内容
⑨フリガナ	<ul style="list-style-type: none"> <li>複写されているか</li> <li>訂正がある場合、届出印での訂正か</li> </ul>
⑩口座名義人	<ul style="list-style-type: none"> <li>複写されているか</li> <li>★法人ゴム印を使用している場合、 2枚目にも押印があるか</li> <li>訂正がある場合、届出印での訂正か</li> </ul>
⑪法人契約者印	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人契約の場合、申込書と同一の 法人印の押印があるか</li> </ul>
⑫指定口座情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>複写されているか</li> <li>★訂正がある場合、届出印での訂正か (2枚目の訂正印もれが多いので注意)</li> </ul>
⑬既契約流用	<ul style="list-style-type: none"> <li>既契約口座を流用する場合、複写さ れているか</li> <li>★法人ゴム印を使用している場合、 2枚目にも押印があるか</li> <li>法人契約の場合申込書と同一の法人 印の押印があるか</li> </ul>

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

## &lt;6&gt;本人確認書（法人用）

SOMPOひまわり生命保険株式会社 空		0113007
<b>本人確認書【法人用】</b>		
<p>犯罪による収益の移転防止に関する法律（犯罪収益移転防止法）にもとづき、 次の確認を行いました。</p>		
確認日時 <b>①</b>	年 月 日 <input type="text"/> 時 <input type="text"/> 分	記入日: 令和 年 月 日
確認者 <b>②</b>		
<p>該当する箇所にチェック（レ点）およびご記入ください。</p>		
対象種目 <b>③</b>	<input type="checkbox"/> 保険会員 <input type="checkbox"/> 一時払金還元型終身保険 <input type="checkbox"/> 一時払定期保険（終身型） <input type="checkbox"/> 保険契約の変更 <input type="checkbox"/> 保険契約者の変更 <input type="checkbox"/> 契約者貸付 <input type="checkbox"/> 年金・満期返済金または解約による現金等の支払い <input type="checkbox"/> 200万円超の現金または持参人払式小切手による保険料等入金または貸付返済 <input type="checkbox"/> その他（記入欄）	
取引目的 <b>④</b>		
<p><input type="checkbox"/> 本人確認済みの当社契約有無の確認（ただし、平成28年10月1日以降に本人確認した契約に限ります。） ※実質的支配者は、現在在籍するP.E.P.sに該当する方は「無」を選択し、下記□をご記入ください。</p>		
本人確認済の既契約 <b>⑤</b>	<input type="checkbox"/> ②[空] [有] <input type="checkbox"/> 本契約は別契約で本人確認をしており、 <input type="checkbox"/> およ  証券番号 <small>[3]の内に変更がないことを確認しました。</small>	
法人等（個人・団体） <b>⑥</b>	<input type="checkbox"/> 団体・人格のない社団・財団等を含む <input type="checkbox"/> および団体保険の特定事項 <small>法人の区分</small> <input type="checkbox"/> 小会社・財団 → <input type="checkbox"/> ★の項目および□を記入 <small>法人へ→□おもて□おもて□記入</small>	
名称・本店等の所在地 <b>⑦</b>	<input type="checkbox"/> 本店等の所在地 <input type="checkbox"/> 本店等の所在地と異なる（記入のとおり） <small>（記入のとおり）</small>	
法人登録情報 <b>⑧</b>	<input type="checkbox"/> 登記年月日	
本人確認書類 <b>⑨</b>	<input type="checkbox"/> 詳細情報	
事業内容★ <b>⑩</b>	<input type="checkbox"/> 事業内容	
事業内容の確認書類★ <b>⑪</b>	<input type="checkbox"/> 詳細情報	
実質的支配者 <b>⑫</b>	<input type="checkbox"/> 本店等の所在地 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> ⑪のA～H記入 <input type="checkbox"/> 離島の場合は□を記入 <small>（記入のとおり）</small> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
<p><input type="checkbox"/> 取引担当者の本人特定事項 公的の届出書類の原本の提示を受け、確認のうえご記入ください。</p>		
住所 法人登録の届出書類 <b>⑬</b>	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 市区町村	
本人確認書類 <b>⑭</b>	<input type="checkbox"/> 詳細情報	
取引担当者の方 認めた確認方法 <b>⑮</b>	<input type="checkbox"/> 本店以外のみ <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他（具体的に：）	
本人確認書類の氏名・住所が現在の氏名・住所と異なる場合 <b>⑯</b>	<input type="checkbox"/> 住所が異なる場合 <input type="checkbox"/> 他の記入欄	
代理店印鑑 <b>⑰</b>	<input type="checkbox"/> 営業店受付日 <input type="checkbox"/> 本社担当者	
保険会社使用欄 <b>⑱</b>	<input type="checkbox"/> お客様から本人特定事項等の変更の申し出	
<p>確認書類日 令和 年 月 日</p> <p>申込番号・証券番号</p> <p>契約者名</p> <p>確認印</p> <p>当契約は、下記欄に[該当するため本人確認対象でないことを確認しました]。      該当する取引にチェック（レ点）をしてください。  <input type="checkbox"/> 保険契約者・団体からの会社口座への振込  <input type="checkbox"/> 購買小切手の受領  <input type="checkbox"/> 購買者にて初回保険料を徴収（責任開始前に開設する特約付加契約）</p> <p>890113 C21.03</p>		

確認項目	確認内容
①確認日時	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> </ul>
②確認者	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>取扱者の報告書の取扱者と確認者が相違していないか           <ul style="list-style-type: none"> <li>* 本人確認を当社社員が行っている場合、共同募集の場合⇒相違していても不問</li> <li>* 契約者が当社代理店の場合は、当社社員が本人確認を実施する必要あり</li> </ul> </li> </ul>
③対象種目、取引目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>レ点記入が正しくあるか</li> </ul>
④申込番号/証券番号	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> </ul>
⑤本人確認済の既契約	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか           <ul style="list-style-type: none"> <li>* 「有」の場合、記入した証券番号は、平成28年10/1以降に本人確認した有効な既契約か、また「他契約で本人確認済」の契約ではないか</li> </ul> </li> </ul>
⑥法人の区分	<ul style="list-style-type: none"> <li>レ点記入が正しくあるか</li> </ul>
⑦名称・本店等の所在地	<ul style="list-style-type: none"> <li>レ点記入が正しくあるか</li> <li>異なる場合、所在地の記入があるか</li> </ul>
⑧本人確認書類と現在所在地が異なる場合の確認書類（発行後6か月以内）、本人確認書類の氏名・住所が現在の氏名・住所と異なる場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>レ点記入が正しくあるか</li> <li>発行者の記入があるか</li> <li>発行年月日は確認日時から6カ月以内か</li> </ul>
⑨本人確認書類、事業内容の確認書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> <li>確認書類番号に即した詳細情報※の記入があるか</li> <li>確認書類の発行年月日は確認日時から有効期限内か※</li> <li>※別紙1「本人確認で利用できる公的確認書類参照</li> </ul>
⑩事業内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>レ点記入が正しくあるか</li> </ul>
⑪実質的支配者	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> </ul>
⑫氏名、生年月日、法人・団体との関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入があるか</li> </ul>
⑬取引担当者と認めた確認方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>レ点記入が正しくあるか</li> </ul>
⑯～⑰ 共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>訂正されている場合、確認者による訂正署名または印があるか</li> </ul>

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

# <6>本人確認書（個人用）

16

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

0111003

本人確認書【個人用】			
記入日: 令和 年 月 日			
「犯罪による収容に関する法律」(犯罪収益移転防止法)にもとづき、次のとおり本人確認を行いました。			
確認対象者	<input type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 受取人 <input type="checkbox"/> その他( )	確認者	(2)
確認日時	令和 年 月 日 (午前) (午後) 時		
該当する箇所にチェック(レ点)およびご記入ください。			
対象種目	<input type="checkbox"/> 妻老保険 <input type="checkbox"/> 妻老保険特約 <input type="checkbox"/> 妻老保険(有期型) <input type="checkbox"/> 一時払終身保険 <input type="checkbox"/> 申込番号/証券番号 <input type="checkbox"/> 入保険 <input type="checkbox"/> 一時払無選択型終身保険 <input type="checkbox"/> 一時払変額保険(終身型) <input type="checkbox"/> コマチ万円超の現金または持参人払式小切手による取引 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )		
取引目的	<input type="checkbox"/> 向保険証書のとおり <input type="checkbox"/> 保険契約内容の変更 <input type="checkbox"/> 保険契約者の変更 <input type="checkbox"/> 契約者貸付 <input type="checkbox"/> 年金 (満期保険金または解約返戻金等の支払い) <input type="checkbox"/> 200万円超の現金または持参人払式小切手による保険料等入金または貸付返済 <input type="checkbox"/> その他(具体的に: )		
① 外国PEP (確認対象者・後見人の場合は不要)	<input type="checkbox"/> に該当します。※別紙の提出必要		
② 外国PEPs	<input type="checkbox"/> に該当します。※別紙の提出必要		
③ 本人確認済みの既契約	<input type="checkbox"/> に該当します。※過去の本人確認で外国PEPsに該当していた方は「無」を選択し、下記④を記入ください。		
④ 本人特定事項	※公的証明書の原本の提示を受け、確認のうえご記入ください。		
氏名・住所 生年月日	⑤ 保全請求書等と同一 (氏名) <input type="checkbox"/> 申込書・保全請求書等と異なる (住所) 右記のとおり → 保全請求書等と異なる場合、右記のとおり記入してください。	⑥ (生年月日) CT. (西暦) 年 月 日	
本人確認書類の氏名・住所が現在の氏名・住所と異なる場合	<input type="checkbox"/> 場合 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 公共料金の領収証書(電気・ガス・水道・固定電話) <input type="checkbox"/> 社会保険料の領収証書(国民健康保険/介護保険) <input type="checkbox"/> その他(具体的に: ) 発行年月 力合(内)		
職業	<input type="checkbox"/> 団体職員 <input type="checkbox"/> 会社役員/団体役員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 個人事業主/自営業 <input type="checkbox"/> 生年月/生年月 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> アルバイト/派遣社員/契約社員 <input type="checkbox"/> 退職された方/無職の方 <input type="checkbox"/> その他( )		
本人確認書類	⑦発行名: 保険会社/詳細情報 ※「1」「1.2」の場合、書類名も記載 ⑧発行年月日: 保険会社/詳細情報 ※「1」「1.2」の場合、書類名も記載 ⑨発行者: 保険会社/詳細情報 ※「1」「1.2」の場合、書類名も記載 ⑩詳細情報		
1点で本人確認可能か本人確認書類 01: 運転免許証 02: 運転経歴証明書 03: パスポート 04: 住民基本台帳カード(写真付) 05~09: 公的機関発行した写真付証明書 ※上記書類のうち、①および上記以外の2点で本人確認が必要な本人確認書類は別紙1参照のうえ、ご記入ください。			
親権者・後見人であることとの関係確認 ※親権者・後見人の場合は	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 本人確認書類で同一の姓・住所であることの確認 <input type="checkbox"/> 確認対象者の自宅訪問 <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 登記申請類明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 本人確認書類で同一の姓・住所であることの確認		
代理店使用欄	営業店受付日	本社担当者	確認日 令和 年 月 日 申込番号・証券番号 保険契約者名 契約は、下記取引に該当するため本人確認対象でないことを確認しました。 該当する取引にチェック(レ点)をしてください。 □保険契約者・団体からの会社口座への振込 □銀行小切手の受領 □口座振替にて初回保険料を領収(責任開始期に関する特約付加契約)
保険会社使用欄	印		
B90112 (20.10)			

確認項目	確認内容
①確認対象者、確認日時	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レ点記入が正しくあるか</li> <li>・記入があるか</li> </ul>
②確認者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入があるか</li> <li>・取扱者の報告書の取扱者と確認者が相違していないか * 本人確認を当社社員が行っている場合、共同募集の場合⇒相違していても不問 * 契約者が当社代理店の場合は、当社社員が本人確認を実施する必要あり</li> </ul>
③対象種目、取引目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レ点記入が正しくあるか</li> </ul>
④申込番号/証券番号	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入があるか</li> </ul>
⑤外国PEPs	<ul style="list-style-type: none"> <li>・該当する場合レ点があるか</li> </ul>
⑥本人確認済の既契約	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入があるか * 「有」の場合、記入した証券番号は、平成28年10月1日以降に本人確認した有効な既契約かまた「他契約で本人確認済」の契約ではないか</li> </ul>
⑦氏名・住所、生年月日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レ点記入が正しくあるか</li> <li>・異なる場合、氏名・住所・生年月日の記入があるか</li> </ul>
⑧本人確認書類の氏名・住所が現在の氏名・住所と異なる場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レ点、理由記入が正しくあるか</li> <li>・発行者の記入があるか</li> <li>・発行年月日は確認日時から6ヶ月以内か</li> </ul>
⑨職業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レ点記入が正しくあるか</li> </ul>
⑩本人確認書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入があるか</li> <li>・確認書類番号に即した詳細情報※の記入があるか</li> <li>・確認書類の発行年月日は確認日時から有効期限内か※</li> <li>・1点で本人確認可能か、2点で本人確認が必要か※ ※別紙1「本人確認で利用できる公的確認書類参照</li> </ul>
⑪親権者・後見人であることの関係確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・レ点記入が正しくあるか</li> </ul>
⑫～⑯ 共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訂正されている場合、確認者による訂正署名または印があるか</li> </ul>

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

# <7>特定取引に関する届出書【新契約用】

17

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛		1426304
<b>① 特定取引に関する届出書【新契約用】</b>		
<small>〔租税条約等の実施〕 税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律第10条の5の規定に基づき、以下のとおり届出します。</small>		
届出日	令和 年 月 日	
氏名・法人名	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">②</span> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">③ 法人印</span>	
住所・所在地	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">④</span>	
<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">⑤</span> 法律上の居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。(居住地国が「日本国」の場合記入不要)		
居住地国名※ 1	外国納税者番号※ 2	
住所・所在地と居住地国が異なる理由※ 3		
<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">⑥</span> 法人のお客様の場合、以下ご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 右記の法人に該当します。 A. 株式が日本国内外の金融商品取引所に上場している法人 <input type="checkbox"/> B. 日本国内外の国・地方公共団体・中央銀行・国際機関 <input type="checkbox"/> C. 上記B. により資本金等の二分の一以上を出資されている法人 <input type="checkbox"/> D. 人格のない社団・財団 <input type="checkbox"/> E. 独立行政法人		
<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">↓</span> 「右記の法人に該当しません。」にチェックされた場合、法人の実質的支配者についてご記入ください。		
実質的支配者 1		実質的支配者 2
氏名・名称		氏名・名称
生年月日	大正/昭和/平成/令和 年 月 日	生年月日 大正/昭和/平成/令和 年 月 日
住所・所在地	住所・所在地	
法人との関係性※ 4	法人との関係性※ 4	
外国 P E P s	<input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要	外国 P E P s <input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要
居住地国	<small>税法上の居住地国が日本国以外の場合 チェックしてください。</small> <input type="checkbox"/> 居住地国は日本国以外	
住所・所在地と居住地国が異なる理由※ 3	住所・所在地と居住地国が異なる理由※ 3	
上記居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。		
居住地国名※ 1	居住地国名※ 1	
外国納税者番号※ 2	外国納税者番号※ 2	
契約者の法人番号	契約者の法人番号	
<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">③</span> 特定組合に該当する場合、以下ご記入ください。		
取引担当者名	取引担当者住所	
<small>* 1 : 居住地国を有しない場合、その旨をご記入ください。            * 2 : 法令により納税者番号の提供が禁止されている場合、「法令により提供禁止」とご記入ください。            * 3 : 住所・所在地と居住地国が異なる場合、その事情の詳細をご記入ください。            * 4 : 法人と実質的支配者の関係性は別紙2記載の「A～H」のいずれかに該当する番号をご記入ください。</small>		

確認項目	確認内容
①届出日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入があるか</li> <li>・訂正されている場合、契約者による訂正署名または印があるか</li> </ul>
②氏名・法人名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入があるか (法人名はゴム印可)</li> <li>・訂正されている場合、契約者訂正署名または印があるか</li> </ul>
③法人印	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人契約の場合、申込書と同一の法人印があるか</li> </ul>
④住所・所在地	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入があるか</li> <li>・訂正されている場合、契約者訂正署名または印があるか</li> </ul>
⑤ (1) 税法上の居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください	<ul style="list-style-type: none"> <li>・税法上の居住地国が「日本国以外」の場合、記入があるか</li> <li>・訂正されている場合、契約者訂正署名または印があるか</li> </ul>
⑥ (2) 法人のお客様の場合、以下ご記入ください	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれかにレ点記入があるか</li> <li>・訂正されている場合、契約者訂正署名または印があるか</li> </ul>

# <7>特定取引に関する届出書【新契約用】

18

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

1426304

## 特定取引に関する届出書【新契約用】

【租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律】第10条の5の規定に基づき、以下のとおり届出します。

届出日	令和 年 月 日		1426304
氏名・法人名	【自署】		法人印
住所・所在地			

1 税法上の居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。(居住地国が「日本国」の場合記入不要)

居住地国名※1	外国納稅者番号※2
住所・所在地と居住地国が異なる理由※3	

2 法人のお客さまの場合、以下ご記入ください。

<input type="checkbox"/> 右記の法人に該当します。	A. 株式が日本国内外の金融商品取引所に上場している法人 B. 日本国内外の国・地方公共団体・中央銀行、国際機関 C. 上記B. により資本金等の二分の一以上を出資されている法人 D. 人格のない社団・財団 E. 独立行政法人
<input type="checkbox"/> 右記の法人に該当しません。	

「右記の法人に該当しません。」にチェックされた場合、法人の実質的支配者についてご記入ください。

実質的支配者1		実質的支配者2	
⑦ 氏名・名称		氏名・名称	
⑧ 生年月日	大正昭和平成令和 年 月 日	生年月日	大正昭和平成令和 年 月 日
⑨ 住所・所在地			
⑩ 法人との関係性※4			
⑪ 外国P E P s	<input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要	外国P E P s	<input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要
⑫ 居住地国	税法上の居住地国が日本国以外の場合 チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 居住地国は日本国以外		
⑬ 住所・所在地と居住地国が異なる理由※3	住所・所在地と居住地国が異なる理由※3		
上記居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。			
⑭ 居住地国名※1			
⑮ 国納稅者番号※2	上記居住地国名※1		
契約者の法人番号	上記居住地国名※1		

3 特定組合に該当する場合、以下ご記入ください。

⑯ 取引担当者名	取引担当者住所
----------	---------

※ 1：居住地国を有しない場合、その旨をご記入ください。

※ 2：法令により納稅者番号の提供が禁止されている場合、「法令により提供禁止」とご記入ください。

※ 3：住所・所在地と居住地国が異なる場合、その事情の詳細をご記入ください。

※ 4：法人と実質的支配者の関係性は別紙2記載の「A～H」のいずれかに該当する番号をご記入ください。

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

確認項目	確認内容
⑦氏名・名称	・記入があるか
⑧生年月日	・記入があるか
⑨住所・所在地	・記入があるか
⑩法人との関係性	・別紙2記載の「A～H」のいずれかに該当する番号の記入があるか ★アルファベット「A～H」いずれかの記入が必要（「役職名」等は不可） ★一般社団・財団法人、医療法人、学校法人、合同会社、合名会社、合資会社等はE～Hとなります。
⑪外国P E P s	・外国P E P sに該当する場合、チェックがあるか ※「外国P E P s」に該当する場合、「本人確認書別紙【外国P E P s】」(ワープロ帳票890916)の提出が必要
⑫居住地国	・税法上の居住地国が「日本国以外」の場合、チェックがあるか
⑬住所・所在地と居住地国が異なる理由	・住所・所在地と居住地国が異なる場合、記入があるか
⑭上記居住地国が「日本国以外」の場合	・居住地国が「日本国以外」の場合、記入があるか
⑮(3) 特定組合に該当する場合	・特定組合に該当する場合、記入があるか
⑯～⑰ 共通	訂正されている場合、契約者による訂正署名または印があるか

D01-04

## 代 理 店 分 担 票 ( / )

入力画面 10 04

新契約部 新契約第1・第2グループ 宛

支社コード  
申込番号  
① 個別契約     一括契約契約者名  
②

※一括の場合はFROM～TO形式で記入ください。

代理店分担変更 

幹事代理店支社コード

--	--	--

幹事代理店営業所名(カナ)

--	--	--	--

幹事代理店社員名(カナ)

注:太枠内の情報は、申込書面と同一の記入が必要です。

幹事 非幹事	代理店コード ③	募集人コード	割合 (%)	営業所コード	社員コード	販路 コード※1	手数料 区分※2	実代理店コード	実募集人コード	代理店・募集人名
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

※1 1.自己 2.特定関係 4.募集制限先(融資先) 5.その他手数料停止

※2 0.登録どおり(記入なし) 1.5L 2.10L 3.全期L 4.10年平準

※変額保険の募集に際し、代理店分担票を起票する場合は、  
幹事・非幹事ともに変額保険販売資格を有していることを確認してください。

営業店	担当者	担当者
	本社	

※入力・押印どちらでも可

新契約 23.05(630043)

60325691

確認項目	確認内容	確認項目	確認内容
①申込番号	・記入があるか ・申込書と同じ申込番号が記入されているか	③幹事	・幹事代理店情報の記入があるか <b>★計上用コードの場合、実代理店・実募集人コードの記入があるか</b>
②契約者名	・記入があるか	④非幹事	・非幹事代理店情報の記入があるか <b>★計上用コードの場合、実代理店・実募集人コードの記入があるか</b>

## ●医療保険の場合～表・左面～ (意向確認書・申込書)

1242003

訂正自署必要

訂正自署不要

場合によって  
訂正自署必要

項目		確認項目
	全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>・黒または青のボールペンで記載していますか？(フリクション不可)</li> <li>・訂正は、訂正自署(フルネーム)もしくは訂正印。(シャチハタOK)</li> <li>・二重書きは不可。訂正必要。</li> </ul>
①	意向確認書面作成 責任者欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・募集人名記載有無の確認。(印字やゴム印可)</li> <li>・募集人と取扱は同一でなくてOK。</li> </ul>
②	ご確認いただきたい事項欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「チェックがない」場合は、契約者に返却し最終的な意向と一致しているか確認のうえチェック。(意向確認がされている事が前提)</li> <li>・「いいえ」から「はい」の訂正は必要(訂正署名(フルネーム)もしくは訂正印)。</li> </ul>
③	支社コード	ひまわり営業店の支社コード記入
④	申込書受領日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・責任開始期に関する特約が付加される場合 :取扱者による訂正自署(または印)必要</li> </ul>
⑤	保険契約者欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保険契約者自署。自署対象者(契約者)の訂正必要。 ※契約者変更(別人への訂正)は不可</li> <li>・申込日・生年月日・氏名フリガナ・住所・郵便番号・性別・続柄・満年齢・電話番号は、訂正自署不要。補記OK。</li> <li>・勤務先名 :補記・スタンプOK。</li> <li>・部署名 :補記OK。</li> <li>・米国納税義務者に、間違えてチェックした場合、 訂正自署必要。</li> </ul>
⑥	被保険者・親権者(後見人)欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者・親権者(後見人)自署。自署対象者(被保険者)の訂正必要 ※被保険者変更(別人への訂正)は不可</li> <li>・生年月日・氏名フリガナ・住所・郵便番号・性別・続柄・電話番号は、訂正自署不要。補記OK。</li> </ul>

## ●医療保険の場合 ~表・右面~ (申込書つづき・取扱者記入欄)

7

どちらかに○をあわしてください。

1)付加する(指定代理請求人をご指定ください)  
2)付加しない(右欄への記入は不要です)

※左欄の指定代理請求人が指定されている場合、記入なき場合は  
該当欄の指定代理請求特約が「付加しない」の場合、指定代理請求人  
として、右欄で記入は指定のとおりとします。

指定代理請求特約	代理請求人	被保険者 登録情報
----------	-------	--------------

8

払込方法	払込経路	責任開始期 <sup>※1</sup> に関する特約	第1回保険料 (回付・特約・兼用金のみ)	保険期間	保険料の お支払い期間を お選びください。	被保険者 登録情報	
①月払 ③半年払 ②年払	④口座振替 ⑤西暦 ③西暦(A) ④西暦(B)	①付加する ②付加しない	払込経路指定先 より第1回保険料 をお支えします。	終身	⑤終身払 ④歳払 ②年払		
保険種類	健康をサポートする医療保険 健康のお守り 医療保険(MI-01)B型・60日型					入院給付金額および付加する特約・特約に○をしてください。 ※左記以外を選択する場合、保険内容を記入してください。 (またはご記入がない場合、付加しない)とします。	
基本プラン 特則 特約 オプション 特則 特約	主契約	入院給付金額					○5,000円 左記以外 <input type="text"/> ,000円 *1ヶ月の上乗額で333,000円 (別途賃貸定あり)
	死亡保険金不担保特則						付加する
	医療用健康回復支援給付特約(特定投薬治療給付型)	○5万円 左記以外 <input type="text"/> 万円 *1万円以下 (別途賃貸定あり)					
	医療用新先進医療特約 <sup>※2</sup>	付加する(支拂った先進医療の保険料相当額 蔽算2,000円の内徴度)					
	医療用入院一時金特約	○5万円 ○10万円 左記以外 <input type="text"/> 万円(1万円単位)					
	医療用通院特約 <sup>※3</sup>	○5,000円 左記以外 <input type="text"/> 00円 *入院給付金額以下 (別途賃貸定あり)					
	医療用女性疾病入院特約	○5,000円 左記以外 <input type="text"/> 00円 *入院給付金額以下 (別途賃貸定あり)					
	医療用新がん診断給付特約	○50万円 左記以外 <input type="text"/> 0万円(10万円単位)					
	医療用新がん外来治療給付特約 <sup>※3</sup> <sup>※4</sup>	付加する *入院給付金額と同額					
	医療用抗がん剤治療給付特約	○5万円 左記以外 <input type="text"/> 万円(1万円単位)					
医療用保険料免除特約	付加する						
新三大疾病支払日数無制限特則	付加する *入院給付金額と同額						
医療用新三大疾病一時金特約	○50万円 左記以外 <input type="text"/> 0万円(10万円単位)						
介護一時金特約	○100万円 左記以外 <input type="text"/> 0万円(10万円単位)						
医療用介護年金特約(年金の種類:終身年金)	○36万円 左記以外 <input type="text"/> 万円(1万円単位)						
合計保険料をご記入ください。							
合計 保険料	<input type="text"/> 万円						
裏面の告知書も必ず記入ください							

9

代理店・募集人コード	-	-	形態コード	-	-
(実代理店・募集人コード)	-	-	代理店営業所	カナ	代理店社員 コード
選択区分	被保険者	① 告知書	カナ	-	-
本人確認区分	A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9	団体 コード	-	-	-
被保険者コード	F H COM	名称	-	-	-
被保険者確認コード	区分	所属コード	-	-	-
会社 登録 登記 登記 登記	特殊項目コード	社員コード	-	-	-
支社コード	補正合	1次決定者	1次決定入力	2次決定者	備考欄
代理店担当コード	補正合	申込	告知(被)	営業店番付日	本社番付日
会 社 登 記 登 記 登 記	1次決定	申入 結果	認 内 容	本人確認	5 病理
本 社 登 記 登 記 登 記	申込	告 知 (被)	特 殊 項 目 コ ド		

訂正自署必要

場合によって  
訂正自署必要

訂正自署不要

項目	確認項目
⑦ 指定代理請求特約欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>付加する⇨付加しない: 自署対象者の訂正自署必要。</li> <li>指定代理請求人欄: 自署対象者の訂正自署必要。</li> <li>統柄: 訂正自署不要。</li> </ul> <p>※自署対象者: 契約者、被保険者それぞれ必要</p>
⑧ 保障内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プラン・合計保険料・払込方法・払込期間のいずれか1つの訂正是、訂正自署不要。ただし、2箇所以上の訂正是、<b>訂正自署必要</b>。</li> <li>・プランと保険料が合っているか確認。</li> <li>・払込経路: 訂正自署不要。</li> <li>・責任開始期に関する特約: 訂正自署不要。</li> <li>・第1回保険料: 訂正自署不要。</li> </ul> <p>※初回給与天引きの場合、払込経路指定先より支払いま すに○。誕生日前で、振込みする場合や、口振扱いの 場合は○を付けない。</p> <p>※自署対象者: 契約者</p>
⑨ 取扱者記入欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>代理店コードスタンプ、募集人コードは手書き。</li> <li>販売コード(3桁目) ⇒ 初回給与天引き: W 上記以外*: O(ゼロ) ※口振扱いや1P契約者直接振込</li> <li>被保険者職業コード: ○○○</li> <li>団体コード・名称: ○○○</li> <li>所属コード・社員コード*</li> </ul> <p>※団体扱・集団扱いの場合で必要な場合のみ記載</p>

## ●医療保険の場合 ~裏 左面~ (告知書)

訂正自署必要

訂正自署不要

場合によって  
訂正自署必要

	項目	確認項目
①	告知欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・氏名の自署欄以外は、訂正自署不要。 (本人の訂正であることが前提)</li> <li>・告知日：記入した日（告知した日）を記入する</li> <li>・勤務先名：表に記入があれば、未記入でOK。</li> <li>・身長・体重は、小数点以下の数値まで記入。</li> </ul>
②	被保険者の告知欄	<p>以下のケースを除き、すべて訂正自署が必要。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「いいえ」から「はい」への訂正</li> <li>・4項「いいえ」⇒「健診・人間ドックを受けていない」の訂正</li> <li>・男性の7項告知（はい・いいえ問わず）</li> </ul>

## ●医療保険の場合 ~裏 右面~ (告知書つづき)

訂正自署必要

場合によって  
訂正自署必要

訂正自署不要

3

詳細内容1		詳細内容2	
病気やけがの正式診断名・部位・検査名	病気やけがの正式診断名	年月	年月
医療機関名			
受診開始時期	年月から	年月から	
現在の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 全治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中	<input type="checkbox"/> 全治 <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中	年月
入院時期・期間	<input checked="" type="checkbox"/> 入院なし <input type="checkbox"/> 入院あり	<input type="checkbox"/> 入院なし <input checked="" type="checkbox"/> 入院あり	年月 (日)
手術時期・手術名・部位	<input checked="" type="checkbox"/> 手術なし <input type="checkbox"/> 手術あり	<input type="checkbox"/> 手術なし <input checked="" type="checkbox"/> 手術あり	年月
後遺症・合併症	<input checked="" type="checkbox"/> 後遺症を伴なない <input type="checkbox"/> 後遺症を伴なむ	<input type="checkbox"/> 後遺症を伴なない <input checked="" type="checkbox"/> 後遺症を伴なむ	年月

■上記で病気の名前が、漢字・平假名・カタカナ・英語表記・漢語・漢文の場合は、該当する病気について下記もあわせてご記入ください。

漢字注記	英語の注・音質変換	漢字新注・漢語	漢文
医療機関での測定値	測入(人)の値(%) (例) 100.0% (ng/L) 100.0% (mg/L) 100.0% (U/L) 100.0% (g/L)	測入(人)の値(%) (例) 100.0% (ng/L) 100.0% (mg/L) 100.0% (U/L) 100.0% (g/L)	測入(人)の値(%) (例) 100.0% (ng/L) 100.0% (mg/L) 100.0% (U/L) 100.0% (g/L)
■最近の測定結果	年月 年月 年月 年月	年月 年月 年月 年月	年月 年月 年月 年月

4

詳細内容1		詳細内容2	
■健診結果についての記入欄			
検査名と検査結果についても表の記入欄を参照してご記入ください。			
① 健診結果欄			
■(※)で囲って記入された場合は下記もご記入ください。			
再検査受診時期			
年月 年月			
下記のいずれかに○をしてください。下記のいずれかに○をしてください。 ① 今後、検査・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた。 ② 今後、検査・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた。 ③ 今後、検査・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた。 ④ 今後、検査・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた。			
検査名・検査部位			
検査結果			
検査結果(検査・検査)			
検査結果(検査・検査)			
■再検査について			
年月 年月			
■離がいの程度・部位			
離がいのある部位 部位 症状の発症時期 年月			
離がいのある部位はどの様子で記入。離がいの程度はどの様子で記入。			

「はい」に該当する場合は、介護一時金特約・医療用介護年金特約を付加することはできません。

2020103

項目	確認項目
詳細告知書 共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記入漏れがないか確認。</li> <li>・引き受け目安の確認。</li> <li>・全項目に訂正自署不要。(本人の訂正であることが前提)</li> </ul>
③ Aの詳細内容欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病気・けがの名前は、症状ではなく、診断名。(X:腹痛 ○:胃炎)</li> <li>・傷病別告知項目を確認して、該当があれば④の記入を確認。</li> </ul>
④ 追加告知欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・詳細内容欄に記入できなかった内容を記入。</li> <li>・傷病別告知項目に書かれている内容が記入されているかを確認。</li> <li>・書ききれない場合は、別紙の追加告知書が必要。</li> </ul>
⑤ 数値記入欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・該当箇所のみ記入。</li> </ul>
⑥ 健診結果欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・再検査実施の有無に関わらず、異常指摘を受けた検査名・(必要に応じて部位)・検査結果(具体的な数値や所見)も確認。</li> </ul>

## ●医療保険の場合～表・左面～ (意向確認書・取扱者記入欄)

1242102

**SOMPOひまわり生命保険株式会社**  
健康をサポートする医療保険  
**健康のお守り**  
医療保険(MI-01)型・60型

**文書募集用**  
保険内容印字用

K H S 2 3 0 3 M 0

**1 をご確認・ご記入後、生命保険契約申込書 2 ~ 5 の白地部分にご記入をお願いします。**

**1 意向書**

**1 意向確認書面作成責任者**

本書面で、**この商品は、以下の保障を目的にご選択いただいたものですので、再度ご確認ください。**

**I お客さまの  
ご意向確認欄**

**II ご選択いたしました事項欄**

**1 保険商品について特約**

ご契約内容がお客様の最終的なご意向と一致しない場合があるか、お客様(保険契約者)  
ご自身が欄内内容を確認のうえ、「いいえ」または「はい」に印をつけください。

**2 保険期間・保険料・保険料払込期間・保険料払込方法**

ご契約返戻金の水準・配当金の有無についてご確認いただいているでしょうか。

**3 契約返戻金の水準・配当金の有無についてご確認いただいているでしょうか。**

**4 お申込みいただく保険商品は、最終的なご意向と一致した内容になっていますでしょうか。**

**1 ご選択いただいた内容に「いいえ」が1つでもある場合は、お客様のご意向に沿わない商品となりますので、このままでは申込いただけません。お手数ですが、募集代理店までご連絡ください。**

**個人情報の取扱いについては、別紙「お申込手続きサポート資料(個人情報の取扱いについて)」をご確認ください。**

お客様の担当者である生命保険募集人の身分・権限等に関して確認をご希望の場合は、**当社営業店**または**本社代表電話(03-6742-3111)**までご照会願います。

**資料番号 KF (230300)**

**2 「ご契約に関する重要な事項(契約概要・注意喚起情報)」「ご契約のしおり(抜粋)」または「ご契約のしおり(約款)」に印された重要事項を確認し、契約内容について了承しました。また、貴社の個人情報の取扱いに同意のうえ、契約を申し込みます。**

**3 契約に関する重要な事項および契約内容を了承し、貴社の個人情報の取扱いに同意のうえ、契約終結に同意します。**

**4 未成年者の場合**

契約者は(自署)  
被保険者から見た見柄  
①親権者 ②後見人

(22070098) | 891550-0400(23.3)SA

訂正自署必要

訂正自署不要

場合によって  
訂正自署必要

項目	確認項目
	<p>全体</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・黒または青のボールペンで記載していますか？(フリクション不可)</li> <li>・訂正は、訂正自署(フルネーム)もしくは訂正印。(シャチハタOK)</li> <li>・二重書きは不可。訂正必要。</li> </ul>
①	<p>意向確認書面作成責任者欄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・募集人名記載有無の確認。(印字やゴム印可)</li> <li>・募集人と取扱は同一でなくてOK。</li> </ul>
②	<p>ご確認いただきたい事項欄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「チェックがない」場合は、契約者に返却し最終的な意向と一致しているか確認のうえチェック。(意向確認がされている事が前提)</li> <li>・「いいえ」から「はい」の訂正是必要(訂正署名(フルネーム)もしくは訂正印)。</li> </ul>
③	<p>支社コード</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ひまわり営業店の支社コード記入</li> </ul>
④	<p>申込書受領日</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・責任開始期に関する特約が付加される場合 <u>取扱者による訂正自署(または印)必要</u></li> </ul>
⑤	<p>保険契約者欄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険契約者自署。自署対象者(契約者)の訂正必要。 ※契約者変更(別人への訂正)は不可</li> <li>・申込日・生年月日・氏名フリガナ・住所・郵便番号・性別・続柄・満年齢・電話番号は、訂正自署不要。補記OK。</li> <li>・勤務先名:補記・スタンプOK。</li> <li>・部署名:補記OK。</li> <li>・米国納税義務者に、間違えてチェックした場合、訂正自署必要。</li> </ul>
⑥	<p>被保険者・親権者(後見人)欄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者・親権者(後見人)自署。自署対象者(被保険者)の訂正必要 ※被保険者変更(別人への訂正)は不可</li> <li>・生年月日・氏名フリガナ・住所・郵便番号・性別・続柄・電話番号は、訂正自署不要。補記OK。</li> </ul>



## ●医療保険の場合 ~裏左面~ (告知書)

訂正自署必要

訂正自署不要

場合によって  
訂正自署必要

	項目	確認項目
①	告知欄	<ul style="list-style-type: none"><li>・氏名の自署欄以外は、訂正自署不要。 (本人の訂正であることが前提)</li><li>・告知日：記入した日（告知した日）を記入する</li><li>・勤務先名：表に記入があれば、未記入でOK。</li><li>・身長・体重は、小数点以下の数値まで記入。</li></ul>
②	被保険者の告知欄	<p>以下のケースを除き、すべて訂正自署が必要。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・「いいえ」から「はい」への訂正</li><li>・4項「いいえ」⇒「健診・人間ドックを受けていない」の訂正</li><li>・男性の7項告知（はい・いいえ問わず）</li></ul>

## ●医療保険の場合～裏右面～ (告知書つづき)

訂正自署必要

場合によって  
訂正自署必要

訂正自署不要

3

A

5

6

B

C

詳細内容1		詳細内容2	
病気やけがの正式診断名・部位・検査名		病気やけがの正式診断名	
部位	検査名	部位	検査名

**医療機関名**

**受診開始時期** 年 月 から 年 月 から

**現在の状況**

<input type="checkbox"/> 全治	<input type="checkbox"/> 全治期間	<input type="checkbox"/> 全治	<input type="checkbox"/> 全治期間
<input type="checkbox"/> 治療中		<input type="checkbox"/> 治療中	
<input type="checkbox"/> 経過観察中		<input type="checkbox"/> 経過観察中	

**入院時期・期間**

<input type="checkbox"/> 入院なし	<input type="checkbox"/> 入院期間 年 月 (日間)	<input type="checkbox"/> 入院なし	<input type="checkbox"/> 入院期間 年 月 (日間)
<input type="checkbox"/> 入院あり		<input type="checkbox"/> 入院あり	

**手術時期・手術名・部位**

<input type="checkbox"/> 手術なし	<input type="checkbox"/> 手術時期 年 月	<input type="checkbox"/> 手術なし	<input type="checkbox"/> 手術時期 年 月
<input type="checkbox"/> 手術あり		<input type="checkbox"/> 手術あり	
	<input type="checkbox"/> 手術名・部位		<input type="checkbox"/> 手術名・部位

**後遺症・合併症**

<input type="checkbox"/> 後遺症・合併症なし	<input type="checkbox"/> 後遺症・合併症なし	<input type="checkbox"/> 後遺症・合併症なし	<input type="checkbox"/> 後遺症・合併症なし
<input type="checkbox"/> 後遺症・合併症あり		<input type="checkbox"/> 後遺症・合併症あり	

▼上記に記載のもの前が、高血圧症・高脂質異常症・高尿酸血症・貧血の場合のみ、該当する病気に

高血圧症	高脂質異常症	高尿酸血症・痛風	貧血	
医療機関での測定値	(mmHg) 最小(最大)血圧 (mmHg)	(mg/dl) LDLコレステロール (mg/dl) 中性脂肪(TG) (mg/dl)	(mg/dl) 尿酸(UA) (mg/dl)	(g/dl) 赤血球数(RBC) (10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup> )
直近の測定時期	年 月	年 月	年 月	年 月

4

病院内に記入できない箇所(印紙・貼り紙・手帳等)に記入して下さい。  
※資料(印紙・貼り紙・手帳等)は原則として複数枚提出して下さい。

検査結果等で3つ以上の複数がある場合、下記スペースに記入ください。  
※複数の場合は、インシリコン治療の有無をご記入ください。

再検査・精密検査を受けた場合は下記もご記入ください。

**再検査・精密検査受診時期** 年 月 年 月

下記①②のいずれかに〇をしてください。  
 ① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいっせも必要ないといわれた  
 ② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいっせかひとつでも必要といわれた

再検査・精密検査について

<input type="checkbox"/> 検査名・部位	<input type="checkbox"/> 検査名・部位
<input type="checkbox"/> 検査結果(数値・所見)	<input type="checkbox"/> 検査結果(数値・所見)

具体的な指示内容

障がいのある部位・原因

障がいのある部位	原因	症状の固定時期	年 月
※左欄に障がいのある場合は左右の修正を記入		障害登録	確定を受けている場合は
障がいの程度・評価			報

「はい」に該当する場合は、介護一時金特約・医療用介護年金特約を付加することはできません。

2206202

### 項目

### 確認項目

	詳細告知書 共通	<ul style="list-style-type: none"> <li>記入漏れがないか確認。</li> <li>引き受け目安の確認。</li> <li>全項目に訂正自署不要。 (本人の訂正であることが前提)</li> </ul>
③	Aの詳細内容欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>病気・けがの名前は、症状ではなく、診断名。 (X:腹痛 ○:胃炎)</li> <li>傷病別告知項目を確認して、該当があれば④の記入を確認。</li> </ul>
④	追加告知欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>詳細内容欄に記入できなかった内容を記入。</li> <li>傷病別告知項目に書かれている内容が記入されているかを確認。</li> <li>書ききれない場合は、別紙の追加告知書が必要。</li> </ul>
⑤	数値記入欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>該当箇所のみ記入。</li> </ul>
⑥	健診結果欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>再検査実施の有無に関わらず、異常指摘を受けた検査名・(必要に応じて部位)・検査結果(具体的な数値や所見)も確認。</li> </ul>

検査名と検査結果の記入例

検査名:尿検査  
検査結果:(例)尿蛋白+, 尿糖3+, 尿細胞等

検査名:血液検査  
検査結果:目的的項目名と数値を二行記入ください。

検査「再び検査結果記入ボート資料(告知記入欄)」の記入例のポイントをご覧ください。

検査名:心電図検査  
検査結果:(例)心電性期外収縮、(例)房室ブロック、心筋活動等

検査名:胸部X線、CT検査等  
検査結果:(例)○性陰影、心胸影拡大、肺気腫疑い等

検査名:青部X線、CT、内視鏡検査等  
検査結果:(例)胃炎、胃ポリープ等

検査名:腹部超音波、内視鏡検査等  
検査結果:(例)胆囊リバース、脂肪肝等

検査名:乳房超音波(エコー)、マンモグラム(検査等)  
検査結果:(例)乳癌、乳癌症候群等

## ●医療保険の場合 ~表・左面~ (意向確認書・取扱者記入欄)

訂正自署必要

場合によって  
訂正自署必要

訂正自署不要

124300

**1 意向確認書面作成責任者欄**

SOMPOひまわり生命保険株式会社  
健康をサポートする医療保険  
**健康のお守り**  
医療保険(MI-01)B型-60日

文書募集用  
簡易告知専用  
KKHS2303M0

1 本面で記入後、生命保険契約申込書 2～5 の白地部分にご記入をお願いします。

2 ご確認いただきたい事項欄

3 取扱者記入欄

個人情報の取り扱いについては、別紙「お申込手続きサポート資料(個人情報の取り扱いについて)」をご確認ください。  
お客様の当社の担当者である生命保険募集人の身分・権限等に関する確認をご希望の場合には、最寄りの当社営業店または本社代表電話(03-6742-3111)までご照会願います。

資料番号 KK (230300)

3 取扱者記入欄

代理店・募集人コード	-	形態コード	カナ	代理店営業用コード	カナ	代理店社員コード	カナ
(※代理店・募集人コード)	-						
選択区分	被保険者	① 告知書	団体コード			名簿	
本人確認区分	A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9		所属コード				
販売コード	F H COM 区分		社員コード				
被保険者識別コード							
会社登録情報	特殊項目コード	支社コード	補正割合	本社コード①	本社コード②		
代理店登録情報	代理店部局コード		補正割合				
成立新契約確認	1次決定者	1次決定入力	2次決定者	備考欄			
記入欄	申込 請路	契約者 本人確認	5 嘴脛	決定 結果	特種	項目コード	

(22070102) 891552-0300 (23.3) SA

項目	確認項目
全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>黒または青のボールペンで記載していますか？(フリクション不可)</li> <li>訂正は、訂正自署(フルネーム)もしくは訂正印。(シャチハタOK)</li> <li>二重書きは不可。訂正必要。</li> </ul>
① 意向確認書面作成責任者欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>募集人名記載有無の確認。(印字やゴム印可)</li> <li>募集人と取扱は同一でなくてOK。</li> </ul>
② ご確認いただきたい事項欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>「チェックがない」場合は、契約者に返却し最終的な意向と一致しているか確認のうえチェック。(意向確認がされている事が前提)</li> <li>「いいえ」から「はい」の訂正是必要(訂正署名(フルネーム)もしくは訂正印)。</li> </ul>
③ 取扱者記入欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>代理店コードスタンプ、募集人コードは手書き。</li> <li>販売コード(3桁目) ⇒ 初回給与天引き: W 上記以外※: O(ゼロ) ※口振扱や1P契約者直接振込</li> <li>被保険者職業コード: ○○○</li> <li>団体コード・名称: ○○○</li> <li>所属コード・社員コード※ ※団体扱・集団扱いの場合で必要な場合のみ記載</li> </ul>



## ●医療保険の場合～裏左面～ (申込書つづき)

訂正自署必要

場合によって  
訂正自署必要

訂正自署不要

9

生命保険契約申込書 [医療保険 (MI-01)]

5

保障内容																																																																																						
払込方法	払込経路	責任開始期 <sup>①</sup> に関する特約	第1回保険料 (自己負担・兼保険のみ)	保険期間																																																																																		
①月払 ③年払 ②半年払	④支拂(A) ⑤支拂(B) ⑥支拂(C)	⑦付加する ⑧付加しない	払込経路指定先 より第1回保険料を支払います。	終身																																																																																		
<div style="background-color: yellow; padding: 5px; border-radius: 10px;"> <b>保険料の 支払い期間を お選びください。</b> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <input type="radio"/> 終身払  <input type="radio"/> 年払  <input type="radio"/> 半年払         </div> </div>																																																																																						
<b>保険種類</b> 健康をサポートする医療保険 健康のお守り 医療保険(MI-01)B型・60日型																																																																																						
<b>基本プラン</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">主契約</th> <th>特則</th> <th colspan="2">オプション</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>入院給付金額</td> <td>死亡保険金不担保 特則</td> <td>医療用新進医療 特約 <sup>※2</sup></td> <td>① 医療用入院 一時金特約</td> <td>② 医療用通院 <sup>※3</sup> 特約</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *契約の上限は 15,000円 (別途通算規定あり)</td> <td>付加する</td> <td><input type="radio"/> 付加する (受取した先進医療の 料金を超過 20,000円限度)</td> <td><input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *入院給付金額以下 (別途通算規定あり)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					主契約		特則	オプション		入院給付金額	死亡保険金不担保 特則	医療用新進医療 特約 <sup>※2</sup>	① 医療用入院 一時金特約	② 医療用通院 <sup>※3</sup> 特約	<input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *契約の上限は 15,000円 (別途通算規定あり)	付加する	<input type="radio"/> 付加する (受取した先進医療の 料金を超過 20,000円限度)	<input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *入院給付金額以下 (別途通算規定あり)																																																																				
主契約		特則	オプション																																																																																			
入院給付金額	死亡保険金不担保 特則	医療用新進医療 特約 <sup>※2</sup>	① 医療用入院 一時金特約	② 医療用通院 <sup>※3</sup> 特約																																																																																		
<input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *契約の上限は 15,000円 (別途通算規定あり)	付加する	<input type="radio"/> 付加する (受取した先進医療の 料金を超過 20,000円限度)	<input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *入院給付金額以下 (別途通算規定あり)																																																																																			
<b>質問事項 1~3に 回答ください。</b>																																																																																						
<b>オプション</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">③ 医療用健康回復支援給付特約(特定投薬治療給付型)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"><input type="radio"/> 5万円 左記以外 □ 万円 *5万円以下(別途通算規定あり)</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>A群</th> <th>④ 医療用女性疾病 入院特約</th> <th>⑤ 医療用新がん診断 給付特約</th> <th>⑥ 医療用新がん外来 治療給付特約 <sup>※3~4</sup></th> <th>⑦ 医療用抗がん剤 治療給付特約</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *入院給付金額以下 (別途通算規定あり)</td> <td><input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)</td> <td><input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)</td> <td><input type="radio"/> 5万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;"> <b>質問事項 4~6に 回答ください。</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>B群</th> <th>⑧ 医療用保険料免除特約</th> <th>⑨ 新三大疾病支払 日数無制限特則</th> <th>⑩ 医療用新三大疾病 一時金特約</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 付加する</td> <td><input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)</td> <td><input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;"> <b>質問事項 5~7に 回答ください。</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>C群</th> <th>⑪ 介護一時金特約</th> <th>⑫ 医療用介護年金特約 (年金の種類被替年金)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 100万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)</td> <td><input type="radio"/> 36万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;"> <b>質問事項 8~9に 回答ください。</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> <small>※1 付加できる払込内容の場合は「付加する」をします。付加できない場合は「付加しない」をします。 ※2 すべての先進医療費の範囲に、ご自身いたしている施設者は、黙認して医療用新がん外来治療給付特約を付加することになります。 ※3 受取用新がん特約と医療用新がん外来治療給付特約は1契約に同時に付加することはできません。 ※4 医療用新がん診断給付特約に同時付加が必要です。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;"> <b>合計保険料を ご記入ください。</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;"> <b>合計 保険料</b> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>十万</td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> </table> </td> </tr> </tbody> </table>					③ 医療用健康回復支援給付特約(特定投薬治療給付型)				<input type="radio"/> 5万円 左記以外 □ 万円 *5万円以下(別途通算規定あり)				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>A群</th> <th>④ 医療用女性疾病 入院特約</th> <th>⑤ 医療用新がん診断 給付特約</th> <th>⑥ 医療用新がん外来 治療給付特約 <sup>※3~4</sup></th> <th>⑦ 医療用抗がん剤 治療給付特約</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *入院給付金額以下 (別途通算規定あり)</td> <td><input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)</td> <td><input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)</td> <td><input type="radio"/> 5万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)</td> </tr> </tbody> </table>				A群	④ 医療用女性疾病 入院特約	⑤ 医療用新がん診断 給付特約	⑥ 医療用新がん外来 治療給付特約 <sup>※3~4</sup>	⑦ 医療用抗がん剤 治療給付特約		<input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *入院給付金額以下 (別途通算規定あり)	<input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)	<input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)	<input type="radio"/> 5万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)	<b>質問事項 4~6に 回答ください。</b>					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>B群</th> <th>⑧ 医療用保険料免除特約</th> <th>⑨ 新三大疾病支払 日数無制限特則</th> <th>⑩ 医療用新三大疾病 一時金特約</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 付加する</td> <td><input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)</td> <td><input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)</td> </tr> </tbody> </table>					B群	⑧ 医療用保険料免除特約	⑨ 新三大疾病支払 日数無制限特則	⑩ 医療用新三大疾病 一時金特約		<input type="radio"/> 付加する	<input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)	<input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)	<b>質問事項 5~7に 回答ください。</b>					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>C群</th> <th>⑪ 介護一時金特約</th> <th>⑫ 医療用介護年金特約 (年金の種類被替年金)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 100万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)</td> <td><input type="radio"/> 36万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)</td> </tr> </tbody> </table>					C群	⑪ 介護一時金特約	⑫ 医療用介護年金特約 (年金の種類被替年金)		<input type="radio"/> 100万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)	<input type="radio"/> 36万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)	<b>質問事項 8~9に 回答ください。</b>					<small>※1 付加できる払込内容の場合は「付加する」をします。付加できない場合は「付加しない」をします。 ※2 すべての先進医療費の範囲に、ご自身いたしている施設者は、黙認して医療用新がん外来治療給付特約を付加することになります。 ※3 受取用新がん特約と医療用新がん外来治療給付特約は1契約に同時に付加することはできません。 ※4 医療用新がん診断給付特約に同時付加が必要です。</small>					<b>合計保険料を ご記入ください。</b>					<b>合計 保険料</b> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>十万</td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> </table>					十万	万	千	百	十	円
③ 医療用健康回復支援給付特約(特定投薬治療給付型)																																																																																						
<input type="radio"/> 5万円 左記以外 □ 万円 *5万円以下(別途通算規定あり)																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>A群</th> <th>④ 医療用女性疾病 入院特約</th> <th>⑤ 医療用新がん診断 給付特約</th> <th>⑥ 医療用新がん外来 治療給付特約 <sup>※3~4</sup></th> <th>⑦ 医療用抗がん剤 治療給付特約</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *入院給付金額以下 (別途通算規定あり)</td> <td><input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)</td> <td><input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)</td> <td><input type="radio"/> 5万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)</td> </tr> </tbody> </table>				A群	④ 医療用女性疾病 入院特約	⑤ 医療用新がん診断 給付特約	⑥ 医療用新がん外来 治療給付特約 <sup>※3~4</sup>	⑦ 医療用抗がん剤 治療給付特約		<input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *入院給付金額以下 (別途通算規定あり)	<input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)	<input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)	<input type="radio"/> 5万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)																																																																									
A群	④ 医療用女性疾病 入院特約	⑤ 医療用新がん診断 給付特約	⑥ 医療用新がん外来 治療給付特約 <sup>※3~4</sup>	⑦ 医療用抗がん剤 治療給付特約																																																																																		
	<input type="radio"/> 5,000円 上記以外 □□,000円 *入院給付金額以下 (別途通算規定あり)	<input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)	<input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)	<input type="radio"/> 5万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)																																																																																		
<b>質問事項 4~6に 回答ください。</b>																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>B群</th> <th>⑧ 医療用保険料免除特約</th> <th>⑨ 新三大疾病支払 日数無制限特則</th> <th>⑩ 医療用新三大疾病 一時金特約</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 付加する</td> <td><input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)</td> <td><input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)</td> </tr> </tbody> </table>					B群	⑧ 医療用保険料免除特約	⑨ 新三大疾病支払 日数無制限特則	⑩ 医療用新三大疾病 一時金特約		<input type="radio"/> 付加する	<input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)	<input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)																																																																										
B群	⑧ 医療用保険料免除特約	⑨ 新三大疾病支払 日数無制限特則	⑩ 医療用新三大疾病 一時金特約																																																																																			
	<input type="radio"/> 付加する	<input type="radio"/> 付加する (入院給付全額と同額)	<input type="radio"/> 50万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)																																																																																			
<b>質問事項 5~7に 回答ください。</b>																																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>C群</th> <th>⑪ 介護一時金特約</th> <th>⑫ 医療用介護年金特約 (年金の種類被替年金)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> 100万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)</td> <td><input type="radio"/> 36万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)</td> </tr> </tbody> </table>					C群	⑪ 介護一時金特約	⑫ 医療用介護年金特約 (年金の種類被替年金)		<input type="radio"/> 100万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)	<input type="radio"/> 36万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)																																																																												
C群	⑪ 介護一時金特約	⑫ 医療用介護年金特約 (年金の種類被替年金)																																																																																				
	<input type="radio"/> 100万円 上記以外 □□,00万円 (10万円単位)	<input type="radio"/> 36万円 上記以外 □□,00万円 (1万円単位)																																																																																				
<b>質問事項 8~9に 回答ください。</b>																																																																																						
<small>※1 付加できる払込内容の場合は「付加する」をします。付加できない場合は「付加しない」をします。 ※2 すべての先進医療費の範囲に、ご自身いたしている施設者は、黙認して医療用新がん外来治療給付特約を付加することになります。 ※3 受取用新がん特約と医療用新がん外来治療給付特約は1契約に同時に付加することはできません。 ※4 医療用新がん診断給付特約に同時付加が必要です。</small>																																																																																						
<b>合計保険料を ご記入ください。</b>																																																																																						
<b>合計 保険料</b> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>十万</td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> </table>					十万	万	千	百	十	円																																																																												
十万	万	千	百	十	円																																																																																	

項目
----

### 確認項目

⑨ 保障内容

- ・**払込経路:** 訂正自署不要。
- ・**責任開始期に関する特約:** 訂正自署不要。
- ・**第1回保険料:** 訂正自署不要。
- ※初回給与天引きの場合、払込経路指定先より支払います。○誕生日前で、振込みする場合や、口振扱いの場合は○を付けない。
- ※自署対象者: 契約者
- ・**プラン・合計保険料・払込方法・払込期間のいずれか1つの訂正は、訂正自署不要。**ただし、2箇所以上の訂正は、**訂正自署必要**。
- ・**プランと保険料が合っているか確認。**

(注)既に印字されている保障内容の訂正是不可(告知内容により保障の制限を設けているため)ただし。既契約と先進医療重複の場合のみ、契約者訂正署名で削除可。

## ●医療保険の場合 ~裏右面~ (告知書)

訂正自署必要

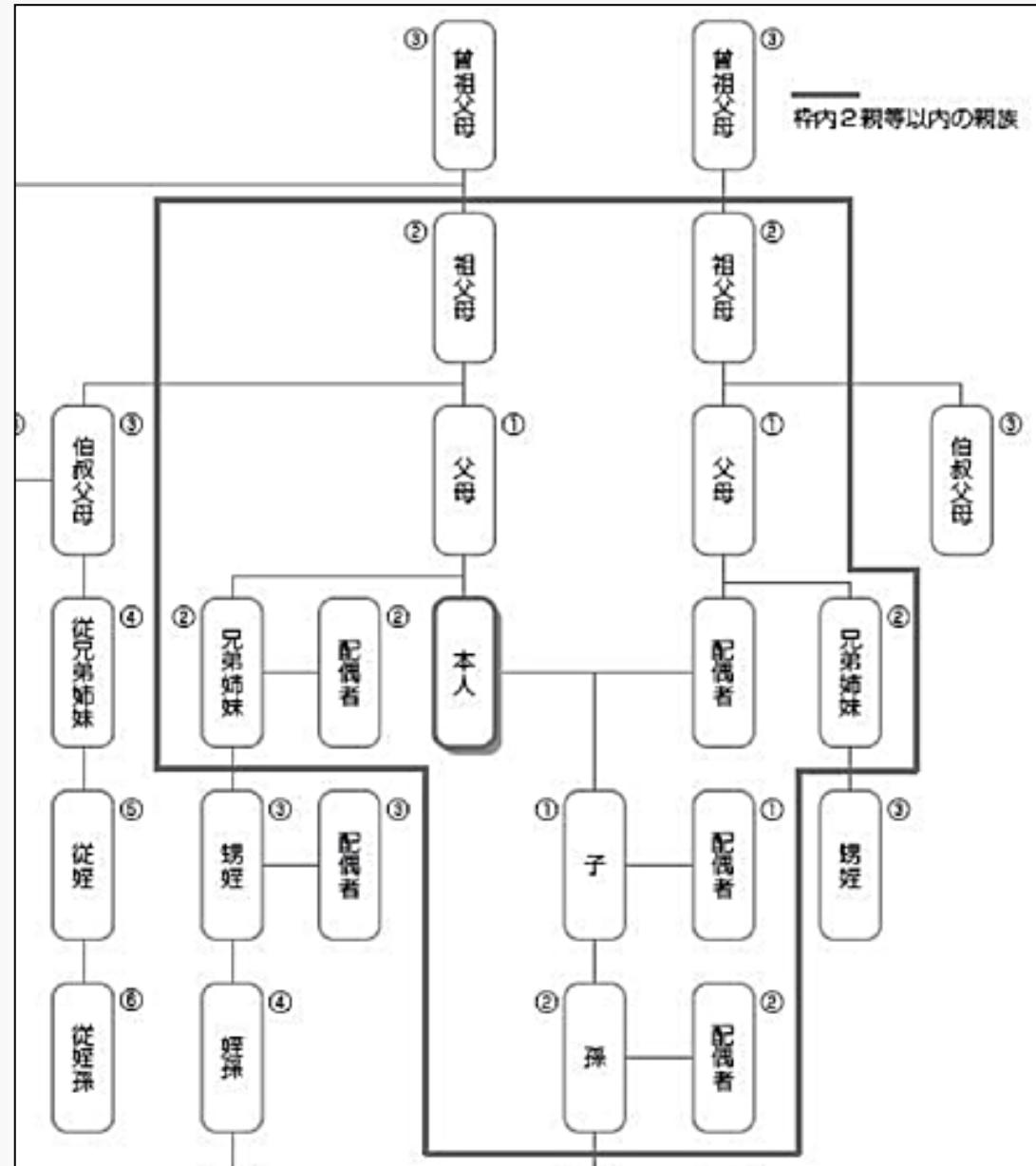
場合によって  
訂正自署必要

訂正自署不要

SOMPOひまわり生命保険株式会社		告知書【医療保険（MI-01）】		告知サポート資料をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人が、あるいはままで正確に、もなれなく記入ください。 ※15歳未満の場合、要保護者・被保険者の登記も可能です。	
SOMPOひまわり生命保険株式会社 空		当該の専用車や専用代理店に口頭でお聞きしてお知りいただきたいことはなりません。			
別紙「お申込手続きサポート資料」の貴社の個人情報の取扱い(第三者に提供することを含みます)について内容を確認し同意します。		被保険者の告知内容 薬審査結果等を知りせることを選びました。提出した告知等の書類は返却されないことに同意します。		1	
別紙「お申込手続きサポート資料」内の「告知サポート資料」を確認したうえで					
1					
告知日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		勤務先名			
被保険者 氏名 フリガナ <input type="text"/> <input type="text"/>		職業・仕事内容			
被保険者 氏名 様		勤務先の業種			
生年月日 (令和)平成(令和) <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		勤務先の業種			
性別 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 年収 <input type="text"/> 万円		勤務先の業種			
被保険者は15歳未満の場合、被保険者の番号を、後日全員が各自内容に合意のうえ、その代わりに記入ください。					
被保険者 番号		被保険者 名前		被保険者 との親絆	
被保険者 番号		被保険者 名前		被保険者 との親絆	

以下の質問事項についてご回答ください。	
質問事項(すべての方)	
1	告知日現在、病気やけで入院申ですか。 または最近3か月以内に医師により入院・手術をすめられたことがありますか。
2	告知日より過去1年内に病気で、発熱して10日以上の入院をしたことがありますか。
3	[満18歳以上の女性のみ]告知日現在、妊娠していますか。
該当の特則・特約を付加される場合のみ、ご回答ください。	
質問事項(該当の特則・特約を付加される場合のみ)	
③医療用健康団体支援給付特約(特定指定治療費付特約)	
4	以下1~2いずれかは、または両方に該当しますか。 1. 告知日現在において、以下①~③いずれかの病気により医師の診察・検査・治療・投薬(※3回以上を含む)を受けていますか? ①高血圧症 ②高脂血症・脂質異常症 ③糖尿病・高血糖症 2. 告知日より過去2年内に、健康診断・人間ドックを受けて、以下①~③で異常(要再検査・要精密検査・要治療)を指摘されたことがありますか。 ①血圧 ②脚踏代謝 ③脂代謝 ※用語解説:精密検査を併せて記載。今後、診療(検査)結果観察)、治療のいずれも必要ないと言われた場合は「いいえ」に○をしてください
特則・特約A群、B群に付加される場合	
A群:④医療用女性新生物・悪性腫瘍特約 ⑤医療用新規がん診断紹介特約 ⑥医療用新規がん外来治療賃貸付特約 ⑦医療用新規がん外来治療賃貸付特約	
B群:⑧医療用保険料免除特約 ⑨新三大疾病支払日数無制限特約 ⑩医療用新規三大疾病一時金特約	
5	今までに、がん(悪性新生物・悪性腫瘍)またはがんにかかることがありますか。 【がん】に、白血病、肺癌、悪性リンパ腫、肉腫を含みます。 【皮膚がん】には、子宮頸部乳頭膜型形成症または病理組織診断CINIを含みます。
6	告知日より過去2年内に、健康診断・人間ドックを受けて、下表の①~③で異常(要再検査・要精密検査・要治療)を指摘されたことがありますか。 ①アリバクノン乳頭膜型乳頭瘤(乳頭管)・アーリー・ピアゴム・アコザム・アコザム・乳頭管・乳頭管・乳頭管・ボリーフース ②乳房の異常(例:こぶし・しづら感)、乳房炎・マミーグラフィー・乳頭工二(後後の異常石灰化) ③B型肝炎ウイルスキャリヤー・C型肝炎ウイルスキャリヤー ※再検査・精密検査を受けた結果、今後、診療(検査)結果観察)、治療のいずれも必要ないと言われた場合は「いいえ」に○をしてください
特則・特約B群に付加される場合	
B群:⑪医療用保険料免除特約 ⑫新三大疾病支払日数無制限特約 ⑬医療用新規三大疾病一時金特約	
7	告知日より過去3年内に、下表の①~⑤いずれかの病気で、7日以上にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは1日以上以上の投薬(薬の处方を含む)を受いたことがありますか。 ①心筋梗塞、狭心症、不整脈(心房細動を含む)、心筋炎、心臓弁膜症、肺栓症、心膜炎、心内膜炎、心不全 ②脳卒中、もしくはやせ、便腫下出血、腹膜外出血、一次性腸道虚血発作、椎骨脳底動脈循環不全 ③慢性肝炎、肝硬変 ④慢性腎炎、慢性腎不全、慢性腎臓病、ネフローゼ ⑤糖尿病
特則・特約C群に付加される場合 C群:⑯介護一時金特約 ⑰医療用介護年金特約	
8	告知日現在、以下①~⑤の日常生活のいずれかにおいて、他の方の介助または補助が必要としますか。 ①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ
9	40歳以上の方におかれがいします。今までに、公的の医療保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、告知日現在、認定申請を行っていますか。

	項目	確認項目
①	告知欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・氏名の自署欄以外は、訂正自署不要。 (本人の訂正であることが前提)</li> <li>・告知日：記入した日(告知した日)を記入する</li> <li>・勤務先名：表に記入があれば、未記入でOK。</li> </ul>
②	被保険者の告知欄	「いいえ」〇もれのとき、「いいえ」正当なら追加告知、 「はい」正当ならその旨報告回答 (「はい」の場合は引受不可となります)





**SOMPO**  
ホールディングス

保険の先へ、挑む。