



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、代理店の皆さま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

確認項目	確認内容
①申込日	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> チェックがあるか 意向確認日の同日以後か 「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	<ul style="list-style-type: none"> ★電話番号、住所はブラunkになっているか、もしくは途中で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保険契約者目署	<ul style="list-style-type: none"> ★記入があるか ★その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、公的書類のとおりに入力があるか 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（既婚者または18歳以上の有職者を除く）で、被保険者が契約者の親権者・後見人ではない場合、親権者側に記入があるか ★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、まずはペーパー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）

SOMPOひまわり生命 生命保険契約申込書

1097702

主契約 低解約返戻金型終身保険

申込書コード
会社提出用

会社提出用

K31-2X

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

保険約款と特約条項を了承し、次の生命保険契約を

申込日 令和 年 月 日

〒202-0001 (電話) 080-0000-0000

1. 申込者の重要事項(契約概要・注意喚起情報)「ご契約のしおり・約款」を、記載の重要事項について説明を受け、その内容を了承し、提示された個人情報取扱およびこの保険契約に同意します。

私は米国税務義務者です。 → ☐ はい

東京都 西東京市
ひばりが丘 1-1-1

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

2. 保険契約書欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。

3. 保険契約書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

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状況にある者となり、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(保険の対象となる方)

契約内容と契約に関する重要事項の説明を口頭で受けてその内容を了承のうえ、提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。

1:保険契約者住所と同じ

被保険者自署

テスト 花子 様

2:女性 3:昭和 62 年 1 月 1 日生(契約年齢) 32 歳

3. 保険契約書欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。

3. 保険金受取人等

死亡保険金受取人

テスト 太郎 様 夫 100% 1人

性別 1:男性 生年月日 3:昭和 61 年 7 月 1 日生

指定代理請求人

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

指定代理請求人 2:保険契約者と同じ

4. 主契約・特約・特約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・特約欄

保険種類・特約種類 保険期間 払込期間 保険金額 保険料 配当区分 2:無配当

0:低解約返戻金型終身保険 (低解約返戻金割合70%) 1:終身 3:60歳 500万円 13,415円 1:月払

払込経路 1:口座振替

保険料自動振替 0:希望する

責任開始期に関する特約 低解約返戻金期間 払込期間 特定保険診療保険料免除特約 2:付加する 年金受払特約 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

取扱店 代理店・募集人コード RG670-0001 計算基準日 令和1年12月1日 申込書受付日 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ご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

- ・記入があるか
- ・意図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(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

③保険契約者印字

- ★電話番号、住所はblankになっているか、もしくは途中で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、「高齢者募集状況報告書」を作成しているか
- ・被保険者から見た続柄であるか

④保険契約者自署

- ★記入があるか
- ・その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、公的書類のとおりに入力があるか
- ・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
- ・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
- ・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)

SOMPOひまわり生命 生命保険契約申込書 1097702

主契約 低解約返戻金型終身保険

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛
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。

申込日 令和 年 月 日

〒202-0001 (電話) 080-0000-0000
東京都 西東京市
ひばりが丘 1-1-1

テスト 知
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

保険契約書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

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 1:保険契約者住所と同じ

テスト パコ
テスト 花子 様

2:女性 3:昭和 62 年 1 月 1 日生 (契約年齢) 32 歳

6 約に関する重要事項の説明を口頭で受けてその内容を了承のうえ、個人情報の取扱およびこの保険契約に同意します。

7 死亡保険金受取人

死亡保険金受取人
性別 1:男性 生年月日 3:昭和 61 年 7 月 1 日生
指定代理請求人 1:付加する
2:保険契約者と同じ

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

8 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	保険期間	払込期間	保険金額	保険料	配当区分	2:無配当
0:低解約返戻金型終身保険 (低解約返戻金割合7.0%)	1:終身	3:60歳	500万円	13,415円	払込方法	1:月払
					払込経路	1:口座振替
					保険料自動振替貸付	0:希望する
					責任開始期に関する特約	
					低解約返戻金期間	
					特定保険料免除特約	
					年金受払特約	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・特約の印字内容に間違いがないことを確認しました。

取次者 代理店・募集人コード RG670-0001 令和 1年12月 1日 申込書受付日 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ご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)</p> <ul style="list-style-type: none"> 告知書と生年月日・フリガナ・性別が同一か <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ない契約の契約日は、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"> 記入があるか 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 <p>★印字内容と相違ないか</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、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 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
⑦死亡保険金 受取人・ 指定代理 請求人 (32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"> 記入があるか 受取人の生年月日に誤りはないか 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 第三者受取人契約に該当していないか 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)

❗ **ご注意ください!**

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。

- 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
- 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
- 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。

SOMPOひまわり生命 生命保険契約申込書

1097702

主契約 低解約返戻金型終身保険

申込書
申込コード
申込番号
申込日
申込月
申込日

会社
提出用

K31-2X

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

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。

申込日 令和 年 月 日

1 保険契約書 千 202-0001 (電話) 080-0000-0000

東京都 西東京市
ひばりが丘 1-1-1

テスト 知
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

・「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」を受領のうえ、記載の重要事項について説明を受け、その内容を了承し、提示されたご契約のしおりに記載の個人情報の取扱いについて同意します。その際に、お書きの要約に記載の重要事項に関する説明を口頭で受けました。

・私は米国籍の被保険者です。→ ☐ はい

保険契約者自署

☒ 保険契約書の印字内容に間違いがないことを確認しました。

様

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:保険契約者住所と同じ

テスト 知
テスト 花子 様

2:女性 3:昭和 62 年 1 月 1 日生(契約年齢) 32 歳

契約内容と契約に関する重要事項の説明を口頭で受けてその内容を了承のうえ、提示された個人情報の取扱いおよびこの保険契約に同意します。

被保険者自署

☒ 被保険者の印字内容に間違いがないことを確認しました。

様

3 保険金受取人等 (フリガナ) テスト 知

死亡
保険金
受取人

テスト 太郎 様

夫 100 % 1人

性別 1:男性 生年月日 3:昭和 61 年 7 月 1 日生

指定代理
請求人

指定代理請求特約 1:付加する

2:保険契約者と同じ

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

☒ 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。

4 主契約の特約・特約

0:低解約返戻金型終身保険 (低解約返戻金割合 7.0%)

1:終身 3:60歳

2:保険金額 500 万円

3:13,415 円

4:13,415 円

5:13,415 円

6:13,415 円

7:13,415 円

8:13,415 円

9:13,415 円

10:13,415 円

11:13,415 円

12:13,415 円

13:13,415 円

14:13,415 円

15:13,415 円

16:13,415 円

17:13,415 円

18:13,415 円

19:13,415 円

20:13,415 円

21:13,415 円

22:13,415 円

23:13,415 円

24:13,415 円

25:13,415 円

保険料 500 万円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

13,415 円

確認項目

確認内容

⑧保険金額

- ・保険金額・給付金日額は制限内、収入基準内に収まっているか
- ・保険金額に対し、適切な医的資料が添付されているか
- ・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

⑨払込方法/
払込経路

- ・払込方法が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
- ★払込経路が訂正されている場合、「責任開始期に関する特約」も訂正(削除・追記)されているか

⑩各種特約・
特約/合計
保険料

- 【訂正されている場合は以下を確認】
- ・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
- ・訂正後は正しい文言になっているか
- ・合計保険料に誤りがないか
- ・内容変更のうえ合計保険料を訂正している場合、領収後の内容変更ではないか

【終身がん保険(C2)(C3)の場合】

- ・申込書の喫煙料率と告知書の喫煙告知に誤りがないか

⑪申込書
受領日

- 【「責任開始期に関する特約」を付加する場合、または終身がん保険(C2)(C3)の場合】
- ・記入があるか
- ・訂正されている場合、取扱者による訂正署名または印があるか

申込書付属用紙		1188202	
① 取扱者/会社記入用紙			
契約者	テスト 太郎 様	② 申込番号	-
被保険者	テスト 花子 様	保険種類	低解約返戻金型終身保険

③ 取扱者記入欄

④ 代理店・募集人コード	RG670-0001	実代理店・募集人コード	
⑤ 選択区分	被保険者 ① 告知書・無選択 ② 高額 ③ 証明書 ④ ドック ⑤ 原簿定額換 子ども保険の保険契約者 ① 告知書・無選択 ② 高額 ③ 証明書 ④ ドック ⑤ 原簿定額換	本人確認区分	3. 会社記入欄のとおり
被保険者職業コード	990	販売コード	⑥
契約者職業コード		手数料区分	0:登録どおり
⑦ 紹介代理店コード	形態コード ① 自己 ② 特定関係 ③ 募集制限先に該当するため手数料を受け取らず取扱 ④ その他手数料停止	代理店営業所	カナ
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	代理店社員	カナ
⑧ 団体扱	団体コード	団体名	
所属コード		社員コード	
⑨ 保全同時新契約	手続の種類	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

前事務代理店	代理店コード	募集人コード	実代理店コード	実募集人コード	割合	手数料区分	形態コード	代理店営業所コード	代理店社員コード
前事務代理店						登録どおり	④ 募集制限先に該当するため手数料を受け取らず取扱 ① 自己 ② 特定関係 ③ その他手数料停止	上記のとおり	上記のとおり

※開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

特種項目コード	G 8	実元証券番号	
① 契約者の本人確認済		成額補正	支社コード 補正割合 代行部コード 補正割合
② 親権者、契約者ともに本人確認済		③ 死亡・高度障害保険金請求権	④ A + B
③ 保見人、契約者ともに本人確認済		⑤ 満期保険金請求権・生存祝金	⑥ A + C
④ 法人と取引関係両方本人確認済		⑦ 解約返戻金および死亡保険金	⑧ B + C
⑤ 団体契約で窓口担当者の本人確認済		⑨ 支払免責の場合の返戻金請求権	⑩ A + B + C
⑥ 他契約で本人確認済		⑪ 未経過保険料返還請求権	
⑦ 200万円超で本人確認済			
⑧ 200万円超だが契約者直接振込			
⑨ 外国PEP			

4. 本社記入欄

1次決定	契約者本人確認済	成立前契約確認	1次決定書	1次決定入力	2次決定書	備考欄	営業店受付日
申込経路	申込 書面(書) 子ども(書)						
決定結果							
取消理由							

確認項目	確認内容
①取扱者/会社記入用紙	★当帳票の提出もれが多いです！ 提出もれにご注意ください！
②申込番号	・ 申込書と同じ申込番号が記載されているか
③代理店・募集人コード、実代理店・募集人コード	・ 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 ★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！ ★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！
④選択区分	・ 今回の申込に該当する選択区分に○をつけてあるか
⑤手数料区分	・ 正しい手数料区分が印字されているか
⑥形態コード	・ 該当する場合、○をつけているか ★記入もれが多い箇所です！ 該当する場合は○をつけてください。
⑦代理店分担	・ 代理店分担がある場合に○をつけてあるか ・ 代理店分担がある場合、「代理店分担票」を作成しているか
⑧団体扱	・ 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
⑨保全同時新契約	保全同時新契約の場合、記載があるか ・ 解約新契約 ・ 内容変更同時新契約 ・ 変換契約 ・ 解約予約新契約 ・ 内容変更予約同時新契約

⑩

詳細内容1		詳細内容2	
病名やけがの正式診断名・部位・検査名	病名やけがの正式診断名	病名やけがの正式診断名	病名やけがの正式診断名
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="radio"/> 全治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 経過観察中	全治時期 年 月 <input type="radio"/> 全治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 経過観察中	<input type="radio"/> 全治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 経過観察中
入院時期・期間	<input type="radio"/> 入院なし <input type="radio"/> 入院あり	入院時期・期間 年 月 (日) まで <input type="radio"/> 入院なし <input type="radio"/> 入院あり	<input type="radio"/> 入院なし <input type="radio"/> 入院あり
手術時期・手術名・部位	<input type="radio"/> 手術なし <input type="radio"/> 手術あり	手術時期 年 月 <input type="radio"/> 手術なし <input type="radio"/> 手術あり	<input type="radio"/> 手術なし <input type="radio"/> 手術あり
後遺症・合併症	<input type="radio"/> 後遺症・合併症なし <input type="radio"/> 後遺症・合併症あり	詳細内容 <input type="radio"/> 後遺症・合併症なし <input type="radio"/> 後遺症・合併症あり	<input type="radio"/> 後遺症・合併症なし <input type="radio"/> 後遺症・合併症あり

病名やけがの名前により、原因等により異なる内容の告知をお願いしております。本票裏面をご確認ください。

左記欄内に記入できない原因等の詳細(表示参照)、検査結果等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。
 難病の場合は、インスリン治療の有無をご記入ください。

▼上記で病名が、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、該当する病名について下記もあわせてご記入ください。

高血圧症	高脂血症・脂質異常症	高尿酸血症・痛風	貧血
最大(収縮期)血圧 (mmHg)	総コレステロール (mg/dL)	尿酸 (UA) (mg/dL)	ヘモグロビン(Hb) (g/dL)
最小(拡張期)血圧 (mmHg)	HDLコレステロール (mg/dL)		赤血球数(RBC) (10 ⁶ /μL)
平均動脈圧 (mmHg)	LDLコレステロール (mg/dL)		
	中性脂肪(TG) (mg/dL)		
直近の測定時期	年 月	年 月	年 月

確認項目

確認内容

⑩告知詳細内容

- ・⑨「被保険者の告知」に対し、記入もれや記入誤りがないか
- ・年月は未来日付になっていないか
- ・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

B

詳細内容1		詳細内容2	
健康診断・人間ドックの異常指摘について	検査名と検査結果について右表の記入例を参照してご記入ください。 検査名・部位 検査結果(数値・所見)	検査名と検査結果について右表の記入例を参照してご記入ください。 検査名・部位 検査結果(数値・所見)	検査名と検査結果の記入例 検査名:尿検査 検査結果:⑨Hb 14.0g/dL、尿糖2+、尿潜血3+等 検査名:血液検査 検査結果:具体的項目名と数値をご記入ください。 記入例のポイントをご確認ください。
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・精密検査受診時期	年 月	年 月	
再・精密検査について	下記①②のいずれかに○をしてください。 ① 今後、診療・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた ② 今後、診療・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	下記①②のいずれかに○をしてください。 ① 今後、診療・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた ② 今後、診療・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:心電図検査 検査結果:⑨心室性期外収縮、1度房室ブロック、心臓縮小等 検査名:胸部X線、CT検査等 検査結果:⑨〇〇性陰影、心臓拡大、肺動脈瘤等 検査名:腹部X線、CT、内視鏡検査等 検査結果:⑨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:⑨胆嚢ポリープ、胆筋肝等 検査名:乳房超音波(エコー)、マンモグラフィ検査等 検査結果:⑨乳房のう腫、乳腺線硬化等

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
障がいの程度・詳細	障がいの程度・詳細			
障がいの程度・詳細				障がいの程度・詳細

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

会社書出用 1640007

① 意向確認書

本書面は、今回ご提案させていただいた保険商品が、最終的なお客さまのご意向（二）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。

1. お客さまのご意向欄

【取扱者記入欄】

お客さまがご意向いただいた最終的なご意向を、下記に③チェックで記載させていただきます。最終的なご意向は、③チェックの欄に記入をお願いします。

個人の方	<input type="checkbox"/> ①死亡時の保障	<input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特定疾病・介護の保障	<input type="checkbox"/> ③貯蓄（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事業保障・事業継承（役員等の保障）	<input type="checkbox"/> ⑤福利厚生（従業員の保障）	<input type="checkbox"/> ⑥退職金（生存・死亡）準備

ご提案の保険商品は、お客さま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請される事項・優先する事項がある場合記入
【特記事項欄（取扱者記入欄）】

上記のお客さま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す。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き、最終的なご意向と相違が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。

2. お客さまの確認・チェック欄

【お客さまご自身がご記入ください】

ご提案内容が、お客さまの最終的なご意向と一致した内容となっているか、お客さま（保険契約者）ご自身が各項目内容をご確認のうえ、「はい」「いいえ」のいずれかに⑤チェックをいただきますようお願いいたします。

① 保険種類および主契約・特約・特約内容は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。また、満たせないニーズがある場合は、その旨ご了承いただいておりますか。	<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

●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、お客さまの最終的なご意向に沿わないため、再提案をさせていただきます。（このままの状態でも、ご加入いただくことはできません。）

3. お客さまの署名欄

【お客さまご自身がご記入ください】

本書面の⑥趣旨を理解のうえ、上記内容について確認・了承しました。

ご確認日 令和 年 月 日

保険契約者 ⑦ 様

親権者 ⑨ 様

⑧ 法人契約者印

※1 保険契約者が法人の場合は、記名のうえ、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・後見人が署名ください。

《お客さまへお願い》
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えをお受け取りのうえ保管ください。

会社書出用 (22080068) [801583]-0802 (23.03)

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"> ・申込書と同じ申込番号が記入されているか ・複数記入されている場合、全て同時申込契約か
③お客さまのご意向欄	<ul style="list-style-type: none"> ・チェックもれはないか ★申込み内容と比較して、チェック箇所誤りはないか ・訂正されている場合、契約者（未成年の場合は親権者）または取扱者による訂正署名または印があるか
④取扱者の署名	<ul style="list-style-type: none"> ・記入があるか ・判読不能な文字ではないか
⑤お客さまの確認・チェック欄	<ul style="list-style-type: none"> ・全て「はい」にチェックがあるか ・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
⑥ご確認日	<ul style="list-style-type: none"> ・記入があるか ・申込日の同日以前か ・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
⑦保険契約者	<ul style="list-style-type: none"> ・記入があるか ・申込書と同一人、同一筆跡か ・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
⑧法人契約者印	<ul style="list-style-type: none"> ・法人契約の場合、申込書と同一の法人印があるか
⑨親権者・後見人	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・申込書と同一人の場合、同一筆跡か

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"> ・「変額保険」の申込で使用されているか ★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
②申込番号	<ul style="list-style-type: none"> ・申込書と同じ申込番号が記入されているか ・複数記入されている場合、全て同時申込契約か
③お客さまのご意向欄	<ul style="list-style-type: none"> ・チェックもれはないか ★申込み内容と比較して、チェック箇所に誤りはないか ・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
④取扱者の署名	<ul style="list-style-type: none"> ・記入があるか ・判読不能な文字ではないか
⑤お客さまの確認・チェック欄	<ul style="list-style-type: none"> ・全て「はい」にチェックがあるか ・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
⑥ご確認日	<ul style="list-style-type: none"> ・記入があるか ・申込日の同日以前か ・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
⑦保険契約者	<ul style="list-style-type: none"> ・記入があるか ・申込書と同一人、同一筆跡か ・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
⑧法人契約者印	<ul style="list-style-type: none"> ・法人契約の場合、申込書と同一の法人印があるか
⑨親権者・後見人	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・申込書と同一人の場合、同一筆跡か

※帳票はイメージです。実際とは異なる場合があります。

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収・加)

3136706

金融機関・ゆうちょ銀行 御中

下記の取組企業から請求されたS O M P O びわろ生命保険株式会社に支払うべき生命保険料を預金口座振替指定 (ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込規定) を規約のうえ、指定口座から口座振替 (自動払込) により振込することを依頼します。

① 申込 (記入) ① 年 月 日 取組企業名 株式会社シーエスエス (C S S) 振替日・払込日 27日 (金融機関休業日の場合は翌営業日)

② 口座名義人 フリガナ ③ 金融機関お届け印 (有印はサイン) ④ 捺印 (ゆうちょ銀行は捺印)

⑤ 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 ④ 印鑑レス口座

⑥ 指定口座 ⑦ 既契約者 ⑧ 合算請求

⑨ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

⑩ 団体保険証券番号 ⑪ 団体コード

⑫ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

⑬ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

⑭ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

⑮ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

⑯ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

⑰ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

⑱ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

⑲ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

⑳ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉑ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉒ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉓ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉔ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉕ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉖ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉗ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉘ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉙ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉚ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉛ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉜ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉝ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉞ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㉟ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊱ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊲ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊳ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊴ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊵ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊶ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊷ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊸ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊹ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊺ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊻ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊼ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊽ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊾ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

㊿ 申込番号・証券番号・団体コード (必ずご記入ください)

確認項目	確認内容
①フリガナ	<ul style="list-style-type: none"> 記入があるか 訂正がある場合、届出印での訂正か 判読不能な文字ではないか
②口座名義人	<ul style="list-style-type: none"> 記入があるか ★(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 訂正がある場合、届出印での訂正か
③金融機関お届け印	<ul style="list-style-type: none"> 押印またはサインがあるか 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
④口座名義人続柄	<ul style="list-style-type: none"> ○もれがないか
⑤保険契約者	<ul style="list-style-type: none"> (契約者≠口座名義人の場合) 記入があるか 申込書の契約者と同一人か 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
⑥指定口座情報	<ul style="list-style-type: none"> 記入があるか 訂正がある場合、届出印での訂正か 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 ★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 判読不能な文字 (数字) ではないか
⑦既契約流用	<ul style="list-style-type: none"> ★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) 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 法人契約の場合、2 枚目に押印があるか
⑧申込番号	<ul style="list-style-type: none"> 記入があるか 記入されている申込番号は正当か 複数記入の場合、同時申込か 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) 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

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収・加)

3117507

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

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定(ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定)を了承のうえ、口座振替(自動払込)を依頼します。また、個人情報取得に同意します。

① 申込日(記入日) 令和 年 月 日 収納企業名 株式会社シーエスエス(CSS) 振替日・払込日 27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)

② 口座名義人 ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

確認項目	確認内容
⑨フリガナ	・ 複写されているか ・ 訂正がある場合、届出印での訂正か
⑩口座名義人	・ 複写されているか ★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 ・ 訂正がある場合、届出印での訂正か
⑪法人契約者印	・ 法人契約の場合、申込書と同一の法人印の押印があるか
⑫指定口座情報	・ 複写されているか ★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)
⑬既契約流用	・ 既契約口座を流用する場合、複写されているか ★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 ・ 法人契約の場合申込書と同一の法人印の押印があるか

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

0113007

本人確認書【法人用】

【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。】

記入日：令和 年 月 日

① 確認日時	② 確認者
--------	-------

該当する箇所をチェック（レ点）および記入ください。

③ 対象種目	④ 取引目的
--------	--------

□ 本人確認済みの当社既契約有無の確認（ただし、平成28年10月1日以降に本人確認した既契約に限ります。）
※失効した契約書は廃棄し、廃棄済と判断される場合は「無」を記載し、下記②③を記入してください。

本人確認済みの既契約 ⑤ ②③へ「有」の③の枠内に変更がないことを確認しました。 証券番号

法人等（国・自治体、人格のない社団・財団等を含む）および団体の特定事項

法人の区分 ⑥

名称・本店等の所在地 ⑦

⑧

本人確認書類 ⑨

事業内容★ ⑩

事業内容の確認書類★ ⑨

実質的支配者 ⑪

取引担当者の本人特定事項 ※公的証明書の原本の提示を受け、確認のうえに記入してください。

氏名、生年月日、法人・団体との関係 ⑫

住所 ⑫

本人確認書類 ⑨

取引担当者と認めた確認方法 ⑬

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 ⑧

代理店使用欄

営業店受付日 本社担当者

保険会社使用欄

（お客さまから本人特定事項等の変更の申し出）

確認日 令和 年 月 日

申込番号・証券番号

保険契約者名

当契約は、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

□ 譲り手切手の受領

□ 口座振替にて初回保険料を徴収（責任開始期に関する特約付加契約）

確認項目

確認内容

① 確認日時

・ 記入があるか

② 確認者

・ 記入があるか
・ 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

③ 対象種目、取引目的

・ レ点記入が正しくあるか

④ 申込番号/証券番号

・ 記入があるか

⑤ 本人確認済の既契約

・ 記入があるか
・ 「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

⑥ 法人の区分

・ レ点記入が正しくあるか

⑦ 名称・本店等の所在地

・ レ点記入が正しくあるか
・ 異なる場合、所在地の記入があるか

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

・ レ点記入が正しくあるか
・ 発行者の記入があるか
・ 発行年月日は確認日時から6カ月以内か

⑨ 本人確認書類、事業内容の確認書類

・ 記入があるか
・ 確認書類番号に即した詳細情報※の記入があるか
・ 確認書類の発行年月日は確認日時から有効期限内か※
※別紙1「本人確認で利用できる公的確認書類参照

⑩ 事業内容

・ レ点記入が正しくあるか

⑪ 実質的支配者

・ 記入があるか

⑫ 氏名、生年月日、法人・団体との関係

・ 記入があるか

⑬ 取引担当者と認めた確認方法

・ レ点記入が正しくあるか

①～⑬ 共通

・ 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

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、次のとおり本人確認を行いました。

確認対象者	① <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)		

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	③ <input type="checkbox"/> 養老保険 <input type="checkbox"/> 養老保険特約 <input type="checkbox"/> 変額保険(有期型) <input type="checkbox"/> 一時払終身保険 <input type="checkbox"/> 変額保険(終身型) <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) ④ <input type="checkbox"/> 200万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"/> 新向確認書との取り <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 の全額親(保護者、後見人)の場合は不要。

外国 PEP s ⑤ ☐ 該当します。 ☐ 該当しません。 ※別紙の提出必要

2 本人確認済みの当該既契約の有無の確認(ただし、平成28年10月1日以降に本人確認した既契約に限ります。)
※ 1に該当しない(過去の本人確認で外国 PEP s に該当していた方は「無」を選択し、下記 3をご記入ください。

本人確認済の既契約 ⑥ ☐ 有 ⑦ 証券番号

3 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 ⑦ 氏名 (氏名) (生年月日) 年 月 日
生年月日 (住所)
⑧ 申込書・保全請求書等と異なる (右記のとおり)

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 ⑧ ☐ 納税証明書 ☐ 公共料金の領収証書 ☐ 電気・ガス・水道・固定電話
☐ 社会保険料の領収証書 ☐ 国民健康保険 / 介護保険 ☐ その他(具体的に)

職業 ⑨ ☐ 団体職員 ☐ 会社役員 / 団体役員 ☐ 公務員 ☐ 個人事業主 / 自営業 ☐ 主婦 / 主夫 ☐ 学生
☐ アルバイト / 派遣社員 / 契約社員 ☐ 退職された方 / 無職の方 ☐ その他()

本人確認書類 ⑩ 詳細情報 発行年・発行月・発行日

1点で本人確認可能な本人確認書類
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：公的機関が発行した写真付証明書
※上記書類の1点および上記以外の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・後見人であること関係確認 ⑪ ☐ 親権者 ☐ 後見人 ☐ 登記事項証明書 ☐ 戸籍謄本 ☐ 本人確認書類で同一の姓・住所であることを確認

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	
当契約は、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。 <input type="checkbox"/> 保険契約者・団体からの会社口座への振込 <input type="checkbox"/> 譲り小切手の受領 <input type="checkbox"/> 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)		確認印	

850121(20.10)

確認項目	確認内容
① 確認対象者、確認日時	・ レ点記入が正しくあるか ・ 記入があるか
② 確認者	・ 記入があるか ・ 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
③ 対象種目、取引目的	・ レ点記入が正しくあるか
④ 申込番号/証券番号	・ 記入があるか
⑤ 外国 PEP s	・ 該当する場合レ点があるか
⑥ 本人確認済の既契約	・ 記入があるか ・ 「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
⑦ 氏名・住所、生年月日	・ レ点記入が正しくあるか ・ 異なる場合、氏名・住所・生年月日の記入があるか
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	・ レ点、理由記入が正しくあるか ・ 発行者の記入があるか ・ 発行年月日は確認日時から6カ月以内か
⑨ 職業	・ レ点記入が正しくあるか
⑩ 本人確認書類	・ 記入があるか ・ 確認書類番号に即した詳細情報※の記入があるか ・ 確認書類の発行年月日は確認日時から有効期限内か※ ・ 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
⑪ 親権者・後見人であることの関係確認	・ レ点記入が正しくあるか
①～⑪ 共通	・ 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

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」「租税法、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
氏名・法人名	法人印

住所・所在地

⑤ 税法上の居住地域が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。（居住地域が「日本国」の場合記入不要）

居住地域名※1	外国納税者番号※2
住所・所在地と居住地域が異なる理由※3	

⑥ 法人のお客さまの場合、以下ご記入ください。

☐ 右記の法人に該当します。

☐ 右記の法人に該当しません。

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

「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	氏名・名称	氏名・名称
生年月日	生年月日	生年月日	生年月日
住所・所在地	住所・所在地	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	法人との関係性※4	法人との関係性※4
外国 P E P s	外国 P E P s	外国 P E P s	外国 P E P s
居住地域	居住地域	居住地域	居住地域
住所・所在地と居住地域が異なる理由※3	住所・所在地と居住地域が異なる理由※3	住所・所在地と居住地域が異なる理由※3	住所・所在地と居住地域が異なる理由※3
上記居住地域が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。	上記居住地域が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。	上記居住地域が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。	上記居住地域が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。
居住地域名※1	居住地域名※1	居住地域名※1	居住地域名※1
外国納税者番号※2	外国納税者番号※2	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	契約者の法人番号	契約者の法人番号

③ 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
--------	---------

※1：居住地域を有しない場合、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・所在地と居住地域が異なる場合、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。

確認項目

確認内容

①届出日

- ・ 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

②氏名・法人名

- ・ 記入があるか（法人名はゴム印可）
- ・ 訂正されている場合、契約者訂正署名または印があるか

③法人印

- ・ 法人契約の場合、申込書と同一の法人印があるか

④住所・所在地

- ・ 記入があるか
- ・ 訂正されている場合、契約者訂正署名または印があるか

⑤（１）税法上の居住地域が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください

- ・ 税法上の居住地域が「日本国以外」の場合、記入があるか
- ・ 訂正されている場合、契約者訂正署名または印があるか

⑥（２）法人のお客さまの場合、以下ご記入ください

- ・ いずれかにレ点記入があるか
- ・ 訂正されている場合、契約者訂正署名または印があるか

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
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	外国納税者番号※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 checked="" 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		住所・所在地	
⑩ 法人との関係性※4		法人との関係性※4	
⑪ 外国PEPs	<input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要	外国PEPs	<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	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。		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		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	

3 特定組合に該当する場合、以下ご記入ください。

⑮ 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。

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PEPs	・ 外国PEPsに該当する場合、チェックがあるか ※「外国PEPs」に該当する場合、「本人確認書別紙【外国PEPs】」（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
⑦～⑮ 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

※一括の場合はFROM~TO形式で記入ください。

☐ 個別契約 ☐ 一括契約

契約者名 ②

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。

	代理店コード	募集人コード	割合 (%)	営業所コード	社員コード	股数 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
幹事	③									
非幹事	④									

※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

営業店
担当者

本社
担当者

※入力・押印どちらでも可
 新契約 23. 05 (630043)

1463309

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 ★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
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 ★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

●医療保険の場合 ～表・左面～ （意向確認書・申込書）

訂正自署必要

訂正自署不要

場合によって
訂正自署必要

1242003

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日型

文書募集用

1 意向確認書 意向確認書面作成責任者 氏名記入欄

2 ご確認いただく内容 ① 保険内容(主契約・特約・特約) ② 保険料(保険料払込方法・保険料払込期日・保険料払込額) ③ 解約返戻金の水準・配当金の有無についてご確認 ④ お申し込みいただく保険内容は、最終的なご意向と一致した内容になっていきます。

3 資料番号 K1 (230300)

4 申込書受付日 令和 年 月 日

5 申込日 令和 年 月 日

6 申込書受付日 令和 年 月 日

7 申込書受付日 令和 年 月 日

8 申込書受付日 令和 年 月 日

9 申込書受付日 令和 年 月 日

10 申込書受付日 令和 年 月 日

11 申込書受付日 令和 年 月 日

12 申込書受付日 令和 年 月 日

13 申込書受付日 令和 年 月 日

14 申込書受付日 令和 年 月 日

15 申込書受付日 令和 年 月 日

16 申込書受付日 令和 年 月 日

17 申込書受付日 令和 年 月 日

18 申込書受付日 令和 年 月 日

19 申込書受付日 令和 年 月 日

20 申込書受付日 令和 年 月 日

21 申込書受付日 令和 年 月 日

22 申込書受付日 令和 年 月 日

23 申込書受付日 令和 年 月 日

24 申込書受付日 令和 年 月 日

25 申込書受付日 令和 年 月 日

26 申込書受付日 令和 年 月 日

27 申込書受付日 令和 年 月 日

28 申込書受付日 令和 年 月 日

29 申込書受付日 令和 年 月 日

30 申込書受付日 令和 年 月 日

31 申込書受付日 令和 年 月 日

32 申込書受付日 令和 年 月 日

33 申込書受付日 令和 年 月 日

34 申込書受付日 令和 年 月 日

35 申込書受付日 令和 年 月 日

36 申込書受付日 令和 年 月 日

37 申込書受付日 令和 年 月 日

38 申込書受付日 令和 年 月 日

39 申込書受付日 令和 年 月 日

40 申込書受付日 令和 年 月 日

41 申込書受付日 令和 年 月 日

42 申込書受付日 令和 年 月 日

43 申込書受付日 令和 年 月 日

44 申込書受付日 令和 年 月 日

45 申込書受付日 令和 年 月 日

46 申込書受付日 令和 年 月 日

47 申込書受付日 令和 年 月 日

48 申込書受付日 令和 年 月 日

49 申込書受付日 令和 年 月 日

50 申込書受付日 令和 年 月 日

51 申込書受付日 令和 年 月 日

52 申込書受付日 令和 年 月 日

53 申込書受付日 令和 年 月 日

54 申込書受付日 令和 年 月 日

55 申込書受付日 令和 年 月 日

56 申込書受付日 令和 年 月 日

57 申込書受付日 令和 年 月 日

58 申込書受付日 令和 年 月 日

59 申込書受付日 令和 年 月 日

60 申込書受付日 令和 年 月 日

61 申込書受付日 令和 年 月 日

62 申込書受付日 令和 年 月 日

63 申込書受付日 令和 年 月 日

64 申込書受付日 令和 年 月 日

65 申込書受付日 令和 年 月 日

66 申込書受付日 令和 年 月 日

67 申込書受付日 令和 年 月 日

68 申込書受付日 令和 年 月 日

69 申込書受付日 令和 年 月 日

70 申込書受付日 令和 年 月 日

71 申込書受付日 令和 年 月 日

72 申込書受付日 令和 年 月 日

73 申込書受付日 令和 年 月 日

74 申込書受付日 令和 年 月 日

75 申込書受付日 令和 年 月 日

76 申込書受付日 令和 年 月 日

77 申込書受付日 令和 年 月 日

78 申込書受付日 令和 年 月 日

79 申込書受付日 令和 年 月 日

80 申込書受付日 令和 年 月 日

81 申込書受付日 令和 年 月 日

82 申込書受付日 令和 年 月 日

83 申込書受付日 令和 年 月 日

84 申込書受付日 令和 年 月 日

85 申込書受付日 令和 年 月 日

86 申込書受付日 令和 年 月 日

87 申込書受付日 令和 年 月 日

88 申込書受付日 令和 年 月 日

89 申込書受付日 令和 年 月 日

90 申込書受付日 令和 年 月 日

91 申込書受付日 令和 年 月 日

92 申込書受付日 令和 年 月 日

93 申込書受付日 令和 年 月 日

94 申込書受付日 令和 年 月 日

95 申込書受付日 令和 年 月 日

96 申込書受付日 令和 年 月 日

97 申込書受付日 令和 年 月 日

98 申込書受付日 令和 年 月 日

99 申込書受付日 令和 年 月 日

100 申込書受付日 令和 年 月 日

項目	確認項目
全体	<ul style="list-style-type: none"> ・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） ・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） ・二重書きは不可。訂正必要。
① 意向確認書面作成責任者欄	<ul style="list-style-type: none"> ・募集人名記載有無の確認。（印字やゴム印可） ・募集人と取扱は同一でなくてOK。
② ご確認いただきたい事項欄	<ul style="list-style-type: none"> ・「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） ・「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）。
③ 支社コード	ひまわり営業店の支社コード記入
④ 申込書受付日	<ul style="list-style-type: none"> ・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
⑤ 保険契約者欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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。 ・勤務先名：補記・スタンプOK。 ・部署名：補記OK。 ・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。
⑥ 被保険者・親権者（後見人）欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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。

●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

SOMPOひまわり生命保険株式会社
告知書【医療保険（MI-01）】

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛
別紙「お申込書様式サポート資料」の貴社の購入情報の添付（第三者に提供することを含みます）について内容を説明し、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、および提出した告知書等の情報は返送されないことに同意します。
※別紙「お申込書様式サポート資料」の「告知サポート資料」を添付したうえで、本紙に貼着する必要があります。
二重検査を実施する場合は私自身がを行います。

告知日 令和 年 月 日

被保険者氏名 アリカ

生年月日 昭和 年 月 日

身長 160 cm 性別 女性

体重 50 kg

勤務先名 株式会社

職業・仕事内容 営業

勤務先の業種 製造業

勤務先住所 東京都 区 丁目 番 号

勤務先電話番号 03-XXXX-XXXX

勤務先メールアドレス example@example.com

勤務先代表者氏名 代表取締役

勤務先代表者職名 代表取締役

勤務先代表者住所 東京都 区 丁目 番 号

勤務先代表者電話番号 03-XXXX-XXXX

勤務先代表者メールアドレス example@example.com

告知事項

1 最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療（薬の処方を含む）を受けたことがありますか。

2 過去5年以内の病気やけがについて教えてください。

3 過去2年以内に、がん（悪性新生物・悪性腫瘍）または上皮がんにかかったことがありますか。

4 過去2年以内に、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。

5 身体の不調について教えてください。

6 過去1年以内に、喫煙またはタバコ製品を使用したことがありますか。

7 18歳以上の女性に、妊娠、妊娠していますか。

8 現在、以下①～④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員を必要としますか。

9 40歳以上の方におられますか。

	項目	確認項目
①	告知欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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） ・告知日：記入した日（告知した日）を記入する ・勤務先名：表に記入があれば、未記入でOK。 ・身長・体重は、小数点以下の数値まで記入。
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"> ・「いいえ」から「はい」への訂正 ・4項「いいえ」⇔「健診・人間ドックを受けていない」の訂正 ・男性の7項告知（はい・いいえ問わず）

●医療保険の場合 ～裏 右面～ （告知書 つづき）

訂正自署必要

訂正自署不要

場合によって
訂正自署必要

3

病名・けがの正式診断名・部位・検査名	診断開始時期	現在の状況	入院時期・期間	手術時期・手術名・部位	後遺症・合併症
病名・けがの正式診断名・部位・検査名	年 月 から 年 月 まで	○全治 ○治療中 ○経過観察中	入院時期・期間 年 月 から 年 月 まで	手術時期・手術名・部位 年 月 から 年 月 まで	後遺症・合併症

4

※上記で病名・けがの名前が、高血圧症、高脂血症、糖尿病、高尿酸血症、痛風、貧血の書きのみ、要する病名について下記もあわせて記入ください。

高血圧症	高脂血症・高尿酸血症	糖尿病	痛風	貧血
病名・検査名 検査結果: 収縮圧、拡張圧、脈波、心電図、心臓超音波検査等	病名・検査名 検査結果: 総コレステロール、LDLコレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪、尿酸値等	病名・検査名 検査結果: 空腹血糖、HbA1c、血糖値、尿糖、尿糖定性検査等	病名・検査名 検査結果: 尿酸値、尿酸定性検査等	病名・検査名 検査結果: 赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、鉄蛋白、総鉄結合能力、血清鉄、血清フェリチン、鉄代謝検査等

5

※上記で病名・けがの名前が、高血圧症、高脂血症、糖尿病、高尿酸血症、痛風、貧血の書きのみ、要する病名について下記もあわせて記入ください。

高血圧症	高脂血症・高尿酸血症	糖尿病	痛風	貧血
病名・検査名 検査結果: 収縮圧、拡張圧、脈波、心電図、心臓超音波検査等	病名・検査名 検査結果: 総コレステロール、LDLコレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪、尿酸値等	病名・検査名 検査結果: 空腹血糖、HbA1c、血糖値、尿糖、尿糖定性検査等	病名・検査名 検査結果: 尿酸値、尿酸定性検査等	病名・検査名 検査結果: 赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、鉄蛋白、総鉄結合能力、血清鉄、血清フェリチン、鉄代謝検査等

6

※上記で病名・けがの名前が、高血圧症、高脂血症、糖尿病、高尿酸血症、痛風、貧血の書きのみ、要する病名について下記もあわせて記入ください。

高血圧症	高脂血症・高尿酸血症	糖尿病	痛風	貧血
病名・検査名 検査結果: 収縮圧、拡張圧、脈波、心電図、心臓超音波検査等	病名・検査名 検査結果: 総コレステロール、LDLコレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪、尿酸値等	病名・検査名 検査結果: 空腹血糖、HbA1c、血糖値、尿糖、尿糖定性検査等	病名・検査名 検査結果: 尿酸値、尿酸定性検査等	病名・検査名 検査結果: 赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、鉄蛋白、総鉄結合能力、血清鉄、血清フェリチン、鉄代謝検査等

「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。

項目	確認項目
詳細告知書 共通	<ul style="list-style-type: none"> ・記入漏れがないか確認。 ・引き受け目安の確認。 ・全項目に訂正自署不要。 （本人の訂正であることが前提）
③ Aの詳細内容欄	<ul style="list-style-type: none"> ・病名・けがの名前は、症状ではなく、診断名。（X:腹痛 O:胃炎） ・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。
④ 追加告知欄	<ul style="list-style-type: none"> ・詳細内容欄に記入できなかった内容を記入。 ・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。 ・書ききれない場合は、別紙の追加告知書が必要。
⑤ 数値記入欄	<ul style="list-style-type: none"> ・該当箇所のみ記入。
⑥ 健診結果欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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。

●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

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"> ・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） ・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） ・二重書きは不可。訂正必要。
①	意向確認書面作成責任者欄	<ul style="list-style-type: none"> ・募集人名記載有無の確認。（印字やゴム印可） ・募集人と取扱は同一でなくてOK。
②	ご確認ください事項欄	<ul style="list-style-type: none"> ・「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） ・「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）。
③	支社コード	<ul style="list-style-type: none"> ・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"> ・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
⑤	保険契約者欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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。 ・勤務先名：補記・スタンプOK。 ・部署名：補記OK。 ・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。
⑥	被保険者・親権者（後見人）欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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。

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）B型・60日型

文書募集用
保障内容印字用

1. 意向確認書面作成責任者欄

2. 意向確認書面作成責任者欄

3. 支社コード

4. 申込書受領日

5. 保険契約者欄

6. 被保険者・親権者（後見人）欄

（22070098）891550・0400（23.3）SA

●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

SOMPOひまわり生命保険株式会社
告知書【医療保険（MI-01）】

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛
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。
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、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。
事前に別紙「お申込手続きサポート資料」内の「告知サポート資料」を確認したうえで記入し、事実を正確に記述してください。

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、
ありのままを正確に、もれなくご記入ください。
※15歳未満の遺言、遺贈者、後見人の代筆記入も可能です。
当社の職員や専任代理店に直接お話しされても告知していただくことはなりません。

告知日 令和 年 月 日
被保険者氏名 姓 名
生年月日 昭和 年 月 日
身長 cm 性別 男性 女性
体重 kg 年齢 歳
勤務先名 職業・仕事内容
勤務先の業種

①

告知欄

確認項目

- ・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）
- ・告知日：記入した日（告知した日）を記入する
- ・勤務先名：表に記入があれば、未記入でOK。
- ・身長・体重は、小数点以下の数値まで記入。

②

被保険者の告知欄

- 以下のケースを除き、すべて訂正自署が必要。
- ・「いいえ」から「はい」への訂正
 - ・4項「いいえ」⇔「健診・人間ドックを受けていない」の訂正
 - ・男性の7項告知（はい・いいえ問わず）

以下の質問事項について「はい」「いいえ」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」いずれか所定の欄に詳細内容をご記入ください。

質問事項（すべての方）

被保険者の告知

1 最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療（薬の処方を含む）を受けたことがありますか。
△「健康診断・人間ドック（再検査・精密検査も含む）」「異常指摘を受けたコンタクトレンズ処方時」
乳がん検診・経腸検診（正常経過）は除きます。

2 過去5年以内の病気やけがについてお答えください。別紙「お申込手続きサポート資料（告知欄記入欄）」
の記入欄のポイントをご確認ください。

3 今までに、がん（悪性新生物・悪性腫瘍）または上皮がんにかかったことがありますか。
△「がん」には、白血病・骨髄腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。
△「上皮がん」には、子宮頸部高度異形成または病理組織診断CIN3を含みます。

4 過去2年以内に、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。
△「健康診断・人間ドック」とは健康維持・病気の早期発見のための診察・検査をいい、自費的に受診した
「基本健康診査」「がん検診」「脳ドック」「PET検査」などの検査や検査を含みます。

5 身体の障がいについてお答えください。①視力・聴力・言語・そしゃく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）に変形や障がいがありますか。
△「手」とは肩関節から手指までの上肢、また「足」とは股関節から足指までの下肢をいいます。

6 過去1年以内に、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（紙巻タバコ、葉巻、パイプ、詰めタバコ、喉がタバコ、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。
※健康保険料率特約を付加できない保険種類の場合、参考事項とさせていただきます。

7 18歳以上の女性にお答えください。現在、妊娠していますか。

質問事項（介護一時金特約・医療用介護年金特約を付加される場合のみ）

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員を必要としますか。
①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排泄

9 40歳以上の方にお答えください。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。

場合によって
訂正自署必要

病気やけがの名前により、原因等のより詳しい内容の告知をお願いしております。8紙「お申込手紙サポーター資料(傷病別告知項目)」をご覧ください。

障がいのある 部位・原因	障がいのある部位	原因	症状の 発症時期	年	月
障がいの程度・詳細	両方障がいのある場合はなすの欄に両方を記入		障害等級 (認定を受けている場合は)	級	

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

2206202

・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。

●医療保険の場合 ～表・左面～
(意向確認書・取扱者記入欄)

1242300

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日型

文書募集用

簡易告知専用

XXXXXXXXXXXX

1 をご確認ください。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 意向及...

意向確認書面作成責任者 代理店記入欄

本書面でお申し込みいただく保険内容が、最終的にお客さまのご意向(ニーズ)と一致した内容であるかをお客さまご自身がご確認ください。
「パンフレット」または「設計書」、「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(抜粋)」または「ご契約のしおり・約款」を精読いただき、必ず、下記内容についてお客さまご自身が、ご確認・ご決定しお申し込みください。

I 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。

病気・ケガの保障

Ⅱ ご契約内容がお客さまの最終的な意向と一致し、お客さま(保険契約者様)が各項目内容を正確のうえ、「はい」「いいえ」に☑をつけてください。

1 保険内容(主契約・特則・特約)、保障内容(保険額・給付金額等)はご意向に沿った内容となっています。

の
認識

すでしょうか。

2 保険期間、保険料、保険料払込期間、保険料払込法は、ご意向に沿った内容となっていますでしょうか。

③ 解約返戻金の水準・配当金の有無についてご理
 いただいていますでしょうか。

4 お申し込みいただく保険商品は、最終的なご意向

— 1977-1978, 1979-1980, 1981-1982, 1983-1984, 1985-1986, 1987-1988, 1989-1990, 1991-1992, 1993-1994, 1995-1996, 1997-1998, 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016, 2017-2018, 2019-2020, 2021-2022, 2023-2024, 2025-2026, 2027-2028, 2029-2030, 2031-2032, 2033-2034, 2035-2036, 2037-2038, 2039-2040, 2041-2042, 2043-2044, 2045-2046, 2047-2048, 2049-2050, 2051-2052, 2053-2054, 2055-2056, 2057-2058, 2059-2060, 2061-2062, 2063-2064, 2065-2066, 2067-2068, 2069-2070, 2071-2072, 2073-2074, 2075-2076, 2077-2078, 2079-2080, 2081-2082, 2083-2084, 2085-2086, 2087-2088, 2089-2090, 2091-2092, 2093-2094, 2095-2096, 2097-2098, 2099-2100, 2101-2102, 2103-2104, 2105-2106, 2107-2108, 2109-2110, 2111-2112, 2113-2114, 2115-2116, 2117-2118, 2119-2120, 2121-2122, 2123-2124, 2125-2126, 2127-2128, 2129-2130, 2131-2132, 2133-2134, 2135-2136, 2137-2138, 2139-2140, 2141-2142, 2143-2144, 2145-2146, 2147-2148, 2149-2150, 2151-2152, 2153-2154, 2155-2156, 2157-2158, 2159-2160, 2161-2162, 2163-2164, 2165-2166, 2167-2168, 2169-2170, 2171-2172, 2173-2174, 2175-2176, 2177-2178, 2179-2180, 2181-2182, 2183-2184, 2185-2186, 2187-2188, 2189-2190, 2191-2192, 2193-2194, 2195-2196, 2197-2198, 2199-2200, 2201-2202, 2203-2204, 2205-2206, 2207-2208, 2209-2210, 2211-2212, 2213-2214, 2215-2216, 2217-2218, 2219-2220, 2221-2222, 2223-2224, 2225-2226, 2227-2228, 2229-2230, 2231-2232, 2233-2234, 2235-2236, 2237-2238, 2239-2240, 2241-2242, 2243-2244, 2245-2246, 2247-2248, 2249-2250, 2251-2252, 2253-2254, 2255-2256, 2257-2258, 2259-2260, 2261-2262, 2263-2264, 2265-2266, 2267-2268, 2269-2270, 2271-2272, 2273-2274, 2275-2276, 2277-2278, 2279-2280, 2281-2282, 2283-2284, 2285-2286, 2287-2288, 2289-2290, 2291-2292, 2293-2294, 2295-2296, 2297-2298, 2299-2300, 2301-2302, 2303-2304, 2305-2306, 2307-2308, 2309-2310, 2311-2312, 2313-2314, 2315-2316, 2317-2318, 2319-2320, 2321-2322, 2323-2324, 2325-2326, 2327-2328, 2329-2330, 2331-2332, 2333-2334, 2335-2336, 2337-2338, 2339-2340, 2341-2342, 2343-2344, 2345-2346, 2347-2348, 2349-2350, 2351-2352, 2353-2354, 2355-2356, 2357-2358, 2359-2360, 2361-2362, 2363-2364, 2365-2366, 2367-2368, 2369-2370, 2371-2372, 2373-2374, 2375-2376, 2377-2378, 2379-2380, 2381-2382, 2383-2384, 2385-2386, 2387-2388, 2389-2390, 2391-2392, 2393-2394, 2395-2396, 2397-2398, 2399-2400, 2401-2402, 2403-2404, 2405-2406, 2407-2408, 2409-2410, 2411-2412, 2413-2414, 2415-2416, 2417-2418, 2419-2420, 2421-2422, 2423-2424, 2425-2426, 2427-2428, 2429-2430, 2431-2432, 2433-2434, 2435-2436, 2437-2438, 2439-2440, 2441-2442, 2443-2444, 2445-2446, 2447-2448, 2449-2450, 2451-2452, 2453-2454, 2455-2456, 2457-2458, 2459-2460, 2461-2462, 2463-2464, 2465-2466, 2467-2468, 2469-2470, 2471-2472, 2473-2474, 2475-2476, 2477-2478, 2479-2480, 2481-2482, 2483-2484, 2485-2486, 2487-2488, 2489-2490, 2491-2492, 2493-2494, 2495-2496, 2497-2498, 2499-2500, 2501-2502, 2503-2504, 2505-2506, 2507-2508, 2509-2510, 2511-2512, 2513-2514, 2515-2516, 2517-2518, 2519-2520, 2521-2522, 2523-2524, 2525-2526, 2527-2528, 2529-2530, 2531-2532, 2533-2534, 2535-2536, 2537-2538, 2539-2540, 2541-2542, 2543-2544, 2545-2546, 2547-2548, 2549-2550, 2551-2552, 2553-2554, 2555-2556, 2557-2558, 2559-2560, 2561-2562, 2563-2564, 2565-2566, 2567-2568, 2569-2570, 2571-2572, 2573-2574, 2575-2576, 2577-2578, 2579-2580, 2581-2582, 2583-2584, 2585-2586, 2587-2588, 2589-2590, 2591-2592, 2593-2594, 2595-2596, 2597-2598, 2599-2600, 2601-2602, 2603-2604, 2605-2606, 2607-2608, 2609-2610, 2611-2612, 2613-2614, 2615-2616, 2617-2618, 2619-2620, 2621-2622, 2623-2624, 2625-2626, 2627-2628, 2629-2630, 2631-2632, 2633-2634, 2635-2636, 2637-2638, 2639-2640, 2641-2642, 2643-2644, 2645-2646, 2647-2648, 2649-2650, 2651-2652, 2653-2654, 2655-2656, 2657-2658, 2659-2660, 2661-2662, 2663-2664, 2665-2666, 2667-2668, 2669-2670, 2671-2672, 2673-2674, 2675-2676, 2677-2678, 2679-2680, 2681-2682, 2683-2684, 2685-2686, 2687-2688, 2689-2690, 2691-2692, 2693-2694, 2695-2696, 2697-2698, 2699-2700, 2701-2702, 2703-2704, 2705-2706, 2707-2708, 2709-2710, 2711-2712, 2713-2714, 2715-2716, 2717-2718, 2719-2720,

一致した内容になっていないでしょうか。

！ 確認いただいた内容に
いただくことができません

右には、お客さまのご意向に沿わない商品となりますので、このまま
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。
お客さまの当社の担当者である生命保険募集人の身分・権限等に関して確認をご希望の場合は、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 の 入 力	代理店・集金人コード	-										形態コード										
	(兼代理店・集金人コード)	-										代理店営業所	カナ コード		代理店社員 コード	カナ コード						
	選別区分	被保険者										団体 コード	名称									
	本人確認区分	① 告知書										団体 役	所属コード									
	販売コード	F	H	COM 区分									社員コード									
被保険者職業コード																						

[illegible][illegible]

(22070102) 891552-0300(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
	全体	<ul style="list-style-type: none"> ・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） ・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） ・二重書きは不可。訂正必要。
①	意向確認書面 作成 責任者欄	<ul style="list-style-type: none"> ・募集人名記載有無の確認。（印字やゴム印可） ・募集人と取扱は同一でなくてOK。
②	ご確認いただきたい事項欄	<ul style="list-style-type: none"> ・「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） ・「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）。
③	取扱者記入欄	<ul style="list-style-type: none"> ・代理店コードスタンプ、募集人コードは手書き。 ・販売コード（3桁目）⇒初回給与天引き：W 上記以外※：0（ゼロ） ※口振扱や1P契約者直接振込 ・被保険者職業コード：○○○ ・団体コード・名称：○○○ ・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

●医療保険の場合 ～表・右面～ （申込書）

訂正自署必要

訂正自署不要

場合によって
訂正自署必要

生命保険契約申込書 [医療保険 (MI-01)]
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

申込書 支社コード

4

5

6

7

8

2 「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（抜粋）」、「ご契約のしおり（約款）」を受領し、これらに記載された重要事項および、同意事項の内容を確認し、契約内容について了解しました。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 保険契約者欄と同一の場合、3 被保険者欄の記入は不要です。

4 指定代理請求人欄

5 申込書受領日

6 申込日

7 住所

8 フリガナ

9 氏名

10 性別

11 年齢

12 契約日時点での満年齢

13 勤務先名

14 部署名

15 日中の連絡先

16 自宅

17 本人・配偶者・その他

18 未成年者の場合

19 親権者

20 被保険者から見た続柄

21 親権者

22 後見人

23 指定代理請求人

24 指定代理請求人欄

25 指定代理請求人欄

26 指定代理請求人欄

27 指定代理請求人欄

28 指定代理請求人欄

29 指定代理請求人欄

30 指定代理請求人欄

31 指定代理請求人欄

32 指定代理請求人欄

33 指定代理請求人欄

34 指定代理請求人欄

35 指定代理請求人欄

36 指定代理請求人欄

37 指定代理請求人欄

38 指定代理請求人欄

39 指定代理請求人欄

40 指定代理請求人欄

41 指定代理請求人欄

42 指定代理請求人欄

43 指定代理請求人欄

44 指定代理請求人欄

45 指定代理請求人欄

46 指定代理請求人欄

47 指定代理請求人欄

48 指定代理請求人欄

49 指定代理請求人欄

50 指定代理請求人欄

51 指定代理請求人欄

52 指定代理請求人欄

53 指定代理請求人欄

54 指定代理請求人欄

55 指定代理請求人欄

56 指定代理請求人欄

57 指定代理請求人欄

58 指定代理請求人欄

59 指定代理請求人欄

60 指定代理請求人欄

61 指定代理請求人欄

62 指定代理請求人欄

63 指定代理請求人欄

64 指定代理請求人欄

65 指定代理請求人欄

66 指定代理請求人欄

67 指定代理請求人欄

68 指定代理請求人欄

69 指定代理請求人欄

70 指定代理請求人欄

71 指定代理請求人欄

72 指定代理請求人欄

73 指定代理請求人欄

74 指定代理請求人欄

75 指定代理請求人欄

76 指定代理請求人欄

77 指定代理請求人欄

78 指定代理請求人欄

79 指定代理請求人欄

80 指定代理請求人欄

81 指定代理請求人欄

82 指定代理請求人欄

83 指定代理請求人欄

84 指定代理請求人欄

85 指定代理請求人欄

86 指定代理請求人欄

87 指定代理請求人欄

88 指定代理請求人欄

89 指定代理請求人欄

90 指定代理請求人欄

91 指定代理請求人欄

92 指定代理請求人欄

93 指定代理請求人欄

94 指定代理請求人欄

95 指定代理請求人欄

96 指定代理請求人欄

97 指定代理請求人欄

98 指定代理請求人欄

99 指定代理請求人欄

100 指定代理請求人欄

項目	確認項目
④ 支社コード	ひまわり営業店の支社コード記入
⑤ 申込書受領日	・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
⑥ 保険契約者欄	・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 ・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。 ・勤務先名: 補記・スタンプOK。 ・部署名: 補記OK。 ・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。
⑦ 被保険者・親権者(後見人)欄	・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 ・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。
⑧ 指定代理請求特約欄	・付加する⇔付加しない: 自署対象者の訂正自署必要。 ・指定代理請求人欄: 自署対象者の訂正自署必要。 ・続柄: 訂正自署不要。 ※自署対象者: 契約者、被保険者それぞれ必要

裏面の生命保険契約申込書・告知書も必ずご記入ください。

●医療保険の場合 ～裏 左面～ （申込書つづき）

訂正自署必要

訂正自署不要

場合によって
訂正自署必要

9

生命保険契約申込書〔医療保険（MI-01）〕

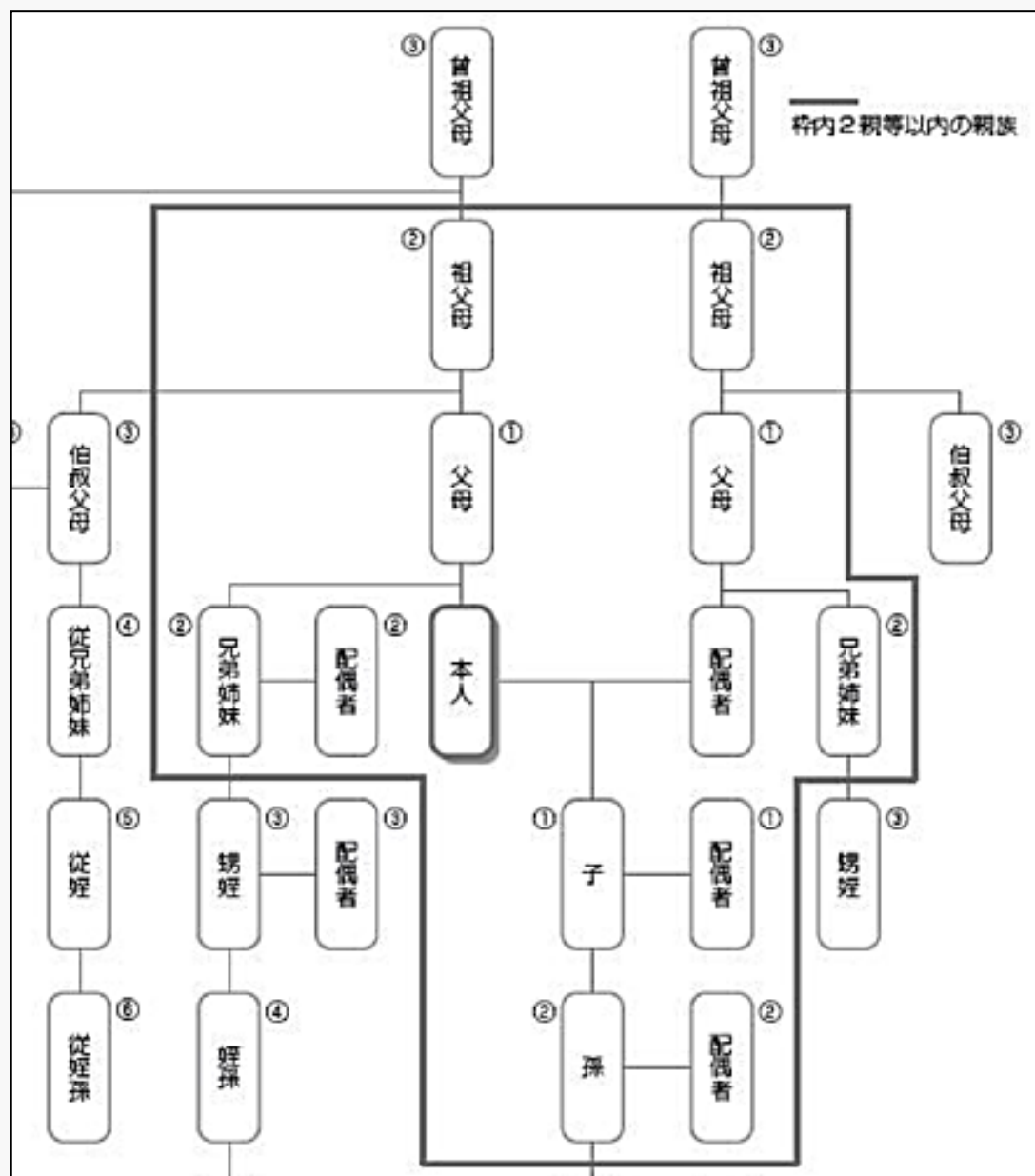
5 保障内容																																					
払込方法 ① 月払 ② 半年払 ③ 年払	払込経路 ① 口座振替 ② 振込 (A) ③ 振込 (A) ④ 振込 (B) ④ 振込 (B) ⑤ クレジット カード ⑥ 振替	責任開始期※1 に関する特約 ① 付加する ② 付加しない	第1回保険料 （標準・特約・振込費のみ） ① 払込経路指定先 より第1回保険料 を支払います。	保険期間 終身																																	
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">保険料の お支払い期間を お選びください。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="radio"/> 終身払 <input type="radio"/> 歳払 <input type="radio"/> 年払 </div>																																					
保障種類 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																																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2">基本プラン</th> <th colspan="2">オプション</th> <th rowspan="2">質問事項 1～3に 回答ください。</th> </tr> <tr> <th>主契約</th> <th>特約</th> <th>特約</th> <th>特約</th> </tr> <tr> <td> 入院給付金日額 5,000円 上記以外 <input type="text"/> 000円 ※1契約の上限は 15,000円 （別途通算規定あり） </td> <td> 死亡保険金不担保 特約 付加する </td> <td> 医療用新先進医療 特約 付加する 受療した先進医療の 治療料相当額 通算2,000万円限度 </td> <td> ① 医療用入院 一時金特約 <input type="radio"/> 入院給付金 日額の10倍 ② 医療用通院 特約 5,000円 上記以外 <input type="text"/> 00円 ※入院給付金日額以下 （別途通算規定あり） </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> オプション ③ 医療用健康回復支援給付特約（特定治療療給付型） 5万円 上記以外 <input type="text"/> 万円 ※5万円以下（別途通算規定あり） </td> <td> 質問事項 4に 回答ください。 </td> </tr> <tr> <td> A群 ④ 医療用女性疾病 入院特約 5,000円 上記以外 <input type="text"/> 00円 ※入院給付金日額以下 （別途通算規定あり） </td> <td> ⑤ 医療用新がん診断 給付特約 50万円 上記以外 <input type="text"/> 0 万円 （10万円単位） </td> <td> ⑥ 医療用新がん外来 治療給付特約 ※3 ※4 付加する （入院給付金日額と同額） </td> <td> ⑦ 医療用抗がん剤 治療給付特約 5万円 上記以外 <input type="text"/> 万円 （1万円単位） </td> <td> 質問事項 5～6に 回答ください。 </td> </tr> <tr> <td> B群 ⑧ 医療用保険料免除特約 付加する </td> <td> ⑨ 新三大疾病支払 日数無制限特約 付加する （入院給付金日額と同額） </td> <td colspan="2"> ⑩ 医療用新三大疾病 一時金特約 50万円 上記以外 <input type="text"/> 0 万円 （10万円単位） </td> <td> 質問事項 5～7に 回答ください。 </td> </tr> <tr> <td> C群 ⑪ 介護一時金特約 100万円 上記以外 <input type="text"/> 0 万円 （10万円単位） </td> <td> ⑫ 医療用介護年金特約 （年金の標準減額年金） 36万円 上記以外 <input type="text"/> 万円 （1万円単位） </td> <td colspan="3"> 質問事項 8～9に 回答ください。 </td> </tr> </table>					基本プラン		オプション		質問事項 1～3に 回答ください。	主契約	特約	特約	特約	入院給付金日額 5,000円 上記以外 <input type="text"/> 000円 ※1契約の上限は 15,000円 （別途通算規定あり）	死亡保険金不担保 特約 付加する	医療用新先進医療 特約 付加する 受療した先進医療の 治療料相当額 通算2,000万円限度	① 医療用入院 一時金特約 <input type="radio"/> 入院給付金 日額の10倍 ② 医療用通院 特約 5,000円 上記以外 <input type="text"/> 00円 ※入院給付金日額以下 （別途通算規定あり）	オプション ③ 医療用健康回復支援給付特約（特定治療療給付型） 5万円 上記以外 <input type="text"/> 万円 ※5万円以下（別途通算規定あり）				質問事項 4に 回答ください。	A群 ④ 医療用女性疾病 入院特約 5,000円 上記以外 <input type="text"/> 00円 ※入院給付金日額以下 （別途通算規定あり）	⑤ 医療用新がん診断 給付特約 50万円 上記以外 <input type="text"/> 0 万円 （10万円単位）	⑥ 医療用新がん外来 治療給付特約 ※3 ※4 付加する （入院給付金日額と同額）	⑦ 医療用抗がん剤 治療給付特約 5万円 上記以外 <input type="text"/> 万円 （1万円単位）	質問事項 5～6に 回答ください。	B群 ⑧ 医療用保険料免除特約 付加する	⑨ 新三大疾病支払 日数無制限特約 付加する （入院給付金日額と同額）	⑩ 医療用新三大疾病 一時金特約 50万円 上記以外 <input type="text"/> 0 万円 （10万円単位）		質問事項 5～7に 回答ください。	C群 ⑪ 介護一時金特約 100万円 上記以外 <input type="text"/> 0 万円 （10万円単位）	⑫ 医療用介護年金特約 （年金の標準減額年金） 36万円 上記以外 <input type="text"/> 万円 （1万円単位）	質問事項 8～9に 回答ください。		
基本プラン		オプション		質問事項 1～3に 回答ください。																																	
主契約	特約	特約	特約																																		
入院給付金日額 5,000円 上記以外 <input type="text"/> 000円 ※1契約の上限は 15,000円 （別途通算規定あり）	死亡保険金不担保 特約 付加する	医療用新先進医療 特約 付加する 受療した先進医療の 治療料相当額 通算2,000万円限度	① 医療用入院 一時金特約 <input type="radio"/> 入院給付金 日額の10倍 ② 医療用通院 特約 5,000円 上記以外 <input type="text"/> 00円 ※入院給付金日額以下 （別途通算規定あり）																																		
オプション ③ 医療用健康回復支援給付特約（特定治療療給付型） 5万円 上記以外 <input type="text"/> 万円 ※5万円以下（別途通算規定あり）				質問事項 4に 回答ください。																																	
A群 ④ 医療用女性疾病 入院特約 5,000円 上記以外 <input type="text"/> 00円 ※入院給付金日額以下 （別途通算規定あり）	⑤ 医療用新がん診断 給付特約 50万円 上記以外 <input type="text"/> 0 万円 （10万円単位）	⑥ 医療用新がん外来 治療給付特約 ※3 ※4 付加する （入院給付金日額と同額）	⑦ 医療用抗がん剤 治療給付特約 5万円 上記以外 <input type="text"/> 万円 （1万円単位）	質問事項 5～6に 回答ください。																																	
B群 ⑧ 医療用保険料免除特約 付加する	⑨ 新三大疾病支払 日数無制限特約 付加する （入院給付金日額と同額）	⑩ 医療用新三大疾病 一時金特約 50万円 上記以外 <input type="text"/> 0 万円 （10万円単位）		質問事項 5～7に 回答ください。																																	
C群 ⑪ 介護一時金特約 100万円 上記以外 <input type="text"/> 0 万円 （10万円単位）	⑫ 医療用介護年金特約 （年金の標準減額年金） 36万円 上記以外 <input type="text"/> 万円 （1万円単位）	質問事項 8～9に 回答ください。																																			
<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">合計保険料を ご記入ください。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 合計 保険料 十 万 千 百 十 円 </div>																																					

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。
※初回給付と天引きの場合、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は不可（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。





SOMPO
ホールディングス

保険の先へ、挑む。