



# 申込書類 記入例・訂正例確認ツール

SOMPOひまわり生命保険株式会社  
新契約部 企画G

## 生命保險契約申込書（個人契約）

SOMPOひまわり生命 生命保険契約申込書

1106107

主契約 終身保険

会社  
提出用

K32-25

SOMPOひまわり生命保険株式会社 東

貴社の普通保険契約と特約条項を了承し、次の生命保険契約を  
申込みます。

1

F 160-0023 (電話) 080 - 1234 - 5678

東京都 新宿区  
西新宿 2丁目

ヒマワリ タロウ  
向日葵 太郎 様

1:男性 4:平成△△年△△月△△日生  
(被保険者との続柄)本人

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、または本申込後に申込者が死亡し、意思能力を有しない場合にあっても効力を有することについて了承・同意しました。

1

1:保険契約者住所に同じ

ヒマワリ ハナコ  
向日葵 花子 様

2:女性 4:平成△△年△△月△△日生 (契約年齢)△△歳

2

死亡  
保険金  
受取人

けむり	ヒマワリ タロウ	被保	割合	人数
	向日葵 太郎	夫	100 %	1人

指定代理  
権求人

指定代理権求約 1:付加する  
2:保険契約者と同じ

3

保険種類・特約種類	保険期間	払込期間	保険金額	保険料
A:終身保険	1:終身	3-35歳	50 万円	10,585 円

配当区分	2:無配当
払込方法	2:年払
払込頻度	1:口座貸借
払込日割引	0:希望する
支給開始時期に関する特約	
年金支払特約	0:付加しない
定期保険料	
自動保険料	
手動保険料	10,585 円
払込保険料	10,585 円

本契約・特約・特約種類の印字内容に間違いがないことを確認しました。

お名前  
又は個人番号

お名前・個人番号コード 05887-0031 お名前:向日葵△△年△△月△△日

申込書受領日

令和 4 年 4 月 1 日

20200625 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す。あらかじめご了承ください。

4

訂正には契約者・被保険者両方の訂正署名もしくは訂正印が必要です。

取扱者訂正印により訂正可能です。合計保険料と同時に訂正する場合、契約者の訂正署名が必要です。

取扱者の訂正印が必要です。

1 注意！留宿未審證人，勿上床

**注意！印字内容のチェック！！**  
印字内容が保険証券へ記載されます。万が一誤りを含めてお間違いかどうか確認ください。

## 2 受取人・指定代理請求人の訂正方法

各種受取人および指定代理請求人の訂正には、契約者および被保険者両方の訂正署名（もしくは印）が必要です。

- ①訂正したい氏名を二重線抹消する
- ②訂正署名をし〇で囲む
- ③余白に、正当な氏名を追記する

### 3. 払込経路と責任開始期に関する特徴

口座振替扱い以外から口座振替扱いに変更した場合は、「責任開始期に関する特約」を該当欄に追記してください。

払込方法	1:月払 <del>2:年支払</del> 3:振替
払込経路	<del>銀行ATM</del> 口座振替
保険料自動振替貸付	0:希望する
年金支払特約	0:付加しない 1:付加する

#### 4 申込書受領日欄の記入漏れにご注意ください

## 生命保険契約申込書（法人契約）

SOMPOひまわり生命 生命保険契約申込書

1104400

主契約 保解約返戻金型収入保障保険

申込書類

会社提出用

K31-3K

SOMPOひまわり生命保険株式会社 究

貴社の普通保険契約と特約条項を了承し、次の生命保険契約を  
なさう。

1

〒 163-0626 (電話) 03-1111-2222

東京都 新宿区  
西新宿 6-13-1

(お問い合わせ先) 株式会社ひまわり商事  
代表取締役 向日葵 太郎 様

(被保険者との続柄) 雇用主 3: 法人

お申込みに  
あたっての  
確認

本保険契約は、貴社が承認の通知を察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  
常習にある者となり、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。

1

被保険者の住所に同じ

ヒマリ ゆき  
向日葵 太郎 様

1: 男性 4: 平成△△年△△月△△日生 (契約年齢) △△歳

「二重的に施しての重要事項(契約年齢・保険料・起算額)」を受領のうえ、該該重要事項について口頭で説明を受け、その内容を了承し、個人情報の取扱について同意します。その際に、お名前を記載の上重要な事項に関する説明を受けました。

- ・「二重的ヒマリ約款」は貴社ホームページからご確認ください。電子をご希望の場合は□にチェックをしてください。→ □「二重的ヒマリ約款」電子を希望します。
- ・私は米国法規遵守者(個人・法人)または米国法規遵守者文化開拓者にむけ米国法規遵守です。□是

2

保険契約書

法人契約書

株式会社ひまわり商事  
代表取締役 向日葵 太郎 様

法人印

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。

1

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た内容を了承のうえ、  
提出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。

被保険者旨意

向日葵 太郎 様

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。

3

保険料支払受取人	保険契約者と同じ		

指定代理 請求人	指定代理権利特約 2: 付加しない	リビング・ニーズ特約 3: 付加しない
	*****	<input checked="" type="checkbox"/> 保険料支払受取人印字内容に間違いがないことを確認しました。

3

保険種類・特約の種類	保険期間	払込期間	基準年金額・保険金額等	保険料	配当区分
1: 保解約返戻金型収入保障保険 (年金支払開始期間: 5年後)	3-65歳	3-65歳	30 万円	8,460 円	仙台万円
24: 保解約返戻金型不動保険特約 (生年年金支払保険期間: 5年)	3-65歳	3-65歳	30 万円	4,470 円	1: 口座振替
25: 保解約返戻金型メンタル疾患 保険付七大疾病保険特約 (年金支払期間: 2年)	3-65歳	3-65歳	30 万円	5,040 円	仙川万円

(注) 健康保険特約にもとづく保険料の割引は、主契約・定期保険特約のみに適用します。

前払保険料	17,970 円
合計保険料	17,970 円

4

保険料・特別・特約の印字内容に間違いがないことを確認しました。

4

代理店・基業コード 8P550-0001 交付済年: 令和△△年△△月△△日  
(支払期: 基業コード) \*\*\*

申込受領年: 令和 4 年 4 月 1 日

20200529 1

(注) 提出いただいた生命保険契約申込書類は、契約の令和△△年△△月△△日 まで返却いたしませんので、あらかじめご了承ください。

取扱者訂正印により訂正可能です。合計保険料と同時に訂正する場合、契約者の訂正印が必要です。

取扱者の訂正印が必要です。

- ## 1 注意！印室内容のチェック！

**注意！印字内容のチェック！**  
印字内容が保険証券へ記載されます。フリガナも含めてお間違いかどうかご確認ください。

- 2 約款者自署欄はゴム印可（法人名・代表者肩書・代表者氏名）

- 特約削除は合計保険料の訂正も必要なため、契約者の訂正印が必要です。

例) 無解約返戻金型メンタル疾患保障付七大疾病保障特約削除の場合

保険種類・特約種類	保険期間	払込期間	基準年金額・保険金額等	保険料	配当区分
D:無解約返戻金型入庫保険 1:（年金支払保証期間 5年保証）	3:65歳	3:65歳	30 万円	8,460 円	2:算配当
24:無解約返戻金型就労不能保険特約 （生存年金支払保証期間 5年）	0:65歳	0:65歳	30 万円	4,470 円	払込方法 1:月払
25:無解約返戻金型メンタル疾患 保険付付子育て保険特約 （年金支払期間 2年）	0:65歳	0:65歳	30 万円	5,000 円	払込延滞 1:口座振替
					保険料自動 振替申付 *****

12,930円

- #### 4 申込書受領日欄の記入漏れにご注意ください！

# 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		申込番号		一		
被保険者		保険種類				
<b>1. 取扱者記入欄</b>						
代理店・募集人コード	<b>実代理店・募集人コード</b>					
選択区分	被保険者	1 ① 告知書・無選択 ② 医師 ③ 証明書 ④ ドック ⑤ 業界定健保				
本人確認区分	こども保険の保険契約者	① 告知書・無選択 ② 医師 ③ 証明書 ④ ドック ⑤ 業界定健保				
被保険者職業コード	3. 会社記入欄のとおり	販売コード				
紹介代理店コード		契約者職業コード		手数料区分		
形態コード	2 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	3 あり→代理店分担票が必要					
団体扱	4 団体コード	団体名				
	所属コード		社員コード			
保全同時新契約	手続き種類	5				
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						
C I F コード						
<b>2. [金融機関本体代理店]取扱者用記入欄</b>						
新規代理店	代理コード	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
非新規代理店						届け出どおり※
						上記のとおり
						上記のとおり
						上記のとおり
※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。						
<b>3. 会社記入欄</b>						
特殊項目コード						
変換元証券番号						
成績補正						
賃権設定区分						
<p>(A) 契約者の本人確認済          (B) 父母、契約者とともに本人確認済          (C) 後見人、契約者とともに本人確認済          (D) 法人と取引担当者が本人確認済          (E) 団体後契約で窓口担当者の本人確認済          (F) 他契約で本人確認済          (G) 2,000万円超で本人確認済          (H) 2,007万円超だが契約者直接振込          (I) 外国PEP等</p> <p>(A) 死亡・高度障害保険金請求権          (B) 满期保険金請求権、生存祝金          (C) 解約返戻金および死亡保険金          支払免責の場合の返戻金請求権          未経過保険料返還請求権          (D) A + B          (E) A + C          (F) B + C          (G) A + B + C</p>						
<b>4. 本社記入欄</b>						
1次決定		契約者本人確認				
申込経路	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	営業店受付日
決定期	申込高額(税込)こども(税込)					
特種料	コード					

記入必須項目となります。

該当する場合に記入してください。

1 記入漏れが特に多い項目です。ご注意ください！

2 自己契約・特定契約等に該当する場合は、必ず記入が必要です。

- ①自己：契約者＝法人代理店
- ②特定関係：契約者＝法人代理店の特定関係法人
- ④募集制限先に該当するため手数料を受け取らずに取扱：銀行窓口販売契約で募集制限先に該当する場合に記入します。
- ⑤その他手数料停止：弊社から連絡があったときに記入します。

3 代理店分担「あり」の場合記入が必要です。

該当の場合は、代理店分担票も提出してください。

4 団体扱の場合は記入が必要です。

団体コードが不明な場合は、**団体名だけでも**記入してください。  
所属コードや社員コードは、該当の場合に記入が必要です。

5 保全同時新契約の場合はご記入ください。

<保全同時新契約の種類>

- ・解約新契約
- ・内容変更同時新契約
- ・解約新契約 + 内容変更同時新契約
- ・変換（解約）
- ・変換（内容変更）
- ・定期後加入

※機械作成時に保全同時新契約を選択している場合は、自動で印字されます。

【注意！】

必須項目にもれがある場合、計上作業に時間がかかり査定開始が遅れてしまいます！

※申込印刷時に出力いただいくと記入項目が少なくて済みます！！

# 意向確認書

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

意向確認書		会社提出用 申込番号	1640007																						
<p>1 本書面は、今回ご提案させていただいた保険商品が、最終的なお客様のご意向(ニーズ)に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>2 お客様のご意向欄 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。 最終的なご意向と相違がないかご確認をお願いいたします。</p> <table border="1"> <tr> <td>個人の保障</td> <td><input type="checkbox"/> ①死亡時の保障</td> <td><input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特定疾病・介護の保障</td> <td><input type="checkbox"/> ③貯蓄(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"/> ①事業保険・事業継承(役員の保障)</td> <td><input type="checkbox"/> ②福利厚生(従業員の保障)</td> <td><input type="checkbox"/> ③退職金(生存・死亡)準備</td> </tr> </table> <p>3 通常の保障欄では、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多く要望される事項・優先する事項がある場合記入 【特記事項欄(取扱者記入欄)】</p> <p>4 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画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>5 お客様の確認・チェック欄 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、お客様(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☑チェックをいただきますようお願いいたします。</p> <table border="1"> <tr> <td>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。 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。</td> <td><input type="checkbox"/> はい <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 <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 <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 <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いため、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>6 お客様のご署名欄 【お客様ご自身がご記入ください】 本画面の目的・作成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"> <tr> <td>ご確認日</td> <td>令和 4 年 4 月 1 日</td> </tr> <tr> <td>保険契約者 *1</td> <td>向日葵 太郎 &lt;自署&gt;</td> </tr> <tr> <td>親権者・後見人 *2</td> <td>様 &lt;自署&gt;</td> </tr> </table> <p>*1 保険契約者が法人の場合は、法人のうえ、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、親権者・後見人がご署名ください。</p> <p>7 お客様へのお願い ご署名をいただきましたら、必ず本画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>8 会社使用欄 営業店受付日 本社担当者 (21120051) 601583-0801 (22.04)</p>				個人の保障	<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"/> ①事業保険・事業継承(役員の保障)	<input type="checkbox"/> ②福利厚生(従業員の保障)	<input type="checkbox"/> ③退職金(生存・死亡)準備	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。 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	ご確認日	令和 4 年 4 月 1 日	保険契約者 *1	向日葵 太郎 <自署>	親権者・後見人 *2	様 <自署>
個人の保障	<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"/> ①事業保険・事業継承(役員の保障)	<input type="checkbox"/> ②福利厚生(従業員の保障)	<input type="checkbox"/> ③退職金(生存・死亡)準備																						
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。 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																								
ご確認日	令和 4 年 4 月 1 日																								
保険契約者 *1	向日葵 太郎 <自署>																								
親権者・後見人 *2	様 <自署>																								

契約者(親権者)が記入・訂正します。

取扱者が記入・訂正します。

1 申込番号の記入漏れにご注意ください。

2 お客様のご意向チェック誤りにご注意ください！

- ・個人契約で法人・個人事業主の保障にチェックがある場合
- ・死亡保障のない保険種類で、死亡時の保障にチェックがある場合  
⇒上記の場合、意向確認書取り直しとなりますのでご注意ください！

3 特記事項欄になります。取扱者署名欄ではございませんのでご注意ください。  
取扱者署名欄は④になります。

4 取扱者署名欄になります。自署漏れにご注意ください。

5 法人契約の場合、申込印と同一印を押印ください。

【注意！】  
記入誤り・訂正もれがある場合、意向確認書取り直し不備となります！

## 告知書（一般用）

訂正権者による訂正署名、または訂正印が必要な箇所です。  
※ただし、「いいえ」「受けていない」から「はい」へ訂正する場合は不要です。  
**※「訂正権者」とは告知書の記入者です。**

訂正権者による訂正であれば訂正署名、訂正印不要な箇所です。  
通常は被保険者ですが、障がいのある方や15歳未満の方は親権者が訂正権者となります。

1 申込番号の記入もれにご注意ください。

2 正式診断名で告知ください！

症状を告知いただくと、その症状で考えられる最も重い病名で査定を行う可能性があります。

正確な病名が不明の際はお客様に医療機関へご確認いただくか、右側余白欄に詳細をご記入いただいてください。

3 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、告知した病気の項目について医療機関での測定値の記入が必要です。

測定値の測定時期は以下期限となります。

- ・高血圧症…直近6か月以内
- ・高脂血症・脂質異常症…直近14か月以内
- ・高尿酸血症・痛風…直近14か月以内
- ・貧血…直近14か月以内

※全治の場合は全治日以降の数値

※期限を超える場合は、血液検査など追加検査をお願いする場合がございます。提出可能なデータがない場合にはその旨ご記入ください。

4 訂正について  
告知を訂正する場合は、**訂正箇所を二重線で抹消**し、正しい内容を記入いただくとともに、取消線のそばに**フルネーム**で署名のうえ訂正署名を○で囲みます。

〈訂正例〉



- 法人契約でゴム判を押印する場合、2枚目以降の押印もお願いします。

- ## 2 金融機関お届け印

金融機関へのお届け印（またはサイン）を押印（ご記入）ください。  
法人契約は、2枚目の法人契約者欄に押印ください。

- 3 口座名義人と保険契約者様が異なる場合のみご記入ください。

- 4 金融機関名は正式名称をご記入ください。  
特に漢字・ひらがなにご注意ください。

- 5 右づめでご記入ください。  
ゆうちょ銀行以外の金融機関の場合、ゆうちょ銀行の番号欄への誤記入にご注意ください。

### <訂正例>

記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消のうえ、1・2枚目とも金融機関への届出印（または届出サイン）を押印（ご記入）ください。

※金融機関にお届け印がない場合は、任意の印を押印ください。

例) 口座番号を訂正する場合

2345678  
1234567  
台日葵

- 6** 申込番号の記入もれにご注意ください。

# 取扱者の報告書

<b>取扱者の報告書</b>		申込番号 1322309																		
<b>申込経路</b> <input checked="" type="checkbox"/> ③取扱者本人およびその同居の親族 <b>募集方法</b> <input checked="" type="checkbox"/> ①オンライン募集 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">オンライン募集の場合は○をしてください。</span>																				
<b>意向把握の状況(内容確認のうえ、○をしてください)</b>																				
<b>2 実施済</b> <p>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ていただきました。また、意向把握に係る書面等は適切に保存しました。</p>																				
<b>3 面接日</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">令和</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> </tr> </table>			令和	年	月	日														
令和	年	月	日																	
<b>個人契約の保険契約者</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">①保険契約者宅で面接</td> <td style="width: 10%;">④パスポートで確認</td> </tr> <tr> <td>②保険契約者勤務先で面接</td> <td>⑤その他</td> </tr> <tr> <td colspan="2">③運転免許証で確認</td> </tr> </table>			①保険契約者宅で面接	④パスポートで確認	②保険契約者勤務先で面接	⑤その他	③運転免許証で確認													
①保険契約者宅で面接	④パスポートで確認																			
②保険契約者勤務先で面接	⑤その他																			
③運転免許証で確認																				
<b>職業</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">①有職者</td> <td style="width: 10%;">勤務先名</td> <td style="width: 10%;">業種</td> </tr> <tr> <td colspan="3">具体的な職務内容</td> </tr> </table>			①有職者	勤務先名	業種	具体的な職務内容														
①有職者	勤務先名	業種																		
具体的な職務内容																				
<b>被保険者</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">②無職者(賃貸・年金生活者)</td> <td style="width: 10%;">③無職者(主婦・夫婦・学生・失業者)</td> </tr> <tr> <td>年収</td> <td>(税引前)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">万円</td> </tr> </table>			②無職者(賃貸・年金生活者)	③無職者(主婦・夫婦・学生・失業者)	年収	(税引前)	万円													
②無職者(賃貸・年金生活者)	③無職者(主婦・夫婦・学生・失業者)																			
年収	(税引前)																			
万円																				
<b>4 今回の申込みにあたり解約予定の契約・解約した契約</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">②あり</td> <td style="width: 10%;">③契約に関する不利事項を説明済</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※個人契約の保険契約者と被保険者の場合記入不要</td> </tr> </table>			②あり	③契約に関する不利事項を説明済	※個人契約の保険契約者と被保険者の場合記入不要															
②あり	③契約に関する不利事項を説明済																			
※個人契約の保険契約者と被保険者の場合記入不要																				
<b>5 保険契約者 = 被保険者の場合記入不要</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">面接日</td> <td style="width: 10%;">令和 年 月 日</td> <td style="width: 10%;">一括申込の場合記入必要</td> </tr> <tr> <td>本規約方法</td> <td>勤務先名</td> <td>業種</td> </tr> <tr> <td>①被保険者宅で面接</td> <td colspan="2">②被保険者勤務先で面接</td> </tr> <tr> <td>③会議等で被保険者全員に説明</td> <td colspan="2">④パスポートで確認</td> </tr> <tr> <td>⑤その他</td> <td colspan="2">⑥「説明書」配布により書面で説明</td> </tr> <tr> <td colspan="3">万円</td> </tr> </table>			面接日	令和 年 月 日	一括申込の場合記入必要	本規約方法	勤務先名	業種	①被保険者宅で面接	②被保険者勤務先で面接		③会議等で被保険者全員に説明	④パスポートで確認		⑤その他	⑥「説明書」配布により書面で説明		万円		
面接日	令和 年 月 日	一括申込の場合記入必要																		
本規約方法	勤務先名	業種																		
①被保険者宅で面接	②被保険者勤務先で面接																			
③会議等で被保険者全員に説明	④パスポートで確認																			
⑤その他	⑥「説明書」配布により書面で説明																			
万円																				
<b>6 その他(必要に応じて記入)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1 医師扱の場合、診査の実施予定期日</td> <td style="width: 10%;">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>募集人実施のコチニン検査の場合は、コチニン検査実施(予定期)</td> <td>万円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">④ 不利益事項の説明、およびそれぞれの制度の内容について説明実施済</td> </tr> <tr> <td>2 仮査定</td> <td>実施済</td> </tr> <tr> <td>3 回同一被保険者または同一保険契約者の申込番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 咨診、提出済の医的資料</td> <td>済用する</td> </tr> <tr> <td>5 保険契約者、被保険者、受取人、指定代理請求人のいずれかが海外赴籍の場合、右記について確認しました。</td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外国人契約の取扱要件を満たしていることを確認しました。</li> <li>・手帳に記入した氏名は公に表示可能な本名または通称と一致することを確認しました。</li> <li>・当該箇所の有効性を確認しました。</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>6 その他記入欄</td> <td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一次選択で気づいた点(容貌、生年状態など)、海外渡航予定などを記入</li> <li>・その他補足事項を記入</li> </ul> </td> </tr> </table>			1 医師扱の場合、診査の実施予定期日	令和 年 月 日	募集人実施のコチニン検査の場合は、コチニン検査実施(予定期)	万円	④ 不利益事項の説明、およびそれぞれの制度の内容について説明実施済		2 仮査定	実施済	3 回同一被保険者または同一保険契約者の申込番号		4 咨診、提出済の医的資料	済用する	5 保険契約者、被保険者、受取人、指定代理請求人のいずれかが海外赴籍の場合、右記について確認しました。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外国人契約の取扱要件を満たしていることを確認しました。</li> <li>・手帳に記入した氏名は公に表示可能な本名または通称と一致することを確認しました。</li> <li>・当該箇所の有効性を確認しました。</li> </ul>		6 その他記入欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一次選択で気づいた点(容貌、生年状態など)、海外渡航予定などを記入</li> <li>・その他補足事項を記入</li> </ul>	
1 医師扱の場合、診査の実施予定期日	令和 年 月 日																			
募集人実施のコチニン検査の場合は、コチニン検査実施(予定期)	万円																			
④ 不利益事項の説明、およびそれぞれの制度の内容について説明実施済																				
2 仮査定	実施済																			
3 回同一被保険者または同一保険契約者の申込番号																				
4 咨診、提出済の医的資料	済用する																			
5 保険契約者、被保険者、受取人、指定代理請求人のいずれかが海外赴籍の場合、右記について確認しました。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外国人契約の取扱要件を満たしていることを確認しました。</li> <li>・手帳に記入した氏名は公に表示可能な本名または通称と一致することを確認しました。</li> <li>・当該箇所の有効性を確認しました。</li> </ul>																			
6 その他記入欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一次選択で気づいた点(容貌、生年状態など)、海外渡航予定などを記入</li> <li>・その他補足事項を記入</li> </ul>																			
<b>取扱者自署欄</b> <p>私は取扱者として、本件に關する下記事項を遵守し、適正な募集を行なうことを誓約します。      ○保険契約者および被保険者双方に面接をし、訪問または本人確認書類等により本人であることを確認しました。      ○契約しての主要事項(契約概要・注意喚起情報)を手交し、重要事項を説明しました。      ○「契約のおり・約束」冊子を希望されたお客様には、冊子を交付しました。      ○成約契約確認書類の説明をしました。      ○保険契約者の勤務先を確認し、法令で定める職員契約規制に抵触しないこと、および自己・特定契約への該当有無につき確認しました。      ○本報告書に記載した内容は、取扱者として書面をもって記載したものに相違ありません。</p>																				
<b>報告日</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">令和 年 月 日</td> <td style="width: 10%;">自署</td> <td style="width: 10%;">自署体で明確に記入ください</td> </tr> </table>			令和 年 月 日	自署	自署体で明確に記入ください															
令和 年 月 日	自署	自署体で明確に記入ください																		
(21030100)[801542]-1300(2110)																				

- 1 記入必須項目となります。
- 2 該当する場合に記入してください。
- 3 **申込番号の記入もれにご注意ください。**
- 4 **意向把握の状況の○もれにご注意ください。**  
内容を確認のうえ、実施済に○をします。
- 5 **個人契約は左の欄に、法人契約は右の欄に記入してください。**
- 6 **今回の申込みにあたり解約予定・解約した生命保険契約について記入してください。**
- 7 **契約者と被保険者が別のは記入必須です。**
- 8 **必要に応じて記入してください。**  
以下については記入もれのケースが多いのでご注意ください。  
 •1欄 医師扱の場合の診査実施日、募集人実施のコチニン検査実施日  
 •2欄 仮査定実施済みの場合の○の記入
- 9 **取扱者自署欄の記入もれにご注意ください。**  
自署がもれると取扱者の報告書の再提出が必要になります。

# 法人税務確認書、付保同意書記入例

## 全法人契約に必要

1479201

**法人向け保険商品のご留意事項及び税務取扱に関する確認書**

保険会社提出用

法人のお客様が当社の生命保険契約にお申込みをいただく際には、下記の事項をご確認のうえ、ご記名・押印くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

1. 法人のお客様にお支払いいただく保険料に関する税務上のお取扱いにつきましては次の例のように記載しております。

お客様向け募集資料(パンフレット・企画書・保険設計書等)では、例えば、「令和\*\*年\*\*月現在の税制です。今後の税制改正によって変更となる場合がありますのでご注意ください。保険料の税務上のお取扱いの詳細につきましては、顧問税理士や所轄の税務署等にご確認ください。」や「令和\*\*年\*\*月現在の税制によりますので、今後の税制改正によって変更となる場合があります。」等の記載をしております。

(注)実際の募集資料では、令和\*\*年\*\*月に具体的な年月を記載させていただいております。

2. 今後税制が変更され、保険期間中に保険料の税務上のお取扱いが変更される可能性もございます。

3. 「所得税基本通達36-点」(以下、「通達」という)の改正により、2019年7月8日以後に締結した契約は、契約者変更時点における解約返戻金の額が資産計上額の70%未満の場合、資産計上額により権利の評価が行われます。

2019年7月7日以前に締結した契約は、原則として改正前の通達が適用されるものの、低解約返戻金期間中に保険契約者を変更し、低解約返戻金期間満了後に解約した場合は、税務署等から租税回避行為と認識される可能性があります。

4. 当社は、法令に基づく税務署からの照会に対して、保険契約に関する情報を提供します。

5. 各々の契約に関する具体的な税務上のお取扱いに関しては、顧問税理士や所轄の税務署等にご相談いただきますようお願い申し上げます。

SOMPOひまわり生命保険株式会社 御中  
令和 4 年 4 月 1 日

貴社の生命保険契約の申込みに際し、上記1~5の記載事項について取扱者から説明を受け、内容について確認・了承しました。  
また、「法人向け保険商品のご検討に際してご留意いただきたいこと」を受領し、取扱者から説明を受け、内容について確認・了承しました。

保険契約者  
  
株式会社ひまわり商事  
代表取締役 向日葵太郎 様

以上

1 社 使 用 欄	申込番号	営業店受付日	本社担当者
-----------------------	------	--------	-------

(803360) (22.02)

1

申込番号の記入もれにご注意ください。

## 被保険者が役員以外の場合必要

1503203

**生命保険契約付保に関する同意書**

保険会社提出用

1. 当社(店)は、将来、従業員が死亡・入院・手術等をしたことによる、従業員・遺族に対する退職金・弔慰金または見舞金等の支払い、および当社(店)が負担する経済的損失の補填に備え、従業員を被保険者とする生命保険契約を生命保険会社と締結する。  
2. 当社(店)に保険金・給付金等が支払われた場合、保険金・給付金等の全部または相当部分は、退職金・弔慰金または見舞金等の支払いに充当する。

事業主殿  
私は上記内容により、生命保険契約の被保険者となることに同意します。

氏名 (自署)	向日葵花子 様	氏名 (自署)	_____ 様
氏名 (自署)	_____ 様	氏名 (自署)	_____ 様
氏名 (自署)	_____ 様	氏名 (自署)	_____ 様
氏名 (自署)	_____ 様	氏名 (自署)	_____ 様

SOMPOひまわり生命保険株式会社 御中  
令和 4 年 4 月 1 日

当社(店)は、上記内容にもとづき生命保険契約の被保険者とすることについて、被保険者となる従業員の同意を得ています。

保険契約者  
(事業主)  
株式会社ひまわり商事  
代表取締役 向日葵太郎 様

契約申込書・  
請求書用印一印  
法  
人  
印

※2枚目にも押印ください。

1 社 使 用 欄	申込番号／証券番号	営業店受付日	本社担当者
-----------------------	-----------	--------	-------

(19060048) (801626) - 0700 (9.10)



生命  
SOMPO

活力健康生活、努力工作樂無比。