

# 「同意書」記入例

本同意書は同意者をご記入ください。同意者となる方は下の  をご確認ください。

 **同意者としてご記入いただく方を必ずご確認ください。**

**同意者は、原則ご病気やおケガをされた方(被保険者)です。**

ただし、以下のケースに該当する場合は、ご病気やおケガをされた方(被保険者)以外の方となりますので、ご注意ください。

今回のご請求が以下のどのケースに該当するかご確認ください。		同意者としてご記入いただく方
ケース 1	被保険者がお亡くなりになった場合	被保険者のご遺族様
ケース 2	被保険者が未成年の場合や、後見人を選任されている場合	被保険者の親権者または後見人
ケース 3	被保険者が以下の事情等で、代理請求となる場合 ●事故や病気などで意識不明の場合 ●認知症などで意思表示ができない場合 ●治療上のご都合で、ご本人ががんなどの病名や余命の告知をされずに、ご家族のみが知っている場合	代理請求人

## 1 同意書の記入日

本同意書をご記入いただいた日付をご記入ください。

## 2 被保険者の氏名・生年月日

今回ご病気やおケガをされた方、お亡くなりになった方のお名前と生年月日をご記入ください。

## 3 同意者(※)の住所・署名

同意者の住所、電話番号、お名前、被保険者との続柄をご記入ください。

同意書

5021600

(個人情報の取扱・事実の確認等について)

私は、本「同意書」に記載の説明事項を確認し、裏面に記載のSOMPOひまわり生命保険株式会社(以下「SOMPOひまわり生命」といいます。)の保険契約に関する個人情報の取扱いおよび以下に記載の各事項について同意します。

※旧日本興亜生命保険株式会社契約は、「生命保険契約付保に関する規定」または「被保険者同意確認書」に読み替えます。

1 同意書の記入日

2022 年 5 月 5 日

2 被保険者の氏名・生年月日

被保険者名 (患者名)	ひまわり 太郎	生年月日	1970 年 6 月 7 日生
----------------	---------	------	-----------------

3 同意者(※)の住所・署名

住所	東京都新宿区西新宿6-13-1	電話番号	03 (9999) 9999
氏名 (自署)	ひまわり 太郎	被保険者との続柄	本人(配偶者)(父)(母)(子)その他

※原則、被保険者ご本人様をご記入ください。被保険者が未成年の場合や、亡くなられている場合などでご本人様が記入できないケースの記入方法については、別紙の「記入例」をご確認ください。

保険金22.07 (803198)

### 訂正方法

ご記入誤りを訂正する場合は、修正箇所を二重線で消し、余白に修正後の内容をご記入ください。

被保険者名 (患者名)	ひまわり 太郎 <del>ひまわり 花子</del>	生年月日	1970 年 6 月 7 日生
----------------	-------------------------------	------	-----------------