

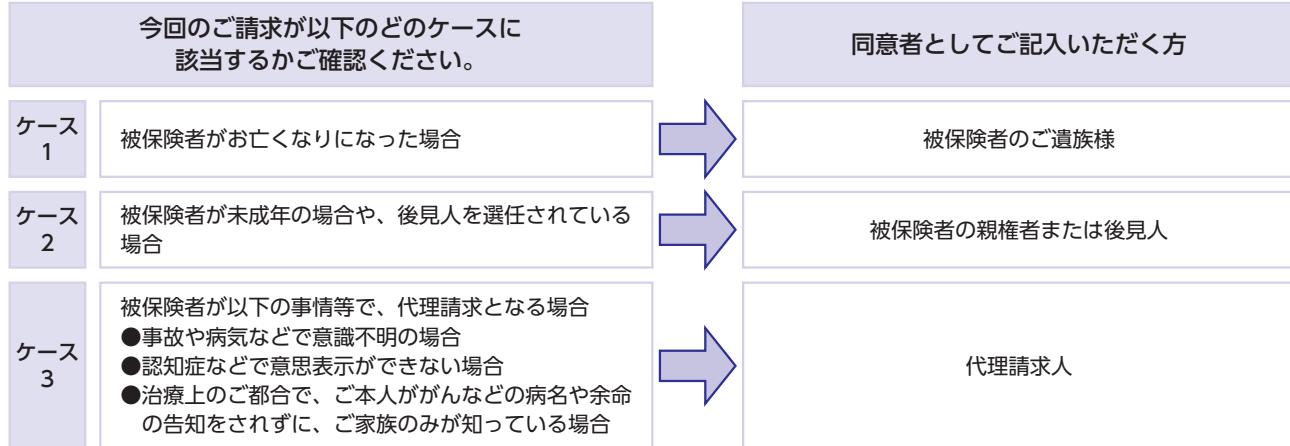
# 「同意書」記入例

本同意書は同意者がご記入ください。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。



## 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。

5021600

**同 意 書**  
(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 <sup>*</sup> (自署)	ひまわり 太郎	被保険者 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>
-------------------------	---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※原則、被保険者ご本人様がご記入ください。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	生年月日	1970 年 6 月 7 日生
	ひまわり 花子		