

「保険金・給付金等請求書」と「同意書」の記入について

「保険金・給付金等請求書」の記入について

- ご請求いただく際、必ずご提出が必要な書類です。
- 記入例をご覧のうえ、受取人(請求権者)ご本人様が記入・押印ください。
- 受取人(請求権者)様が未成年の場合や後見人が選出されている場合は、親権者または後見人様が記入・押印ください。
- ご記入は、ペンまたはボールペンをご使用ください。
- ご記入もれなどがござりますと、お支払いが遅れるなどの影響がございます。

「同意書」の記入について

- ご請求いただく際、必ずご提出が必要な書類です。
- 記入例をご覧のうえ、被保険者ご本人様が記入ください。
- ご記入は、ペンまたはボールペンをご使用ください。
- 「同意書」は、保険金・給付金などのご請求に際し、被保険者様が当社の保険契約に関する個人情報の取扱いに同意いただいたうえでのご請求であることを示すものです。
- 当社の個人情報の取扱いについては、「同意書」裏面に記載の「個人情報のお取扱いについて」をご覧ください。
- 「同意書」は、保険金・給付金などのご請求に際し、当社より、医療機関などに事実を確認させていただく場合にも必要となります。



SOMPOひまわり生命保険株式会社

「保険金・給付金等請求書」記入例

- 1** 本請求書をご記入いただいた日付をご記入ください。
 - 2** 被保険者様、受取人(請求権者)様が同一となるご契約が複数ある場合は、全ての保険証券番号をご記入ください。
 - 3** ご病気やおケガをされた方、またはお亡くなりになられた方のお名前をご記入ください。
 - 4** 今回のご請求に関する支払明細書等を郵送させていただく際の送付先をご記入ください。ご契約の届出住所を変更される場合は別途お申し出ください。
 - 5** 当社からご連絡させていただく場合の希望連絡先をご記入ください。
 - 6**
 - ・受取人(請求権者)ご本人様が自署してください。
 - ・法人からご請求いただく場合は、「法人名」「代表者役職名」「代表者氏名」の全てをご署名ください。(スタンプ印可)
 - 7**
 - ・印鑑証明書コピーのご提出が必要な場合は、受取人(請求権者)ご本人様(注)の実印をご押印ください。
(注)親権者・後見人様からご請求いただく場合は、親権者・後見人様
 - ・印鑑証明書コピーのご提出が不要で、受取人(請求権者)様が法人の場合は、法人印をご押印ください。
 - ・上記以外はご押印は不要です。

※印鑑証明書コピーのご提出が必要な場合は、「保険金・給付金お手続きガイド」でご確認ください。
 - 8** 受取人(請求権者)様が未成年の場合や後見人が選任されている場合は、親権者または後見人の方が自署してください。この場合も、**6**の欄へは、親権者または後見人の方が、本来の受取人(請求権者)様のお名前をご記入ください。

必ずご提出ください		保険金・給付金等請求書								
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛										
<p>■貴社保険約款の規定により下記契約に基づき、裏面「個人情報のお取扱いについて」の内容に同意の上、保険金・給付金等を請求します。</p> <p>なお、下記被保険者と請求者が異なる場合、個人情報の取扱いについて被保険者の同意を得て請求しています。</p> <p>■下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。</p> <p>本件について、受取人(請求権者)が全責任を負い、貴社に対して一切迷惑をかけません。</p> <p>■本請求の支払金は受取人(相続人を含む)全員から請求し受領すべきですが、受取人が複数である場合も代表者である私に支払ってください。</p> <p>本件について、後日利害関係者から異議申し立てがあった場合、私が全責任を負い貴社に対して一切迷惑をかけません。</p> <p>■本請求の被保険者が主たる被保険者の子の場合、子は当該契約の被保険者となることに同意しています。</p>										
本請求書は、受取人(請求権者)様がご記入ください。※親権者・後見人は代筆可能です										
1	記入日		2022年5月5日							
2	保険証券番号		0 1 2 3 4 - 5 6 7		0 1 2 3 4 5 - 6 7 8		0 9 8 7 6 - 5 4 3		9 8 7 6 5 - 4 3 2	
3	被保険者		フリガナ ヒマワリ タロウ ひまわり 太郎 様							
4	保険証券番号		カ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 - 1		カ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 - 1		カ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 - 1		カ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 - 1	
5	希望連絡先		電話番号 03 (9999) 9999 曜日連絡先(携帯番号) 090 (0000) 0000							
6	受取人(請求権者)氏名		フリガナ ヒマワリ タロウ (自署) ひまわり 太郎 様							
7	生年月日・性別		昭和 平成 令和 45 年 6 月 7 日				男性 (女性)			
被保険者からみた続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> その他 []										
受取人(請求権者)が未成年の場合や後見人が選任されている場合は、下記の欄にもご記入ください。										
8	親権者・後見人氏名		フリガナ (自署) 様							
受取人からみた続柄 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 []										
保険金・給付金などのお受取口座をご指定ください。 必ず、受取人(請求権者)名義の口座をご指定ください。										
9	口座名義		カタカナでご記入ください ヒマワリ タロウ							
<input checked="" type="checkbox"/> お受取してご記入ください		<input checked="" type="checkbox"/> ゆうちょ銀行以外		フリガナ ヒマワリ 金 融 機 関 名 ひまわり		支店名 支店コード				
				 信託銀行 信用組合 農 協 労 術 金 庫		 新宿				
				金融機関コード 1 2 3 4		支店コード 5 6 7				
				口座種類 普通(総合) 当 座		口座番号 (右づめ)				
				通帳記号 1 0		通帳番号 (右づめ)				
		<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行(※)								
※ゆうちょ銀行の口座を指定される場合は、通帳の表紙裏面に印字されている『記号』『番号』をご記入ください										
必ず右面もご確認のうえ、該当する場合は、ご記入ください										

⑨ 以下のとおり、お受取口座をご記入ください。	
受取人(請求権者)様 が個人の場合	<ul style="list-style-type: none">「受取人(請求権者)氏名」欄にご署名いただいた方ご本人様名義の口座をご記入ください。配偶者様など、ご家族名義の口座はご利用できません。親権者・後見人様からのご請求の場合は、「親権者・後見人氏名」欄にご署名いただいた親権者・後見人様名義の口座でもご利用いただけます。
受取人(請求権者)様 が法人の場合	<p>「受取人(請求権者)氏名」欄にご署名いただいた法人名義の口座をご記入ください。 (法人代表者様など、個人名義の口座はご利用できません。)</p>

1. 今回のご請求についてご記入ください。

10 請求内容	保険金・年金	<input checked="" type="radio"/> 給付金	その他
	死亡保険金 高度障害保険金 等	入院給付金 手術給付金 先進医療給付金 等	保険料払込免除 等

11
12

・収入保障保険・特約 ・連生収入保障保険 ・こども保険(養育年金) ・メンタル疾患保障付 七大疾病保障特約 ・総合生活障害保障特約 ・定期保険(年金支払特約付) によるご請求の場合のみ、受取方法をご選択ください。	いずれかを選択してください。	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; margin-right: 10px;">① 年金受取</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; margin-right: 10px;">② 一括受取</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; margin-right: 10px;">③一部一括受取</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; width: 50px; height: 20px; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">万円</div> </div>		
		・リビングニーズ特約 ・介護前払特約 によるご請求の場合のみ金額をご指定ください。 ※3000万円限度
		いずれかを選択してください。
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; margin-right: 10px;">①全額</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; margin-right: 10px;">②指定</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px 10px; width: 50px; height: 20px; border-radius: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">万円</div> </div>

2. おケガや不慮の事故を原因としたご請求の場合、受傷された時の状況などをご記入ください。

13 受傷の日時	2022 年 4 月 1 日	<input type="radio"/> 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後	1 時 50 分
14 受傷の場所 (住所など)	東京都中央区京橋3-30		
受傷の原因・状況 (詳細にご記入ください)	銀座方面にむかって普通乗用車を運転中に左脇道より一時停止せずに出てきた相手方の小型トラックに衝突されたため、頭部を強打した。		
15 事故の場合 ※全項目ご記入ください	<input checked="" type="radio"/> 運転中 <input type="radio"/> 同乗中 <input type="radio"/> 歩行中 <input type="radio"/> その他 []	飲酒 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	警察への届出 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 → 届出警察署名 中央 署
自動車・バイクを 運転中の場合 ※全項目ご記入ください	免許証番号 1 0 1 0 1 1 2 2 3 3 4 0	免許証種別 中型	免許証有効期限 令和2年7月7日

取扱者・会社使用欄

請求申し出受付番号	

取扱者受付日欄	営業店使用欄	本社使用欄
受付日	取扱者名(自署)	本社到着日
年 月 日		本社書類完備日
【注意】お客様に請求書を渡した日付ではなく、受領した日付を必ずご記入ください。		

(22030107) 860207-2800 (22.07)

5010100

訂正方法

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	フリガナ
	ひまわり 太郎 ひまわり 花子