

# 契約保全・収納・保険金 取扱規定

26

保険金・給付金請求

手続きに関する必要書類

# 保険金・給付金請求 手続きに関する必要書類

## 1. 保険金請求

### 〈1〉必要書類

請求書類	請求内容	死亡	高度障害	死亡保障のない保険種類の死亡連絡
保険金・給付金等請求書	○	○	△ <sup>※1</sup>	
同意書	○	○	△ <sup>※1</sup>	
死亡証明書または死亡診断書（死体検案書）（コピー可）	○	×	△ <sup>※2</sup>	
障害診断書	×	○	×	
保険証券、または受取人（請求権者）の本人確認書類 <sup>※3</sup>		○		
受取人全員の委任状 および 印鑑証明書（コピー可）	△ 死亡保険金受取人が複数の場合に必要です。 ただし、以下の条件をともに満たす場合は不要です（相続関係が複雑なときなど、提出を要する場合があります）。 ・1契約あたりの保険金・給付金いずれの請求金額も500万円以下 ・受取人全員が被保険者の法定相続人	×	×	
保険金等請求内容確認書	△ 1999年4月2日以降の契約日（または自動更新日）で受取人が法人の場合に必要です。		×	
親権者（後見人）の念書 および 印鑑証明書（コピー可）	△ 請求権者が未成年の場合に必要です。 ただし、1契約あたりの保険金・給付金いずれの請求金額も500万円以下の場合は不要です。		×	

次ページへつづく

公的書類（コピーを含む）の有効期限は発行日より6か月です。ただし、認証文付き法定相続情報一覧図の写しの有効期限は「登記所（法務局）への申出日」より6か月です。

- ※1 当社から受取人へ給付金の支払いがない場合、「保険金・給付金等請求書」・「同意書」の代わりに「死亡通知書」で請求が可能です。なお、無解約返戻金型総合生活障害保障保険は「死亡通知書」の取扱いができません。「保険金・給付金等請求書」・「同意書」の取付けが必要です。
- ※2 死亡証明書、死亡診断書（死体検案書）のいずれかひとつの提出が必要です。給付金もしくは返戻保険料がある場合は、被保険者の法定相続人を確定させる戸籍謄本の取り付けが必要となります。
- ※3 受取人（請求権者）の区分によって、以下いずれかの提出が必要です。

受取人（請求権者）	必要書類
個人	保険証券（原本）・免許証・資格確認書・マイナンバーカード（表面のみ）・戸籍謄本・住民票等（コピー可） ※改姓がある場合は、改姓の確認できる書類が必要です。 ※資格確認書は、保険者番号・被保険者記号・番号部分（読み取ると記号・番号が分かれる二次元コード含む）を塗りつぶしたうえでご提出ください。
法人	保険証券（原本）・印鑑証明書・登記簿謄本（コピー可） ※代表者変更や組織変更があった場合は、印鑑証明書または登記事項証明書をご提出ください（コピー可）。

## 〈2〉生活サポート年金、就労不能年金の必要書類

請求書類	請求内容 生活サポート 年金	就労不能年金	
		国民年金法にもとづき、障害等級 1級または2級に該当する場合	会社所定の就労不能状態に 該当する場合
保険金・給付金等請求書	○	○	○
同意書	○	○	○
年金証書・年金決定通知書 (コピー可) <sup>※1</sup>	×	○	×
【国民年金 厚生年金保険】 診断書（コピー可） <sup>※1</sup>	×	○	×
【就労不能】専用診断書	×	×	○
【メンタル疾患・七大疾病】 専用診断書	○	×	×
保険証券、または 受取人（請求権者）の 本人確認書類 <sup>※2</sup>		○	

※1 日本年金機構の書類です。

※2 受取人（請求権者）の区分によって、以下いずれかの提出が必要です。

受取人(請求権者)	必要書類
個人	保険証券(原本)・免許証・資格確認書・マイナンバーカード(表面のみ)・戸籍謄本・住民票等(コピー可) ※改姓がある場合は、改姓の確認できる書類が必要です。 ※資格確認書は、保険者番号、被保険者記号・番号部分(読み取ると記号・番号が分かる二次元コード含む)を塗りつぶしたうえでご提出ください。
法人	保険証券(原本)・印鑑証明書・登記簿謄本(コピー可) ※代表者変更や組織変更があった場合は、印鑑証明書または登記事項証明書をご提出ください(コピー可)。

### 〈3〉総合生活障害保険金・年金の必要書類

必要書類 ○:必ず必要 △:条件により必要	支払事由					
	七大疾病	就労不能	国民年金法に基づく障害	公的介護保険制度による要介護状態	会社所定の要介護状態	高度障害状態
保険金・給付金等請求書				○		
同意書				○		
【メンタル疾患・七大疾病】専用診断書	○					
【就労不能】専用診断書		○				
年金証書・年金決定通知書コピー および【国民年金厚生年金保険】診断書コピー <sup>※1</sup>			○			
介護保険被保険者証(写)、 または介護保険要介護・要支援等結果通知書(写) <sup>※2</sup>				○		
介護診断書					○	
障害診断書						○
保険証券、または受取人(請求権者)の本人確認書類 <sup>※3</sup>				○		
年金支払特約付加申込書兼年金基金設定申込書、年金開始請求書兼受取口座指定書 <sup>※4</sup>				○		
保険金等請求内容確認書 <sup>※5</sup>				△		

公的証明書の有効期限は、発行日より6か月です。ただし、認証文付き法廷相続情報一覧図の写しの有効期限は「登記所(法務局)への申し出日」より6か月です。

※1 「年金証書・年金決定通知書」「【国民年金厚生年金保険】診断書」はいずれも、コピーをご提出ください。「【国民年金厚生年金保険】診断書」コピーが提出できない場合は、「【就労不能】専用診断書」をご提出ください。

※2 介護保険被保険者証(写)または、介護保険要介護・要支援等結果通知書(写)については、要介護認定の有効期限内のみに限ります。

※3 受取人(請求権者)の区分によって、以下いずれかの提出が必要です。

受取人(請求権者)	必要書類
個人	保険証券(原本)・免許証・資格確認書・マイナンバーカード(表面のみ)・戸籍謄本・住民票等(コピー可) ※改姓がある場合は、改姓の確認できる書類が必要です。 ※資格確認書は、保険者番号・被保険者記号・番号部分(読み取ると記号・番号が分かる二次元コード含む)を塗りつぶしたうえでご提出ください。
法人	保険証券(原本)・印鑑証明書・登記簿謄本(コピー可) ※代表者変更や組織変更があった場合は、印鑑証明書または登記事項証明書をご提出ください(コピー可)。

※4 一時金の支払いにかえて年金での受け取りを希望される場合に必要となります。

※5 以下の①②両方に該当する場合に、提出が必要です。

①事業保険契約で契約日(自動更新した場合は、自動更新日)が平成11年4月2日以降の場合

②死亡給付金の請求の場合

## 2. 納付金請求

一部の入院・手術・通院給付金は、請求書類の取り寄せ、返送が不要なインターネット請求またはLINEでの請求が可能です。オフィシャルホームページにて取扱条件の確認、手続きができますので、対象のお客さまへご案内ください。

検索

<https://www.himawari-life.co.jp/customer/seikyu>

### 〈1〉必要書類

請求書類	受取人	主たる被保険者 法人 指定された受取人	給付金受取人の法定相続人 (給付金受取人が 死亡している場合)
保険金・給付金等請求書			<input type="radio"/>
同意書			<input type="radio"/>
入院・手術・通院等証明書(診断書) ※1 「がん・悪性新生物」で終身がん保険のご請求 を含む場合、「入院・手術・通院等証明書(診 断書) 終身がん等対応」をご提出ください。 ※2 認知症一時金、介護一時金、介護年金の場 合、請求内容によって提出頂く診断書等が異 なります。		<input type="radio"/> 一定の要件を満たしている場合は、「入院・手術・通院等証明書(診断書)」に代えて「治療状況報告書」と「診療明細書コピーおよび領収証コピー」の利用が可能です。 <sup>※3</sup> 詳細は「〈3〉入院・手術・通院等証明書(診断書)の代替基準」を確認	

請求書類	受取人	主たる被保険者 法人 指定された受取人	給付金受取人の法定相続人 (給付金受取人が 死亡している場合)
※2 認知症一時金、介護一時金、介護年金のご請求については下に記載の場合に応じていずれかの書類をご提出下さい。			
			請求内容
●認知症一時金 (軽度認知障害 一時金を含む)	認知症または軽度認知障害の診断を受けた場合		診断書名 介護診断書
●介護一時金 介護年金	会社所定の高度障害状態に該当した場合		障害診断書
	公的介護保険制度で要介護認定を受けた場合		介護保険被保険者証または 介護保険要介護・要支援等結果通知書のコピー
	会社所定の要介護状態に該当する場合		介護診断書
※3 骨折治療給付金は、当社所定の診断書が必要です。			

## 〈2〉場合により必要な書類

【取付要否】○：取付要、△：条件により取付要、×：取付不要

請求書類	受取人	主たる被保険者 法人 指定された受取人	給付金受取人の法定相続人 (給付金受取人が 死亡している場合)
治療状況報告書	△ 健康回復支援給付金の請求がある場合に必要です。		
領収証コピー	△ 健康回復支援給付金の請求がある場合に必要です。 ※高血圧、脂質異常症（高コレステロール血症、高脂血症）、高血糖症（糖尿病）の治療のため薬の処方を受けた際に、医療機関が発行したもの。		
親権者（後見人）念書 および 印鑑証明書（コピー可）	△ 請求権者が未成年の場合に必要です。 ただし、1契約あたりの保険金・給付金いずれの請求金額も500万円以下の場合は不要です。		
受取人（請求権者）の印鑑証明書 または 登記簿謄本（いずれもコピー可）	△ 受取人（請求権者）が法人で、代表者変更・組織変更がある場合に必要です。		
被保険者および受取人の公的書類（コピー可）	×	○ <sup>*1</sup>	
受取人全員の委任状 および 印鑑証明書（コピー可）	×	△ 請求金額が500万円超で、受取人の法定相続人が複数いる場合に必要です。	
※1 受取人の死亡が確認できる公的書類（戸籍謄本、戸籍抄本、住民票など）、および受取人の法定相続人を確定させる戸籍謄本が必要です。認証文付き法定相続情報一覧図の写しは、受取人が被相続人となる場合、戸籍謄本・戸籍抄本の代わりに「法定相続人の確認」と「死亡事実の確認」の際に使用することができます。「法定相続人の確認」に用いる場合、有効期限は「登記所（法務局）への申出日」より6か月です。			

### 〈3〉「入院・手術・通院等証明書（診断書）」の代替基準

#### （1）コピーで請求可能な場合

取扱要件
【他の生命保険会社の診断書コピーの場合】（骨折治療給付金は取扱不可） ⇒要件なし
【医療機関所定の診断書コピーの場合】（骨折治療給付金は取扱不可） ⇒要件なし
*ただし、ご提出いただいた診断書で、保険金・給付金等の支払可否判断ができない場合は当社所定の「入院・手術・通院等証明書（診断書）」の提出を求める場合があります。

#### （2）治療状況報告書で請求可能な場合

##### ①取扱要件

###### 【1】入院給付金

次の①～③の要件をすべて満たす場合、「入院・手術・通院等証明書（診断書）」に代えて「治療状況報告書（被保険者の自己申告）」での簡易請求の取扱いが可能です。（すべての保険種類で共通の取扱要件です。）  
以下の要件をすべて満たす場合であっても「入院・手術・通院等証明書（診断書）」の提出を求める場合があります。

①60日以内の入院すでに退院している

②次の⑦または①のどちらかに該当する

⑦ご請求の病名が「がん・悪性新生物」ではない

①ご請求の病名が「がん・悪性新生物」であるが、以下の条件をいずれも満たしている

・がん保険または女性疾病保険ではない

・「がん」であることによりお支払金額が上乗せになる特約・特則（※）ではない

（※）がん入院特約、がん診断給付特約、女性疾病入院特約、成人病入院特約、生活習慣病入院特約など

③ご請求の内容が「三大疾病入院一時金」「心疾患一時金」「脳血管疾患一時金」「保険料払込免除」「先進医療給付金」「特定疾病診断給付金」「新三大疾病入院治療給付金」のいずれでもない

###### 【2】手術給付金

下記の取扱要件をすべて満たす場合、「入院・手術・通院等証明書（診断書）」に代えて「治療状況報告書（被保険者の自己申告）」での簡易請求の取扱いが可能です。（すべての保険種類で共通の取扱要件です。）

下記の要件をすべて満たす場合であっても「入院・手術・通院等証明書（診断書）」の提出を求める場合があります。

1	入院していない、もしくは60日以内の入院で、すでに退院している
2	受けた手術は1種類 <sup>（※1）</sup> である
3	ご請求の病名が「がん・悪性新生物」ではない
4	ご請求の内容が「三大疾病入院一時金」「心疾患一時金」「脳血管疾患一時金」「保険料払込免除」「先進医療給付金」「特定疾病診断給付金」「新三大疾病入院治療給付金」のいずれでもない

	<p>次の①または②のどちらかに該当する          ①下記保険種類のご契約で、公的医療保険適用<sup>(※2)</sup>の手術<sup>(※3)</sup>を受けた          ※ご加入中の保険種類を、保険証券にてご確認ください。</p> <p style="text-align: right;">2024年10月時点</p>										
5	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px; text-align: center;">保険種類</td><td style="width: 80%; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>●医療保険 (MI-01) ●払込期間中無解約返戻金限定告知医療保険</li> <li>●医療保険 (2014) ●旧日本興亜生命保険の医療保険 (08)</li> <li>●限定告知型医療保険 (M2) (入院治療給付型)</li> </ul> </td></tr> </table> <p>(注) 上記保険種類以外のご契約と同時にご請求される場合は、条件に該当しません。</p> <p>②上記①記載の保険種類以外のご契約で、以下いずれかの手術（先進医療は除く）を受けた「診療明細書」に、以下の手術名が掲載されていることをご確認ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">手術名</th><th style="width: 30%; text-align: center; padding: 5px;">眼の手術</th><th style="width: 30%; text-align: center; padding: 5px;">腹部の手術</th><th style="width: 30%; text-align: center; padding: 5px;">女性の手術</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>●水晶体再建術</li> <li>●眼瞼下垂症手術</li> <li>●網膜光凝固術</li> </ul> </td><td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>●内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術</li> <li>●ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）</li> <li>●腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）</li> <li>●内視鏡的胃・十二指腸ポリープ・粘膜切除術</li> </ul> </td><td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>●帝王切開術</li> <li>●流産手術</li> <li>●子宮筋腫摘出（核出）術</li> <li>●腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術</li> <li>●子宮鏡下子宮筋腫摘出術</li> </ul> </td></tr> </tbody> </table>	保険種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療保険 (MI-01) ●払込期間中無解約返戻金限定告知医療保険</li> <li>●医療保険 (2014) ●旧日本興亜生命保険の医療保険 (08)</li> <li>●限定告知型医療保険 (M2) (入院治療給付型)</li> </ul>	手術名	眼の手術	腹部の手術	女性の手術		<ul style="list-style-type: none"> <li>●水晶体再建術</li> <li>●眼瞼下垂症手術</li> <li>●網膜光凝固術</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術</li> <li>●ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）</li> <li>●腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）</li> <li>●内視鏡的胃・十二指腸ポリープ・粘膜切除術</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●帝王切開術</li> <li>●流産手術</li> <li>●子宮筋腫摘出（核出）術</li> <li>●腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術</li> <li>●子宮鏡下子宮筋腫摘出術</li> </ul>
保険種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療保険 (MI-01) ●払込期間中無解約返戻金限定告知医療保険</li> <li>●医療保険 (2014) ●旧日本興亜生命保険の医療保険 (08)</li> <li>●限定告知型医療保険 (M2) (入院治療給付型)</li> </ul>										
手術名	眼の手術	腹部の手術	女性の手術								
	<ul style="list-style-type: none"> <li>●水晶体再建術</li> <li>●眼瞼下垂症手術</li> <li>●網膜光凝固術</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術</li> <li>●ヘルニア手術（鼠径ヘルニア）</li> <li>●腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）</li> <li>●内視鏡的胃・十二指腸ポリープ・粘膜切除術</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●帝王切開術</li> <li>●流産手術</li> <li>●子宮筋腫摘出（核出）術</li> <li>●腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術</li> <li>●子宮鏡下子宮筋腫摘出術</li> </ul>								

- (※1) 診療明細書1発行（医療機関の会計窓口で1度に発行される単位）につき、掲載されている手術が1種類のみであること。
- (※2) 公的医療保険制度によって保険給付の対象となる医科診療報酬点数表に手術料が算定されるものをいいます。
- (※3) 一部お支払対象外手術がございます。詳しくは約款をご確認ください。

### 【3】通院給付金

要件なく「治療状況報告書」による簡易請求の取扱いが可能です。（がん外来治療給付金は、「治療状況報告書」による簡易請求の取扱の対象外であり、必ず「入院・手術・通院等証明書（診断書）」の提出が必要です。）

場合により、「入院・手術・通院等証明書（診断書）」の提出を求めることがあります。

#### ②必要書類

「治療状況報告書」で請求する場合、請求内容に応じて以下の書類が必要です。

請求内容	必要書類
【1】入院給付金	・被保険者名・入院期間が明記された医療機関発行の領収証コピー、または診療明細書コピー、または傷病名の記載がある退院証明書コピー*
【2】手術給付金	・被保険者名・手術名が明記された医療機関発行の診療明細書コピー ・診療明細書と同時に発行された領収証コピー ・傷病名の記載がある退院証明書コピー*
【3】通院給付金	・被保険者名が明記された医療機関発行の診察券コピー（通院給付金のご請求の場合）、または領収証コピー（健康回復支援給付金の場合）
簡易請求の取扱要件を満たす上記【1】【2】【3】について複数の給付金をあわせて請求する場合	・【1】【2】【3】の請求される内容に合わせて、それぞれの必要書類を提出ください。重複する書類は省略可能です。

\*領収証、診療明細書、退院証明書いずれもお持ちでない場合は、「入院・手術・通院等証明書（診断書）」の提出が必要です。

また、「特定部位・特定疾病不担保法」が適用期間中の入院および入院を伴う手術の場合には、退院証明書が必要です。（保険証券の特別条件に「特定部位・特定疾病不担保法」と記載されています。）

## 参考

## 主な三大疾病の例

悪性新生物（がん）	喉頭がん・食道がん・胃がん・大腸がん・がん性腹膜炎・肺がん・骨肉腫・悪性黒色腫・皮膚がん・悪性リンパ腫・骨髄性白血病・前立腺がん・子宮がん・膀胱がん・乳がん
	上皮内がん
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞（症）・再発性心筋梗塞・急性心内膜下梗塞・心内膜下梗塞・冠状動脈瘤破裂・冠動脈血栓
脳卒中	脳卒中・脳内出血・脳血栓症・脳梗塞・くも膜下出血・脳動脈瘤破裂

### （3）骨髓ドナーによる手術給付金請求時の取扱い

#### ①取扱概要

骨髓ドナーとして受けた骨髓幹細胞および末梢血幹細胞の採取術で、手術給付金を請求する場合、「入院・手術・通院等証明書（診断書）」に代えて「公益財団法人 日本骨髓バンク（以下「日本骨髓バンク」）」が発行する「証明書（骨髓バンク ドナー給付用）（以下「証明書」）」でも請求の取扱いが可能です。

#### 注意

日本骨髓バンクを経由せずに、親族間等での骨髓提供により、手術給付金を請求する場合は、「入院・手術・通院等証明書（診断書）」の提出が必要です。

#### ②「証明書」の取得方法

「証明書」はドナー（被保険者）から担当コーディネーターに依頼することで発行が可能です。なお、骨髓幹細胞や末梢血幹細胞の提供の流れ、当該「証明書」のイメージについては「日本骨髓バンク」のホームページ（<http://www.jmdp.or.jp/>）内で、次の手順で確認が可能です「トップページ>ドナー登録している方へ>ドナーをサポートするしくみ>提供により給付金が支払われる保険>「骨髓ドナー給付金用の証明書」。

※ 2019年4月1日現在

### 3. 請求書類の記入方法

## 〈1〉SOMPOひまわり生命契約

## ■ 帳票記入例：保険金・給付金等請求書

(左面)

- 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 先

■貴社保険契約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。

なお、下記被保険者欄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。

■下記口座への支払金で「もって本請求への支払済み」の旨を記入して下さい。

■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。

■本請求の支払金は受取人（相続人を含む）全員から請求を受付すべしですが、私が複数ある場合は代表者である私に支払ってください。

■本件について、後日利害関係者が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。

■本請求の被保険者が主たる被保険者の場合、子は当該契約の被保険者となることご了承しています。

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 年 5 月 5 日

2 保険証券番号 0 1 2 3 4 - 5 6 7 8  
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 支払明細書等 1 6 0 - 0 0 2 3 フリガナ シンジュクニシシングクX-X-X-X  
送付先 東京 都・道・府・県 新宿区西新宿X-X-X-X

5 希望連絡先 電話番号 03 ( 9999 ) 9999 白中連絡先(携帯番号) 090 ( 0000 ) 0000

6 受取人(請求権者) 氏名 (自署) フリガナ ヒマワリ タロウ  
ひまわり 太郎 様

7 印

6 生年月日・性別 年 6 月 7 日 (男性) (女性)  
被保険者からみた続柄 (本人) 配偶者 (親) (子) (法人) その他 ( )

8 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。  
親権者・後見人 氏名 (自署) フリガナ  
ひまわり 太郎 様

9 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。

口座名義		カタカナでご記入ください										
□おを受取口座ご記入くださいに	□ゆうちょ銀行以外	ヒマワリ タロウ				ヒマワリ シンジュク						
		金融機関名 ひまわり 金融機関コード 1 2 3 4 口座種類 普通(総合) 通帳記号 1 0 □ゆうちょ銀行(※)	ヒマワリ				新宿					
			銀行(信託銀行) 信用組合(信用金庫) 農協(労働金庫)				支店名					
			支店コード 5 6 7				支店コード					
			0				1					
			通帳番号 (右づめ)				通帳番号 (右づめ)					
			1				1					
			0				0					
			1				1					

※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

以下とのおり、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	・「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	「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。)

※口座番号は右詰めでご記入ください。  
※口座名義人は必ずカタカナでご記入ください。  
※金融機関コード・支店コードが不明な場合は空欄のままでご提出ください。  
※ゆうちょ銀行の場合は通帳記号5桁、通帳番号8桁を右詰めでご記入ください。

(右面)

<p>1. 今回のご請求についてご記入ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>⑩ 請求内容</td> <td>保険金・年金</td> <td>給付金</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td></td> <td>死亡保険金 高度障害保険金 等</td> <td>入院給付金 手術給付金 先進医療給付金 等</td> <td>保険料払込免除 等</td> </tr> </table>		⑩ 請求内容	保険金・年金	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	<p>⑩ 今回のご請求に該当するものに○印をご記入ください。 また、複数の内容をご請求される場合はそれぞれ○印をご記入ください。</p>																							
⑩ 請求内容	保険金・年金	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																														
<p>⑪ 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) ・メンタル疾患保険付 七大海病保険特約 ・総合生活障害保障特約 ・定期保険(年金支払特約) によるご請求の場合のみ、 受取方法をご選択ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>① 年金受取</td> <td>② 一括受取</td> <td>③ 一部一括受取</td> </tr> <tr> <td colspan="3">万円</td> </tr> </table>		① 年金受取	② 一括受取	③ 一部一括受取	万円			<p>⑪ 該当するご請求の場合のみ、受取方法に○印をご記入のうえ、「③一部一括受取」をご希望の場合は、お受取金額をご記入ください。 該当しない場合はご記入不要です。</p>																									
① 年金受取	② 一括受取	③ 一部一括受取																															
万円																																	
<p>⑫ いずれかを選択してください。</p> <table border="1"> <tr> <td>① 全額</td> <td>② 指定</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ご契約は消滅します。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">万円</td> </tr> </table>		① 全額	② 指定	ご契約は消滅します。		万円		<p>⑫ 該当するご請求の場合のみ、受取方法に○印をご記入のうえ、「②指定」をご希望の場合は、お受取金額をご記入ください。 該当しない場合はご記入不要です。</p>																									
① 全額	② 指定																																
ご契約は消滅します。																																	
万円																																	
<p>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。</p> <table border="1"> <tr> <td>受傷の日時</td> <td>年 4 月 1 日</td> <td>午前</td> <td>午後</td> <td>1 時 50 分</td> </tr> <tr> <td>⑬ 受傷の場所 (住所など)</td> <td colspan="4">東京都中央区京橋3-30</td> </tr> <tr> <td>受傷の原因・状況 (詳細にご記入ください)</td> <td colspan="4">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。</td> </tr> <tr> <td>⑭ 事故の場合 (全項目ご記入ください)</td> <td>運転中</td> <td>同乗中</td> <td>歩行中</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>⑮ 自動車・バイクを運転中の場合 (全項目ご記入ください)</td> <td>免許証番号 1 0 1 0 1 1 2 2 3 3 4 0</td> <td>免許証種別 中型</td> <td>警察への届出 無</td> <td>届出警察署名 中央署</td> </tr> <tr> <td colspan="5">免許証有効期限 年 7 月 7 日</td> </tr> </table>		受傷の日時	年 4 月 1 日	午前	午後	1 時 50 分	⑬ 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。				⑭ 事故の場合 (全項目ご記入ください)	運転中	同乗中	歩行中	その他	⑮ 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	警察への届出 無	届出警察署名 中央署	免許証有効期限 年 7 月 7 日					<p>⑬ おケガをされた場合は、受傷された日時、場所、状況をできるだけ詳細にご記入ください。 時間が不明確な場合は、おおよその時間をご記入ください。</p>	
受傷の日時	年 4 月 1 日	午前	午後	1 時 50 分																													
⑬ 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。																																
⑭ 事故の場合 (全項目ご記入ください)	運転中	同乗中	歩行中	その他																													
⑮ 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	警察への届出 無	届出警察署名 中央署																													
免許証有効期限 年 7 月 7 日																																	
<p>取扱者・会社使用欄</p> <table border="1"> <tr> <td>請求申し出受付番号</td> </tr> <tr> <td>取扱者受付日欄</td> </tr> <tr> <td>受付日 年 月 日</td> <td>取扱者名(自署)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">【注】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。</td> </tr> </table>		請求申し出受付番号	取扱者受付日欄	受付日 年 月 日	取扱者名(自署)	【注】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。		<p>⑭ 事故の場合は、必ずご記入ください。</p>																									
請求申し出受付番号																																	
取扱者受付日欄																																	
受付日 年 月 日	取扱者名(自署)																																
【注】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。																																	
<table border="1"> <tr> <td>対応店使用欄</td> <td>本社使用欄</td> </tr> <tr> <td>対応店受付日</td> <td>本社受付日</td> </tr> <tr> <td>対応店発送日</td> <td>本社発送日</td> </tr> </table>		対応店使用欄	本社使用欄	対応店受付日	本社受付日	対応店発送日	本社発送日	<p>⑮ 自動車またはバイク(原付含む)を運転中の事故の場合は、必ずご記入ください。</p>																									
対応店使用欄	本社使用欄																																
対応店受付日	本社受付日																																
対応店発送日	本社発送日																																
<p>訂正方法</p> <p>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。</p> <table border="1"> <tr> <td>被保険者 フリガナ ひまわり 太郎</td> </tr> <tr> <td>ひまわり 花子</td> </tr> </table>		被保険者 フリガナ ひまわり 太郎	ひまわり 花子																														
被保険者 フリガナ ひまわり 太郎																																	
ひまわり 花子																																	

## ■帳票記入例：同意書

被保険者の個人情報の取扱いに対する同意と、治療の経過・内容、障害の状態などについて、医療機関などへの確認を目的として取り付けます。

\*旧日本興亜生命契約と共に通帳票です。

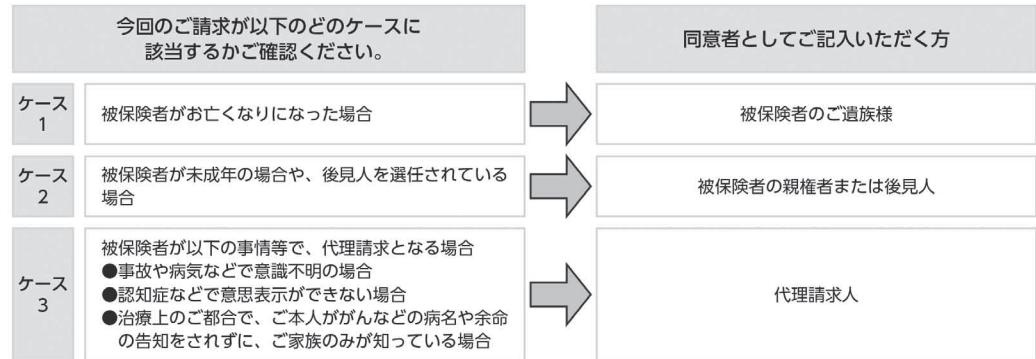
### 「同意書」記入例

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。

### 同意書

（個人情報の取扱い・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。

#### 1 同意書の記入日

年 5 月 5 日

#### 2 被保険者の氏名・生年月日

被保険者名 ひまわり 太郎 様 生年月日 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×-×-× 電話番号 03 ( 9999 ) 9999

氏名<sup>\*</sup>  
(自署) ひまわり 太郎 様  
被保険者との続柄  配偶者  父  母  子  
 その他

※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、左面の「記入例」をご確認ください。

#### 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。

被保険者名 ひまわり 太郎 様 生年月日 年 6 月 7 日生  
(患者名) ~~ひまわり~~ 花子

## ■帳票記入例：治療状況報告書

(左面)

1	本治療状況報告書をご記入いただいた日付をご記入ください。
2	「保険金・給付金等請求書」をご記入いただいた受取人(請求権者)ご本人様が自署してください。
3	今回ご病気やおけがをされた方のお名前をご記入ください。
4	病気やけがの名前を医師に診断されていない場合や不明な場合は、症状をご記入ください。 (例：腹痛、めまいなど)
5	該当の病名にチェックし、投薬治療開始日をご記入ください。
6	発生時期または受傷日が不明確な場合は、おおよその日付をご記入ください。
7	おけがをされた場合、該当する部位および状態に○印をご記入ください。

治療状況報告書 (お客さまご記入用)																																			
【治療状況報告書のご利用にあたって】																																			
<p>本書面は、一定の条件を満たした場合にご利用いただけます。 ご利用条件については、「保険金・給付金お手続きガイド」をご確認ください。</p> <p>●本書面は「入院・手術・通院等証明書(診断書)」に代わるものであります。(医師の証明は不要です。)</p> <p>●必ず受取人(請求権者)または親権者・後見人ご本人様がご記入ください。受取人(請求権者)と被保険者が異なる契約の場合、「受取人(請求権者)」欄以外の欄は、被保険者の方でもご記入いただけます。</p> <p>●本書面に記載いただいた内容と異なる事実が判明した場合には、給付金をお支払いできることもございます。 あらかじめご了承ください。本書面でご請求いただいた場合でも、改めて当社所定の「入院・手術・通院等証明書(診断書)」のお取り付けをお願いする場合がございます。</p>																																			
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛																																			
<p>■記入事項に相違はありません。 ■本「治療状況報告書」裏面に記載の「個人情報の取扱いについて」の内容を確認し、被保険者とともに同意します。 ■本件について貴社が必要とする事項を、病院などに照会または事実確認することについて、被保険者とともに同意します。 ■法人が受取人(請求権者)の場合、病院などに照会または事実確認することについて、被保険者から同意を得ています。</p>																																			
1	記入日 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年 5 月 5 日																																		
2	受取人(請求権者)または親権者・後見人 (自署) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ひまわり 太郎 様																																		
<small>※親権者・後見人の請求の場合は、請求書をご記入いただいた親権者・後見人がご記入ください。</small>																																			
3	被保険者 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ひまわり 太郎 様																																		
<small>※被保険者生年月日 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年 6 月 7 日</small>																																			
4	病気やけがの名前 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 必ず傷病名をご記入ください。 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 5																																		
<small>以下の傷病において、投薬治療を受けている場合は、チェックをしてください。</small>																																			
<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症、高脂血症) <input type="checkbox"/> 高血糖症(糖尿病) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ➡ 投薬治療開始日をご記入ください。																																			
5	年 月 日																																		
6	病気やけがの発生時期 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年 4 月 1 日																																		
7	おけがの場合																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">部 位</td> <td colspan="7">該当する部位に○印をご記入ください。</td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <input type="checkbox"/> 頭 部  <input type="checkbox"/> 頸 部  <input type="checkbox"/> (くび)  <input type="checkbox"/> 腹 部  <input type="checkbox"/> 腕  <input type="checkbox"/> 手  <input type="checkbox"/> 足  <input type="checkbox"/> その他 ( )         </td> </tr> <tr> <td colspan="2">状 態</td> <td colspan="7">該当する状態に○印をご記入ください。</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 打 捣  <input type="checkbox"/> 捻 挫  <input type="checkbox"/> 骨 折  <input type="checkbox"/> 脱 白  <input type="checkbox"/> その他 ( )         </td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>		部 位	該当する部位に○印をご記入ください。							<input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> (くび) <input type="checkbox"/> 腹 部 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他 ( )								状 態		該当する状態に○印をご記入ください。							<input type="checkbox"/> 打 捣 <input type="checkbox"/> 捻 挫 <input type="checkbox"/> 骨 折 <input type="checkbox"/> 脱 白 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
部 位	該当する部位に○印をご記入ください。																																		
<input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> (くび) <input type="checkbox"/> 腹 部 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																			
状 態		該当する状態に○印をご記入ください。																																	
<input type="checkbox"/> 打 捣 <input type="checkbox"/> 捻 挫 <input type="checkbox"/> 骨 折 <input type="checkbox"/> 脱 白 <input type="checkbox"/> その他 ( )																																			
<small>妊娠に伴うご傷病の場合のみご記入ください。※正常妊娠・正常分娩による入院・通院はお支払い対象になりません。</small>																																			
年 月 日 (現在妊娠 週)																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">初 診 日</td> <td colspan="7">当該傷病の初診日を分かれる範囲でご記入ください。</td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年 4 月 13 日         </td> </tr> <tr> <td colspan="2">治療期間</td> <td colspan="7"> <small>※通院中の場合は現在通院中に○印、通院が終了している場合は終診に、○印をご記入ください。</small>  <small>※終診の場合は、終診に○印をし、最終の受診日をご記入ください。</small>  <small>現在通院中</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">現 在 の 受 診 状 況</td> <td colspan="7"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ⇒ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年 4 月 26 日         </td> </tr> </table>		初 診 日	当該傷病の初診日を分かれる範囲でご記入ください。							<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年 4 月 13 日								治療期間		<small>※通院中の場合は現在通院中に○印、通院が終了している場合は終診に、○印をご記入ください。</small> <small>※終診の場合は、終診に○印をし、最終の受診日をご記入ください。</small> <small>現在通院中</small>							現 在 の 受 診 状 況		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ⇒ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年 4 月 26 日						
初 診 日	当該傷病の初診日を分かれる範囲でご記入ください。																																		
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年 4 月 13 日																																			
治療期間		<small>※通院中の場合は現在通院中に○印、通院が終了している場合は終診に、○印をご記入ください。</small> <small>※終診の場合は、終診に○印をし、最終の受診日をご記入ください。</small> <small>現在通院中</small>																																	
現 在 の 受 診 状 況		<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ⇒ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 年 4 月 26 日																																	
右面も必ずご記入ください。 ➡																																			

(右面)

入院	※日帰り入院の場合は、入院日・退院日それぞれに同日をご記入ください。																																																																																																																																																																										
	第1回 [REDACTED] 年 4 月 13 日 ~ [REDACTED] 年 4 月 19 日																																																																																																																																																																										
	第2回 年 月 日 ~ 年 月 日																																																																																																																																																																										
	第3回 年 月 日 ~ 年 月 日																																																																																																																																																																										
第4回以降はこちらへご記入ください。																																																																																																																																																																											
8 手術	受けられた手術の日付をご記入ください。 眼の手術の場合は、いずれかの部位に○印をご記入ください。																																																																																																																																																																										
	第1回 [REDACTED] 年 4 月 13 日 (手術部位: <input checked="" type="radio"/> 右眼 <input type="radio"/> 左眼 <input type="radio"/> 両眼)																																																																																																																																																																										
	第2回 [REDACTED] 年 4 月 18 日 (手術部位: <input checked="" type="radio"/> 右眼 <input type="radio"/> 左眼 <input type="radio"/> 両眼)																																																																																																																																																																										
9 通院	カレンダーに「年月」をご記入のうえ、通院日に○印をご記入ください。 2か所の医療機関に通院された場合、下欄「治療先②」への通院日は△印をご記入ください。																																																																																																																																																																										
	<table border="1"><tr><td>2024年4月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td><td>2</td><td>日</td></tr><tr><td></td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>年</td><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td><td>日</td></tr><tr><td></td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>年</td><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td><td>日</td></tr><tr><td></td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>年</td><td>月</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>計</td><td>日</td></tr><tr><td></td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														2024年4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	2	日		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	2024年4月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	2	日																																																																																																																																																							
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																											
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日																																																																																																																																																							
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																											
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日																																																																																																																																																							
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																											
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	計	日																																																																																																																																																								
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																												
10 今回の治療先 ※治療先が1か所で、ご提出いただく領収証コピー等で医療機関名・診療科が確認できる場合は、ご記入不要です。																																																																																																																																																																											
<table border="1"><tr><td>治療先①</td><td>医療機関名 ひまわり病院</td><td>診療科 眼科</td></tr><tr><td>治療先②</td><td>医療機関名 新宿ひまわり病院</td><td>診療科 眼科</td></tr></table>															治療先①	医療機関名 ひまわり病院	診療科 眼科	治療先②	医療機関名 新宿ひまわり病院	診療科 眼科																																																																																																																																																							
治療先①	医療機関名 ひまわり病院	診療科 眼科																																																																																																																																																																									
治療先②	医療機関名 新宿ひまわり病院	診療科 眼科																																																																																																																																																																									
(24060066) 800068-2900 (24,10)																																																																																																																																																																											
<table border="1"><tr><td colspan="2">訂正方法</td></tr><tr><td colspan="14">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。</td></tr><tr><td colspan="2">受取人 (請求権者) または 親権者・後見人</td><td colspan="12">必ずお名前をご記入ください。 (自署) ひまわり 太郎 ひまわり 花子</td></tr></table>															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。														受取人 (請求権者) または 親権者・後見人		必ずお名前をご記入ください。 (自署) ひまわり 太郎 ひまわり 花子																																																																																																																																										
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。																																																																																																																																																																											
受取人 (請求権者) または 親権者・後見人		必ずお名前をご記入ください。 (自署) ひまわり 太郎 ひまわり 花子																																																																																																																																																																									

## 〈2〉旧日本興亜生命契約

■帳票記入例：保険金等請求書（保険金および死亡給付金請求時に作成）

保険金等請求書 記入例		※機械印字されている場合には、印字内容をご確認ください。																								
<p>1 本請求書をご記入いただいた日付をご記入ください。</p> <p>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。</p> <p>3 今回のご請求に関する支払明細書等を郵送させていた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。</p> <p>4 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。</p> <p>5 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）</p> <p>6 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、「お手続きガイド」をご確認ください。</p> <p>7 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、5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。</p> <p>8 ①～④のいずれかにレ印をご記入ください。なお、②または③を選択された場合は、受取方法に〇印をご記入ください。</p>	<p>必ずご提出ください。</p> <p style="text-align: center;"><b>保険金等請求書</b></p> <p><b>S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛</b></p> <p>■貴社保険約款の規定により下記契約に基づき、別紙「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。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。 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。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生れた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> <p>本請求書の受取人（請求権者） ひまわり 一郎 様 がご記入ください。 (親権者・後見人は代筆可)</p> <p>記入日 年 5 月 5 日 受付番号 19-000000-0</p> <p>保険証券番号 サ0123456789 被保険者 フリガナ ヒマワリ 一郎 様 生年月日 年 2 月 3 日</p> <p>支払明細書等送付先 東京 都・県 新宿区 西新宿 ×—×—×</p> <p>希望連絡先 電話番号 03(9999)9999 日中連絡先 090(0000)0000</p> <p>受取人（請求権者） 氏名 フリガナ ヒマワリ タロウ (自署)必ずお名前をご記入ください。</p> <p>6 印</p> <p>生年月日 年 6 月 7 日 男性 (女性) 印鑑証明書コピーご提出する場合のみ実印をご押印ください。 被保険者からみた続柄 (本) (配偶者) (親) (子) (法人) (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、下記の欄もご記入ください。</p> <p>親権者・後見人 氏名 フリガナ (自署) 様 受取人からみた続柄 (配偶者) (父) (母) (子) (その他) ( )</p> <p>※上記に該当しない場合は、ご押印不要です。</p> <p>請求内容 (いずれかに印をしてください) <input type="checkbox"/> ① 死亡保険金・死亡給付金 <input type="checkbox"/> ② 収入保障年金・養青年金・高度障害年金 <input checked="" type="checkbox"/> いずれかに○ (年金受取) (一括受取) <input type="checkbox"/> ③ リビング・ニーズ保険金 <input checked="" type="checkbox"/> いずれかに○ (全額) (指定( )万円) <input type="checkbox"/> ④ 高度障害保険金・特定疾病保険金 <input checked="" type="checkbox"/> いずれかに○ (ご契約は消滅します) (※3,000万円限度)</p> <p>必ず受取人（請求権者）名義の口座をご記入ください。</p> <p>9 口座名義 (カタカナでご記入ください) ヒマワリ タロウ</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 15%;">いすれか記入</td> <td rowspan="2" style="width: 25%;">金融機関名 ゆうちょ銀行 以外</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">フリガナ ヒマワリ ギンコウ</td> <td rowspan="2" style="width: 20%;">支店名 新宿 (出張所)</td> </tr> <tr> <td>銀行 (信用金庫) (農協) 信託銀行 (信用組合) (その他)</td> <td>支店コード 0 0 0 0</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>金融機関コード 0 0 0 0</td> <td>口座種類 普通(総合) (当座) 口座番号 (右づめ) 0 0 0 0 0 0 1</td> <td>支店コード 0 0 0 0</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>通帳記号 1</td> <td>通帳番号 (右づめ) 0 通帳番号 (右づめ) 1</td> <td></td> </tr> </table> <p>※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</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">取扱受付日 (※) 年 月 日 取扱者名 (自署)</td> <td style="width: 25%;">営業店受付日 年 月 日</td> <td style="width: 25%;">本社到着日</td> <td style="width: 25%;">書類完備日</td> </tr> </table> <p>※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。</p> <p>23</p> <p>9 以下のとおり、お受取口座をご記入ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">受取人（請求権者）様 が個人の場合</td> <td>・「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。</td> </tr> <tr> <td>受取人（請求権者）様 が法人の場合</td> <td>「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。）</td> </tr> </table> <p>※口座番号は右詰めでご記入ください。 ※口座名義人は必ずカタカナでご記入ください。 ※金融機関コード・支店コードが不明な場合は空欄のままご提出ください。 ※ゆうちょ銀行の場合は、通帳記号5桁、通帳番号8桁を右詰めでご記入ください。</p>	いすれか記入	金融機関名 ゆうちょ銀行 以外	フリガナ ヒマワリ ギンコウ		支店名 新宿 (出張所)	銀行 (信用金庫) (農協) 信託銀行 (信用組合) (その他)	支店コード 0 0 0 0			金融機関コード 0 0 0 0	口座種類 普通(総合) (当座) 口座番号 (右づめ) 0 0 0 0 0 0 1	支店コード 0 0 0 0			通帳記号 1	通帳番号 (右づめ) 0 通帳番号 (右づめ) 1		取扱受付日 (※) 年 月 日 取扱者名 (自署)	営業店受付日 年 月 日	本社到着日	書類完備日	受取人（請求権者）様 が個人の場合	・「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	「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。）
いすれか記入	金融機関名 ゆうちょ銀行 以外			フリガナ ヒマワリ ギンコウ			支店名 新宿 (出張所)																			
		銀行 (信用金庫) (農協) 信託銀行 (信用組合) (その他)	支店コード 0 0 0 0																							
		金融機関コード 0 0 0 0	口座種類 普通(総合) (当座) 口座番号 (右づめ) 0 0 0 0 0 0 1	支店コード 0 0 0 0																						
		通帳記号 1	通帳番号 (右づめ) 0 通帳番号 (右づめ) 1																							
取扱受付日 (※) 年 月 日 取扱者名 (自署)	営業店受付日 年 月 日	本社到着日	書類完備日																							
受取人（請求権者）様 が個人の場合	・「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	「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。）																									

■帳票記入例：給付金等請求書（給付金および保険料払込免除請求時に作成）

給付金等請求書 記入例

1 本請求書をご記入いただき  
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 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。

4 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）

5 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  
が必要で、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、  
「お手続きガイド」で  
ご確認ください。

6 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④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。

7 「A. 保険料振替口座」を希望されない場合や金融機関名が表示されていない場合は「B. ご指定口座」の  
欄に、受取人様名義の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"> <li>・「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。</li> <li>・配偶者様など、ご家族名義の口座はご利用できません。</li> <li>・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。</li> </ul>	
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>	

※口座番号は右詰めでご記入ください。  
※口座名義人は必ずカタカナでご記入ください。  
※金融機関コード・支店コードが不明な場合は空欄のままご提出ください。  
※ゆうちょ銀行の場合は、通帳記号5桁、通帳番号8桁を右詰めでご記入ください。

※機械印字されている場合には、  
印字内容をご確認ください。

5011600

給付金等請求書

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

■貴社保険契約の規定により下記契約に基づき、別紙「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。  
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。  
■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。  
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。  
■本請求の支払金は受取人（親権者を含む）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。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。  
■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。

本請求書の受取人（請求権者） ひまわり 太郎 様 がご記入ください。  
(親権者・後見人は代筆可)

記入日 1 年 5 月 5 日 受付番号 19-000000-0

保険証券  
番号 10123456789 保険者 フリガナ ヒマワリ タロウ  
ひまわり 太郎 様  
生年月日 1980年 6 月 7 日

支払明細書等  
送付先 フリガナ

都 道  
府・県

希望連絡先 電話番号 03(9999)9999 日中連絡先 090(0000)0000

受取人  
(請求権者)  
氏名 フリガナ ヒマワリ タロウ  
(自署) 必ずお名前をご記入ください。  
ひまわり 太郎 様  
生年月日・性別 1980年 6 月 7 日 (男性) (女性)

被保険者からみた続柄 (配偶者) (親) (子) (法人) (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、下記の欄もご記入ください。

親権者・後見人  
氏名 フリガナ  
(自署) 様  
受取人からみた続柄 (配偶者) (父) (母) (子) (その他) ( )

印鑑証明書コピー  
ご提出する場合のみ実印を  
ご押印ください。  
※上記に該当しない場合は、  
押印不要です。

A. 保険料  
振替口座 ひまわり銀行 新宿支店  
普通 01234567  
ヒマワリ タロウ 様の口座  
カタカナでご記入ください。

お受取口座  
B. ご指定口座  
ゆうちょ  
銀行以外  
ゆうちょ  
銀行(※) 金融  
機関名 フリガナ  
(銀行) (信金) (農協)  
(信託銀行) (信組) (その他)  
支店  
名  
金融機関コード  
口座種類  
通帳記号  
口座番号  
(右詰め)  
通帳番号  
(右詰め)  
支店コード  
1  
1  
※ゆうちょ銀行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。

取扱者受付日(※) 営業店受付日 本社到着日 書類完備日  
受付日 年 月 日  
取扱者名(自署)

※お客様に請求書を送った日付ではなく、受領した日付を必ず  
ご記入ください。 24

■帳票記入例：事故状況報告書（ケガによる請求時に作成）

## 事故状況報告書 記入例

※機械印字されている場合には、印字内容をご確認ください。

1 事故状況報告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（傷病者）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 受取人（請求権者）ご本人様が自署してください。受取人（請求権者）様が法人の場合は、法人名および役職名・代表者名をご記入ください。

4 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、③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。

5 受傷状況（原因）欄には、受傷された日時、場所、状況をできるだけ詳細にご記入ください。時間が不明確な場合は、おおよその時間をご記入ください。

6 交通事故の場合にご記入ください。自動車またはバイク（原付含む）を運転中の事故の場合は、必ずご記入ください。

事 故 状 況 報 告 書		5084100																				
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 下記は事実に相違ありません。 なお、本件について貴社が必要とする事項を関係者等に照会、または事実確認することに同意します。																						
1 記 入 日	[ ] 年 XX 月 XX 日																					
2 保険証券番号	表示がない場合はご記入ください。 サ0123456789																					
受取人（請求権者）	氏名	3 ひまわり 太郎 様																				
	親権者または後見人（自署）	※親権者・後見人からのご請求の場合は、請求書をご記入いただいた親権者・後見人がご記入ください																				
5 被保険者（受傷者）	フリガナ	ヒマワリ 夕凪 性別 男 生年月日 [ ] 年 X 月 X 日																				
受傷日時	[ ] 年 XX 月 XX 日 午前 [ ] 午後 1 時 50 分頃																					
受傷場所	東京都中央区京橋3-30																					
受傷状況（原因）	事故またはケガ等の状況 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。																					
複数の事故状況を記載する場合は、各々の項目について、どちらの事故状況かがわかるように記入します。																						
2. 交通事故の場合にご記入ください。																						
6 印をご記入ください	① 運転中 ② 同乗中 ③ 歩行中 ④ その他 ( )	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">※必ずご記入ください</td> <td>免許の有無</td> <td><input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無資格</td> <td>免許証番号</td> <td>1 0 1 0 1 1 2 2 3 3 4 0</td> </tr> <tr> <td>運転中の場合</td> <td>免許証種類 ○印をご記入ください</td> <td>大型 <input type="radio"/> 中型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 特殊</td> <td>大型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 特殊 <input type="radio"/> 原付</td> <td>大型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 二輪 <input type="radio"/> その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>有効期限</td> <td colspan="4">[ ] 年 XX 月 XX 日</td> </tr> <tr> <td>警察への届出</td> <td><input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</td> <td>届出警察署</td> <td colspan="2">中央署</td> </tr> </table>	※必ずご記入ください	免許の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無資格	免許証番号	1 0 1 0 1 1 2 2 3 3 4 0	運転中の場合	免許証種類 ○印をご記入ください	大型 <input type="radio"/> 中型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 特殊	大型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 特殊 <input type="radio"/> 原付	大型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 二輪 <input type="radio"/> その他 ( )	有効期限	[ ] 年 XX 月 XX 日				警察への届出	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	届出警察署	中央署	
※必ずご記入ください	免許の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無資格		免許証番号	1 0 1 0 1 1 2 2 3 3 4 0																	
	運転中の場合	免許証種類 ○印をご記入ください	大型 <input type="radio"/> 中型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 特殊	大型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 特殊 <input type="radio"/> 原付	大型 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 二輪 <input type="radio"/> その他 ( )																	
有効期限	[ ] 年 XX 月 XX 日																					
警察への届出	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	届出警察署	中央署																			

■帳票記入例：治療状況報告書（入院）

治療状況報告書（入院・手術）記入例 ※機械印字されている場合には、印字内容をご確認ください。

「お手続きガイド」にて必要書類をご確認のうえご提出ください。

1 本治療状況報告書をご記入いただいた日付をご記入ください。

2 請求書にご記入いただいた受取人（請求権者）ご本人様が自署してください。

3 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。

4 病気やケガの名前を医師に診断されていない場合や不明な場合は、症状をご記入ください。（例：腹痛、めまいなど）

5 発生時期または受傷日が不明確な場合は、おおよその日付をご記入ください。

6 手術を受けられた日付をご記入ください。眼の手術の場合は、手術部位のいずれかに○印をご記入ください。同じ手術を別日で実施した場合はそれぞれの日付をご記入ください。

7 診療を受けた医療機関名・診療科をご記入ください。2か所で治療を受けられた場合は、治療先②も同様にご記入ください。  
※治療先が1か所で、ご提出いただく領収証コピー等で名称・診療科が確認できる場合はご記入不要です。

治療状況報告書（入院・手術）					5041100
<「治療状況報告書」のご利用にあたって>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>「治療状況報告書」（以下、本書面）は、一定の条件を満たした場合にご利用いただけます。ご利用条件については、「お手続きガイド」をご確認ください。</li> <li>本書面は、「入院・手術・通院等証明書（診断書）」に代わるものではありません。（医師の証明は不要です。）</li> <li>必ず受取人（請求権者）または親権者・後見人がご記入ください。受取人（請求権者）と被保険者が異なる契約の場合「受取人（請求権者）」欄以外の欄は、被保険者でもご記入いただけます。</li> <li>本書面に記載いただいた内容と異なる事実が判明した場合には、給付金をお支払いできないこともあります。あらかじめご了承ください。</li> <li>本書面でご請求いただいた場合でも、改めて当社所定の「入院・手術・通院等証明書（診断書）」のお取り付けをお願いする場合がございます。</li> </ul>					
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛					
受付番号 19-000000-0					
<p>■記入事項に相違はありません。</p> <p>■本件について貴社が必要とする事項を、病院などに照会または事実確認することについて、被保険者とともに同意します。</p> <p>■法人が受取人（請求権者）の場合、病院などに照会または事実確認することについて、被保険者から同意を得ています。</p>					
1 記入日	年 5 月 5 日		※親権者・後見人からのご請求の場合は、請求書をご記入いただいた 親権者・後見人がご記入ください		
2 受取人 (請求権者) または 親権者・後見人	必ずお名前をご記入ください。 (自署)		3 保険証券 番号	表示がない場合はご記入ください。	
被保険者	フリガナ	ヒマワリ 太郎	性別	被保険者 生年月日	年 6 月 7 日
4 病気やケガの 名前	白内障				
5 病気やケガの 発生時期	ご病気の場合は症状を自覚されたおおよその時期を、おケガの場合は受傷された日をご記入ください。 年 4 月 12 日				
分娩日 (分娩予定日)	妊娠に伴うご傷病の場合のみご記入ください。正常妊娠・正常分娩による入院・手術・通院はお支払い対象になりません。 年 月 日				
治療期間	初診日	当該傷病の初診日を分かる範囲でご記入ください。 年 4 月 13 日			
	現在の 受診状況	通院中の場合は、現在通院中に○印、経診の場合は、経診に○印をし、最終の受診日をご記入ください。 (現在通院中) <input checked="" type="radio"/> 経診 ⇒ 年 4 月 26 日			
入院	第1回	年 4 月 13 日 ~ 年 4 月 19 日			
	第2回	年 月 日 ~ 年 月 日			
	第3回	年 月 日 ~ 年 月 日			
	第4回以降はこちらへご記入ください。				
6 手術	手術日 手術部位	受けられた手術の日付をご記入ください。 眼の手術の場合は、いずれかの部位に○印をご記入ください。 第1回 年 4 月 13 日 (手術部位: <input checked="" type="radio"/> 右眼 <input type="radio"/> 左眼 <input type="radio"/> 両眼 ) 第2回 年 4 月 18 日 (手術部位: <input checked="" type="radio"/> 右眼 <input checked="" type="radio"/> 左眼 <input type="radio"/> 両眼 )			
今回の治療先※治療先が1か所で、ご提出いただく領収証コピー等で名称・診療科が確認できる場合は、ご記入不要です。					
7 治療先①	医療機関名		いまわり病院		診療科 眼科
治療先②	医療機関名		新宿いまわり病院		診療科 眼科

## 4. 代理店宛事故受付通知

本社で事故受付入力を行った翌営業日に、代理店宛てに事故受付を連絡する帳票を発送します。

### 〈1〉SOMPOひまわり生命契約

※がん保険の場合は作成されません。

〈保険金・給付金等〉請求申し出受付のご案内

■■■■■年 11月 13日

■■■■■ 殿  
募集人コード ■■■■■

拝啓 日頃は格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。  
お取扱いの保険契約につきまして、下記のとおり保険金・給付金等の請求申し出を受付し、登録が完了いたしましたので、ご案内申します。  
ご不明な点につきましては、当社窓口までお問い合わせください。  
敬具

#### 【受付内容】

受付番号	J0 ■■■■■ - ■■■■■
請求申し出受付日	■■■■■年 11月 13日
傷病者名	■■■■■ 様

#### 【契約内容】

1 証券番号	第 ■■■■■ 号
2 保険種類	医療保険 B型 ( 730日 )
3 契約者名	■■■■■ 様
4 証券番号	
5 保険種類	
6 契約者名	
7 証券番号	
8 保険種類	
9 契約者名	

※本案内は顧客情報を含んでいます。顧客情報管理の徹底をお願いします。

※本案内は募集人コードごとに作成しています(旧日本興亜生命契約、団体保険を除く)。

※本案内は保険金・給付金等の受付の事実を通知するものです。保険金・給付金等のお支払いの決定を通知するものではありません。

### 〈2〉旧日本興亜生命契約(ハガキ)

〈保険金・給付金等〉請求申し出受付のご案内

20■■年 10月 3日 作成 ( 続きなし )

拝啓 日頃は格別のお引き立てを賜り、厚くお礼申し上げます。  
お取扱いの保険契約につきまして、20■■年 10月 3日に下記のとおり保険金・給付金等の請求申し出を受付し、登録が完了いたしましたので、ご案内申し上げます。  
ご不明な点につきましては、弊社窓口までお問合せください。  
敬具

#### 【ご契約の内容】

保険の種類	定期保険
証券番号	カ799237 ■■■■■
ご契約者名	■■■■■ 様
被保険者名	■■■■■ 様

ご契約日 20■■年 4月 1日

3 受付番号	
4 ご請求の種類	
5 傷病者名	
6 受付番号	
7 ご請求の種類	
8 傷病者名	
9 受付番号	
10 ご請求の種類	
11 傷病者名	

#### 【ご注意】

- 本案内は顧客情報を含んでいます。顧客情報管理の徹底をお願いします。
- 本案内は今回のお申し出内容でご請求可能なご契約につき証券番号単位で作成しております。
- 本案内は請求申し出を受けたことをご通知するものです。  
保険金・給付金等のお支払いの決定をご通知するものではありません。

1 受付番号	1
2 ご請求の種類	給付金
3 傷病者名	■■■■■ 様
4 受付番号	

SOMPOひまわり生命保険株式会社

## 5. 手続き完了連絡

手続き完了後、本社から代理店、お客さま宛に以下の書類が送付されます。

送付先	SOMPOひまわり生命契約	旧日本興亜生命契約	送付時期
代理店	保険金・給付金等お支払手続き完了のお知らせ	お支払のご案内	手続き完了後の翌営業日に発送
お客さま	保険金・給付金等お支払手続き完了のお知らせ		手続き完了後の翌日 (祝日の場合はその翌日) に発送

## 〈1〉代理店用

## (1) SOMPOひまわり生命契約

保険金・給付金等お支払手続き完了のお知らせ	
年 HH月 HH日	
■ 萩原人コード HHHHHHHHHH 振込保証ジャパン代理店コード HHHHHHHHHH	
平素は格別のお引き立てを賜り厚くお礼申しあげます。	
さて、このたびご請求いただきました下記契約のお手続きが完了いたしましたので、お知らせいたします。	
証券番号	第 <input type="text"/> 号
受付番号	<input type="text"/>
契約者名	<input type="text"/>
被保険者名	<input type="text"/>
お支払日	年 HH月 HH日
お振込額	HHH, HHH円
ご送金先	お客様ご希望のお振込先へお支払させていただきました。

※この「お知らせ」は顧客情報を持っています。  
右ページの「顧客情報管理の徹底について」をご一読ください。



顧客情報管理の徹底について

- 顧客情報とは
- ・「顧客情報」とは、契約者名、被保険者名、住所をはじめ、取引銀行や申込保険会社の名前、保険料額、入院や手術の履歴など健康に関する情報などの個人情報をいいます。
- ・このような情報についての漏洩事件が発生すると、代理店の皆様などにとって心配の篤い問題が発生する可能性があります。以下のご注意点について改めて確認のうえ、意識をお願いいたします。
- ご注意いただきたい点
- 過往の取扱い点
- ・顧客情報の漏洩した場合はデータは必ず消行し、手元から残さないようにしてください。
- 事務所内での情報管理
- ・事務所内では様々なお客様が訪問されます。顧客情報の記載がある給付金等請求書やお届け書類を机上に放置したまま席を外したり、外出しないようにしてください。
- ・顧客情報の漏洩した場合は、能設のできる場所へ保管してください。
- ご自身が漏洩するうえでの注意点
- ・顧客情報を下記アドレスへ送付する際は、特に先を充分に確認してからお送りください。
- ・過去の取扱い履歴などの顧客情報を記載した資料は、必ずシュレッダーで処理するなど、内容が漏洩できない状態にしてから廃棄し、普段のゴミと一緒に捨てないでください。
- 万が一、顧客情報の漏洩、漏洩が発生した場合
- 正直、担当営業店へご連絡のうえ、担当へご相談ください。  
営業官員への報告や社外への漏洩などを防ぐ、市外の緊急対応が必要となる場合があります。
- このようなことにならないよう万全のご注意をお願いします。

## (2) 旧日本興亜生命契約

お支払いのご案内 (控)											
<p>拝啓 日頃からご愛顧いただきましてありがとうございます。</p> <p>さて、このたび右欄「お支払いの内容」記載のとおりお支払い手続をいたしましたのでご案内申しあげます。なお、ご不明な点ございましたら、お手数ながら表記の窓会窓口までお問い合わせください。 敬具</p>											
<p>【ご契約内容】</p> <table border="1"> <tr> <td>ご契約者名</td> <td>■■■■■ 様</td> </tr> <tr> <td>被保険者名</td> <td>■■■■■ 様</td> </tr> <tr> <td>保険の種類</td> <td>利差配当付純身保険</td> </tr> <tr> <td>証券番号</td> <td>■■■■■</td> </tr> <tr> <td>ご契約日</td> <td>1998年10月1日</td> </tr> </table>		ご契約者名	■■■■■ 様	被保険者名	■■■■■ 様	保険の種類	利差配当付純身保険	証券番号	■■■■■	ご契約日	1998年10月1日
ご契約者名	■■■■■ 様										
被保険者名	■■■■■ 様										
保険の種類	利差配当付純身保険										
証券番号	■■■■■										
ご契約日	1998年10月1日										
<p>【お支払いの内容】 2014年9月19日作成</p> <table border="1"> <tr> <td>お支払いの種類</td> <td>給付金のお支払い</td> </tr> <tr> <td>お支払金額</td> <td>120,000 円</td> </tr> <tr> <td>お支払手続日</td> <td>2014年9月22日</td> </tr> <tr> <td>お支払方法</td> <td>銀行振込</td> </tr> <tr> <td colspan="2">内、今回お支払した給付金種類は下記の通りでございます。 災害入院給付金、災害手当給付金</td> </tr> </table>		お支払いの種類	給付金のお支払い	お支払金額	120,000 円	お支払手続日	2014年9月22日	お支払方法	銀行振込	内、今回お支払した給付金種類は下記の通りでございます。 災害入院給付金、災害手当給付金	
お支払いの種類	給付金のお支払い										
お支払金額	120,000 円										
お支払手続日	2014年9月22日										
お支払方法	銀行振込										
内、今回お支払した給付金種類は下記の通りでございます。 災害入院給付金、災害手当給付金											
<p>なお、ご案内いたしました内容につきましては プライバシー保護の点から、お取扱いには十分 ご注意いただきますよう金のため申し添えます。</p>											

## 〈2〉お客様用

表

裏

