

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	○	○	△※ ¹
同意書	○	○	△※ ¹
死亡証明書または死亡診断書（死体検案書）（コピー可）	○	×	△※ ²
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※ ³	○		
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500万円以下の場合には不要です。		×

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

請求内容 請求書類	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）※1	×	○	×
【国民年金 厚生年金保険】 診断書（コピー可）※1	×	○	×
【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※2	○		

※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※ ¹			○			
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）※ ²				○		
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※ ³	○					
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※ ⁴	○					
保険金等請求内容確認書※ ⁵	△					

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ものに限ります。

※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. 給付金請求

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。

ひまわり生命 保険金

検索



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

〈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			○
同意書			○
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。		○	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。 ^{※3} 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		診断書名	
●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	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）		×	○※1
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
<p>【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</p> <p>【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</p> <p>＊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。</p>

(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。

① 60日以内の入院ですでに退院している

② 次の㊦または㊧のどちらかに該当する

㊦ ご請求の病名が「がん・悪性新生物」ではない

㊧ 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 ^(※1) 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

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^(※2)の手術^(※3)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。

2024年10月時点

保険種類	●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 ●医療保険 (2014) ●旧日本興亜生命保険の医療保険 (08) ●限定告知型医療保険 (M2) (入院治療給付型)
------	--

(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。

5

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。

手術名	眼の手術	腹部の手術	女性の手術
	●水晶体再建術 ●眼瞼下垂症手術 ●網膜光凝固術	●内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 ●ヘルニア手術（鼠径ヘルニア） ●腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側） ●内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・ 粘膜切除術	●帝王切開術 ●流産手術 ●子宮筋腫摘出（核出）術 ●腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術 ●子宮鏡下子宮筋腫摘出術

- (※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いの対象外であり、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) 骨髄ドナーによる手術給付金請求時の取扱い

①取扱概要

骨髄ドナーとして受けた骨髄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 日本骨髄バンク（以下「日本骨髄バンク」）」が発行する「証明書（骨髄バンク 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

日本骨髄バンクを経由せずに、親族間等での骨髄提供により、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、骨髄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「日本骨髄バンク」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>「骨髄ドナー給付金用の証明書」。

※ 2019年4月1日現在

〈1〉SOMPO ひまわり生命契約

(左面)

- 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

■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。
 なお、下記被保険者と請求者が異なる場合、個人情報のお取扱いについて被保険者の同意を得て請求して下さい。
 ■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（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。
 ■本請求の被保険者が主たる被保険者の予の場合、予は当該契約の被保険者となることに同意しています。

本請求書は、受取人（請求権者）様にご記入ください。※親権者・後見人は代筆可能です

1 記入日 2022 年 5 月 5 日

2 印は貴社生命の
印に準ずるものと
認めます

4 支払明細書等
送付先 東京都 新宿区西新宿 X-X-X

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

6 受取人
(請求権者) 氏名 (自署) ひまわり 太郎 様

生年月日・性別 2000 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()

3 フリガナ ヒマワリ タロウ

被保険者 ひまわり 太郎 様

7 印

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 (自署) 様

受取人からみた続柄 (配偶者) (父) (母) (子) その他()

フリガナ

フリガナ シンジュク

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 ☒ お受取口座の
記入しつづ
ください

ゆうちょ銀行
以外

☐ ゆうちょ銀行(※)

口座名義 ヒマワリ タロウ

フリガナ ヒマワリ

金融機関名 (銀行) (信用組合) (信用金庫) (農協) (労働金庫) (本店) (支店) (出所)

支店名 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(右つめ)) 1 2 3 4 5 6

通帳記号 1 0 通帳番号(右つめ) 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

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <p>9 以下のとおり、お受取口座をご記入ください。</p> | <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。 |
| <p>受取人（請求権者）様
が<u>個人</u>の場合</p> | |
| <p>受取人（請求権者）様
が<u>法人</u>の場合</p> | <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。

(右面)

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

<ul style="list-style-type: none"> ・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。 <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></td> <td></td> <td>万円</td> </tr> </table>	① 年金受取	② 一括受取	③ 一部一括受取			万円
① 年金受取	② 一括受取	③ 一部一括受取					
		万円					

12

<ul style="list-style-type: none"> ・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。 <table border="1"> <tr> <td>① 全額</td> <td>② 指定</td> </tr> <tr> <td>ご契約は消滅します。</td> <td>万円</td> </tr> </table>	① 全額	② 指定	ご契約は消滅します。	万円
① 全額	② 指定				
ご契約は消滅します。	万円				

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

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

13 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 ※全項目をご記入ください

運転中 (運転中) (同乗中) (歩行中) (その他) ()

飲酒 (無) (有)

警察への届出 (無) (有) 届出警察署名 中央 署

15 自動車・バイクを運転中の場合 ※全項目をご記入ください

免許証番号 1 0 1 0 1 2 2 3 4 0

免許証種別 中型

免許証有効期限 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

受付日 取扱者名(自署)

年 月 日

【注意】お客さま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。

5010100

(22030107) 860207-2800 (22.07)

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 14 事故の場合は、必ずご記入ください。
- 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。

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。

フリガナ

被保険者 ひまわり 太郎

~~ひまわり 花子~~

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通帳票です。

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

本同意書をご記入いただいた日付
をご記入ください。

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。

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。

<h2 style="margin: 0;">同意書</h2> <p style="margin: 0;">(個人情報・取扱い・事実の確認等について)</p>							
<p>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。</p>							
<p>※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。</p>							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 1 同意書の記入日 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> 年 5 月 5 日 </div>							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 2 被保険者の氏名・生年月日 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 10px;"> 被保険者名 (患者名) ひまわり 太郎 様 </td> <td style="width: 10%; padding: 10px;"> 生年月日 </td> <td style="width: 40%; padding: 10px;"> <div style="background-color: black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> 年 6 月 7 日生 </td> </tr> </table>				被保険者名 (患者名) ひまわり 太郎 様	生年月日	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> 年 6 月 7 日生	
被保険者名 (患者名) ひまわり 太郎 様	生年月日	<div style="background-color: black; width: 100px; height: 30px; display: inline-block;"></div> 年 6 月 7 日生					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 3 同意者(※)の住所・署名 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 10px;"> 住所 東京都新宿区西新宿×-×-× </td> <td style="width: 40%; padding: 10px;"> 電話番号 03 (9999) 9999 </td> </tr> </table>				住所 東京都新宿区西新宿×-×-×	電話番号 03 (9999) 9999		
住所 東京都新宿区西新宿×-×-×	電話番号 03 (9999) 9999						
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> 氏名[※] (自署) ひまわり 太郎 様 </div>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 10px;"> 被保険者 との続柄 </td> <td style="padding: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> 本人 </div> 配偶者 (父) (母) (子) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 10px;"> (その他) <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div> </td> </tr> </table>		被保険者 との続柄	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> 本人 </div> 配偶者 (父) (母) (子)	(その他) <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div>	
被保険者 との続柄	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> 本人 </div> 配偶者 (父) (母) (子)						
(その他) <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div>							

※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、左側の「記入例」をご確認ください。

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 ひまわり 花子 様 生年月日 ■■■■ 年 6 月 7 日生

■ 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」
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 今回ご病気やおケガをされ
た方のお名前をご記入くだ
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 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 おケガをされた場合、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】

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。

- 本書面は「入院・手術・通院等証明書(診断書)」に代わるものです。(医師の証明は不要です。)
- 必ず受取人(請求権者)または親権者・後見人ご本人様をご記入ください。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。
- 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。

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

■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。

1 記入日	年 5 月 5 日		
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) ひまわり 太郎 様		※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。
3 被保険者	必ずお名前をご記入ください。	性 別 <input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	被保険者 生年月日 年 6 月 7 日
4 病気やケガの 名 前	必ず傷病名をご記入ください。 白内障		
5	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。 <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) → 投薬治療開始日をご記入ください。 年 月 日		
6 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 1 日		
7 おケガの場合	部 位 該当する部位に○印をご記入ください。 頭部 頸部(くび) 腹部 腕 手 足 その他 ()	状 態 該当する状態に○印をご記入ください。 打撲 捻挫 骨折 脱臼 その他 ()	
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・通院はお支払い対象になりません。 年 月 日 (現在妊娠 週)		
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、通院が終了している場合は終診に、○印をご記入ください。 ※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。 [現在通院中] 終 診 ⇒ 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	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。		
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	年 4 月 13 日 (手術部位: 右眼 左眼 両眼)
第2回		年 4 月 18 日 (手術部位: 右眼 左眼 両眼)

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。	
	2024 年 4 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 2 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 計 日

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。	
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

5040700

(24060066) 800068-2900 (24.10)

8 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。

9 実際に通院された日付に○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は、「治療先①」にご記入の通院日には○印を、「治療先②」にご記入の通院日には△印をご記入ください。
※ご契約に通院の保障がない場合は、ご記入は不要です。

10 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。

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だ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いた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。</p> <p>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。（スタンプ不可）</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。</p> <p>（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。</p> <p>上記以外のご押印は不要です。※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。</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。</p> <p>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○印をご記入ください。</p>	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">5011100</div> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">保険金等請求書</p> <p style="text-align: center;">SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛</p> <p style="font-size: x-small;">■貴社保険約款の規定により下記契約に基づき、別紙「個人情報のお取り扱いについて」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 style="font-size: x-small;">■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 style="font-size: x-small;">■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 style="font-size: x-small;">■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 style="font-size: x-small;">■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> <p>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）</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"> 1 記入日 年 5 月 5 日 </td> <td style="width: 70%; text-align: right;"> 受付番号 19-000000-0 </td> </tr> <tr> <td> 2 保険証券番号 サ0123456789 </td> <td> 被保険者 フリガナ ヒマワリ 仔ロウ 生年月日 年 2 月 3 日 </td> </tr> </table> <p>3 支払明細書等送付先 1160-0023 フリガナ トウキョウト シンジュクク ニシシンジュク ×-×-×</p> <p>4 希望連絡先 東京 都 新宿区 西新宿 ×-×-×</p> <p>5 受取人（請求権者）氏名 フリガナ ヒマワリ 太郎</p> <p>生年月日・性別 年 6 月 7 日 男性 女性</p> <p>被保険者からみた続柄 （本人）（配偶者）（親）（子）（法人）（その他） （ ）</p> <p>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>7 親権者・後見人氏名 フリガナ （自署）</p> <p>受取人からみた続柄 （配偶者）（父）（母）（子）（その他） （ ）</p> <p>8 請求内容（いずれかに○印をしてください）</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 死亡保険金・死亡給付金</td> <td><input type="checkbox"/> ③ リビング・ニーズ保険金</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> ② 収入保障年金・養育年金・高度障害年金</td> <td><input type="checkbox"/> ④ 高度障害保険金・特定疾病保険金</td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">※いずれかに○（年金受取）一括受取 全額 指定（ ）万円 ※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 ヒマワリ タロウ （カタカナで記入ください）</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;"> ゆうちょ銀行以外 金融機関名 フリガナ ヒマワリ ギンコウ ひまわり 銀行 信用金庫 農協 （信託銀行）（信用組合）（その他） 金融機関コード 0 0 0 0 口座種類 普通（総合） 当座 ゆうちょ銀行（※） 通帳記号 1 0 </td> <td style="width: 70%; border: none;"> フリガナ シンジュクシテン 新宿 支店 支店コード 0 0 0 口座番号（右詰め） 0 0 0 0 0 0 1 通帳番号（右詰め） 0 0 0 0 0 0 1 </td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">※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 style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"> 取次者受付日（※） 受付日 年 月 日 取次者名（自署） </td> <td style="width: 70%;"> 営業店受付日 本社到着日 書類完備日 </td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">※お客さま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。</p> <p>9 以下のとおり、お受取口座をご記入ください。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"> 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 style="font-size: x-small;">※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>	1 記入日 年 5 月 5 日	受付番号 19-000000-0	2 保険証券番号 サ0123456789	被保険者 フリガナ ヒマワリ 仔ロウ 生年月日 年 2 月 3 日	<input type="checkbox"/> ① 死亡保険金・死亡給付金	<input type="checkbox"/> ③ リビング・ニーズ保険金	<input checked="" type="checkbox"/> ② 収入保障年金・養育年金・高度障害年金	<input type="checkbox"/> ④ 高度障害保険金・特定疾病保険金	ゆうちょ銀行以外 金融機関名 フリガナ ヒマワリ ギンコウ ひまわり 銀行 信用金庫 農協 （信託銀行）（信用組合）（その他） 金融機関コード 0 0 0 0 口座種類 普通（総合） 当座 ゆうちょ銀行（※） 通帳記号 1 0	フリガナ シンジュクシテン 新宿 支店 支店コード 0 0 0 口座番号（右詰め） 0 0 0 0 0 0 1 通帳番号（右詰め） 0 0 0 0 0 0 1	取次者受付日（※） 受付日 年 月 日 取次者名（自署）	営業店受付日 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。）
1 記入日 年 5 月 5 日	受付番号 19-000000-0																
2 保険証券番号 サ0123456789	被保険者 フリガナ ヒマワリ 仔ロウ 生年月日 年 2 月 3 日																
<input type="checkbox"/> ① 死亡保険金・死亡給付金	<input type="checkbox"/> ③ リビング・ニーズ保険金																
<input checked="" type="checkbox"/> ② 収入保障年金・養育年金・高度障害年金	<input type="checkbox"/> ④ 高度障害保険金・特定疾病保険金																
ゆうちょ銀行以外 金融機関名 フリガナ ヒマワリ ギンコウ ひまわり 銀行 信用金庫 農協 （信託銀行）（信用組合）（その他） 金融機関コード 0 0 0 0 口座種類 普通（総合） 当座 ゆうちょ銀行（※） 通帳記号 1 0	フリガナ シンジュクシテン 新宿 支店 支店コード 0 0 0 口座番号（右詰め） 0 0 0 0 0 0 1 通帳番号（右詰め） 0 0 0 0 0 0 1																
取次者受付日（※） 受付日 年 月 日 取次者名（自署）	営業店受付日 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

※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 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 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・後見人様の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。
上記以外のご押印は不要です。
※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。

必ずご提出ください。

給付金等請求書

5011600

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

■貴社保険約款の規定により下記契約に基づき、別紙「個人情報のお取り扱いについて」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（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。
■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 年 月 日

受付番号 19-000000-0

表示がない場合はご記入ください。

保険証券番号 0123456789

フリガナ ヒマワリ タロウ
被保険者 ひまわり 太郎 様
生年月日 年 月 日

160-0023 東京都 新宿区西新宿 ×-×-×

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

フリガナ ヒマワリ タロウ

受取人（請求権者）氏名 ひまわり 太郎 様

（自署）必ずお名前をご記入ください。

生年月日・性別 年 月 日 (男) (女性)

被保険者からみた続柄 (本人) (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)

受取人からみた続柄 (配偶者) (父) (母) (子) (その他)

Aに口座が表示されている場合は、その口座にお支払いいたします。

Aの口座を希望されない場合、または表示されていない場合は Bに必ず受取人（請求権者）名義の口座をご記入ください。

ひまわり銀行 新宿支店 普通 0123*** 様の口座

カタカナでご記入ください。

金融機関名 フリガナ

金融機関コード

口座種類 (普通) (総合) (当座)

口座番号 (右詰め)

通帳番号 (右詰め)

※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。

お受取口座 B. 指定口座

ゆうちょ銀行以外

金融機関名

金融機関コード

口座種類

口座番号 (右詰め)

通帳番号 (右詰め)

※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。

取次者受付日 (※)

営業店受付日

本社到着日

書類完備日

受付日 年 月 日

取次者 (自署)

※お書き込みは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。

「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. 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

「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。

■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		
下記は事実と相違ありません。 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	サ0123456789	
受付番号 19-000000-0		
受取人（請求権者）氏名（自署）	3 ひまわり 太郎 様	
親権者または後見人（自署）	4 様	
※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・後見人をご記入ください		
1. 受傷状況（事故またはケガ等の状況）		
5 被保険者（受傷者）フリガナ	ヒマワリ タロウ	
性 別	男	
生年月日	年 XX 月 XX 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）	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。	
2. 交通事故の場合にご記入ください。		
① 運転中	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 無資格 <input type="radio"/>	
② 同乗中	免許の有無	
③ 歩行中	免許証種類	
④ その他	印を記入ください	
	有効期限	
	警察への届出	
	届出警察署	
	中央 署	

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わかるように記入します。

2X

■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も同様に記入してください。
※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
<p>＜「治療状況報告書」のご利用にあたって＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ●「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。 ●本書面は、「入院・手術・通院等証明書（診断書）」に代わるものです。（医師の証明は不要です。） ●必ず受取人（請求権者）または親権者・後見人様をご記入ください。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。 ●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 受付番号 19-000000-0</p> <p>■記入事項に相違はありません。 ■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	<p>年 5 月 5 日</p> <p>※親権者・後見人からの請求の場合は、請求書をご記入いただいた親権者・後見人をご記入ください。</p>		3 表示がない場合はご記入ください。	
2 受取人（請求権者）または親権者・後見人	<p>必ずお名前をご記入ください。（自署）</p> <p>ひまわり 太郎 様</p>		保険証券番号	サ0123456789
被保険者	フリガナ	ヒマワリ タロウ	性別	男
	氏名	ひまわり 太郎 様	被保険者生年月日	年 6 月 7 日
4 病気やケガの名称	白内障			
5 発生時期	<p>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。</p> <p>年 4 月 12 日</p>			
分娩日（分娩予定日）	<p>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。</p> <p>年 月 日</p>			
治療期間	初診日	<p>当該傷病の初診日を分ける範囲でご記入ください。</p> <p>年 4 月 13 日</p>		
	現在の受診状況	<p>通院中の場合は、現在通院中に○印。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。</p> <p>（現在通院中） （終診） ⇒ 年 4 月 26 日</p>		
入院	第1回	<p>年 4 月 13 日 ~ 年 4 月 19 日</p>		
	第2回	<p>年 月 日 ~ 年 月 日</p>		
	第3回	<p>年 月 日 ~ 年 月 日</p>		
	第4回以降はこちへご記入ください。			
6 手術	手術日 手術部位	<p>受けられた手術の日付をご記入ください。</p> <p>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。</p> <p>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）</p> <p>第2回 年 4 月 18 日 （手術部位： <input type="radio"/> 右眼 <input checked="" type="radio"/> 左眼 <input type="radio"/> 両眼）</p>		
<p>今回の治療先が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。</p>				
7 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

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け、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、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】

証券番号	第 号
1 保険種類	医療保険 B 型 (730 日)
契約者名	様
証券番号	
2 保険種類	
契約者名	
証券番号	
3 保険種類	
契約者名	
証券番号	
4 保険種類	
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。

※ご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）。

※ご案内は保険金・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

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け、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
ご保険者名	様
ご契約日	20 年 4 月 1 日

【受付の内容】

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

20 年 10 月 3 日 作成 （続きなし）

3	受付番号	
	ご請求の種類	
	傷病者名	
4	受付番号	
	ご請求の種類	
	傷病者名	
5	受付番号	
	ご請求の種類	
	傷病者名	
6	受付番号	
	ご請求の種類	
	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付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。

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 月 日

募集人コード HHHHHHHH
振保ジャパン代理店コード HHHHHHHH

平素は格別のお引き立てを賜り厚くお礼申し上げます。
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 号
受付番号 号

契約者名 様
被保険者名 様

お支払日 年 月 日
お支払額 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す。

※この「お知らせ」は顧客情報を含んでいます。
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、取引銀行名や口座番号などの財産情報、入社や手続の履歴など顧客に関する情報などの個人情報等をいいます。
・このような情報についての漏洩事件が発生すると、代理店の信譽などにも悪影響の及ぶリスクが生じ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、徹底をお願いいたします。

●ご注意ください
＜発行時の注意＞
・顧客情報の入った書類やデータは必ず携行し、手元から離さないようにしてください。
＜事務所内での情報管理＞
・事務所内に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本通知を机の上に放置したまま退席をせたり、外出しないようにしてください。
・顧客情報の入ったものは、施錠のできる場所へ保管してください。
＜目録整理を行ううえでの注意＞
・顧客情報をFAXやメールで送付する際は、特に宛先を十分に確認してから送付してください。
・過去の前付情報などの顧客情報を記載した資料は、必ずシュレッターで処理するなど、内容が確認できない状態にしてから廃棄し、普通のコミと一緒に捨てないでください。

●万一、顧客情報の漏洩・紛失が発生した場合
緊急、最速で本社へご連絡のうえ、対応をお願いします。
振保ジャパンへの報告や社外への公表などを行い、事後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

お支払のご案内 (控)

拝啓 日頃からご愛顧いただきましてまことにありがとうございます。
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きをいたしましたのでご案内申し上げます。なお、ご不明な点がございましたら、お手数ながら表記の照会窓口までお問い合わせください。 敬具

【ご契約内容】

ご契約者名 様
被保険者名 様
保険の種類 利益配当付終身保険
証券番号 号
ご契約日 1998年10月1日

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観点から、お取扱いには十分
ご注意ください。よろしくご留意をお願いします。

【お支払いの内容】 2014年 9月19日作成

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、災害手術給付金

SOMPOひまわり生命保険株式会社

