

V. 帳票集

①新契約申込に必要な書類

申込書(代理店システム)	P.156
申込書(手書き帳票)	P.157
取扱者の報告書(801542)	P.158
意向確認書(801583)	P.159
意向確認書(兼適合性確認書)(891899)	P.160
口座振替依頼書(840812)	P.162
告知サポート資料	P.163
告知書(一般用)(870606)	P.165
健診結果記入用紙(891196)	P.167
医師による診査のご案内(870319)	P.168
診査依頼書(870319)	P.169
告知書(診査報状)(870319)	P.170
検診書(診査報状)(870319)	P.171
法人向け保険商品のご留意事項及び税務取扱に関する確認書(803360)	P.172
生命保険契約付保に関する同意書(801626)	P.173
変換等に関する確認書(801987)	P.174
主たる被保険者の死亡にともなう新契約の取扱いに関する確認書(医療保険専用)(891967)	P.175
主たる被保険者の死亡にともなう新契約の取扱いに関する確認書兼告知書(がん保険専用)(891966)	P.176
高齢者募集状況報告書(890487)	P.177
高齢者募集状況報告書(変額保険専用)(891898)	P.178
ご家族連絡先登録用紙(891123)	P.179
承諾保留依頼書(890499)	P.180
本人確認書【個人用】(890112)	P.181
本人確認書【法人用】(890113)	P.182
委任状(891881)	P.183
特定取引に関する届出書【新契約用】(890917)	P.184
【事前】申込料率変更承諾書(803357)	P.185
【事前】健康ステージを適用する場合の特則に関する事前承諾書(891895)	P.186
申込書類代筆に関する念書(801754)	P.187
ネット口座振替登録シート(CSS用)	P.188
クレジットカード登録シート	P.190
コンビニ払込票	P.191
振込依頼書	P.192
第1回保険料充当金お振り込みのご案内(801199)	P.193

②不備回答時に必要な書類

特別条件付保険特約適用のご案内(機械作成帳票)	P.194
特別条件付保険特約条項承諾書(機械作成帳票)	P.195
特別条件のご説明(ワープロ帳票)(803362)	P.196
特別条件付保険特約条項承諾書(ワープロ帳票)(803362)	P.197
特別条件のご案内(機械作成帳票)	P.198
特別条件承諾書(機械作成帳票)	P.199
特別条件のご説明「特別条件承諾書[医療保険(MI-01)用]」(ワープロ帳票803363)	P.200
特別条件承諾書[医療保険(MI-01)用](ワープロ帳票803363)	P.201
保険料等返金指図書(730418)	P.202
申込内容訂正請求書(ワープロ帳票)(803373)	P.203
【新契約用】特別勘定割合変更依頼書(891940)	P.204
米国納税義務者等についての確認書(890447)	P.205
特定取引に関する届出書【新契約訂正用】(890918)	P.206
生命保険契約お引き受け見合わせのご案内(801822)	P.207

③保険証券・同封物

保険証券	P.208
挨拶状	P.213
保険証券の見かた	P.214
特別条件付保険特約条項のご説明	P.215
特別条件のご説明(890308)	P.216
諸費用についてのご案内	P.217

④契約者あて送付書類

保険料クレジットカード決済開始のお知らせ(初回請求はがき)	P.218
クレジットカード再オーソリゼーションのご案内	P.219
お申込み無効のご連絡・未入金	P.220
保険料口座振替開始のお知らせ(略号K)	P.221
保険料口座振替開始のお知らせ(略号N)	P.221
保険料口座振替開始のお知らせ(略号H)	P.222
保険料口座振替開始のお知らせ(略号F)	P.222
保険料お払込のお願い	P.223
ご契約無効のご連絡	P.224

⑤取扱者の管理書類

【第1回保険料請求状況一覧表】クレジットカード払	P.225
【第1回保険料請求状況一覧表】団体扱	P.226
【第1回保険料請求状況一覧表】団体扱(1Pチェックオフ除く)	P.227
【第1回保険料未収納一覧表】クレジットカード払	P.228
【第1回保険料未収納一覧表】郵便振替扱、銀行振込扱、団体扱(1Pチェックオフ除く)	P.229
【第1回保険料未収納一覧表】団体扱	P.230
クレジットカード再オーソリゼーションのご案内はがき出力一覧	P.231
第1回保険料未収納一覧表	P.232
団体扱第1回保険料請求明細書(兼支払通知書控)	P.233

①新契約申込に必要な書類

【「代理店システム作成申込書」記入例】

申込書を印刷すると3枚または4枚(契約者≠被保険者の場合)出力されます。(2~3枚目はご契約者さま控および被保険者さま控、最終枚目は代理店控です。)1枚目に自署(契約者が法人の場合は記名・押印※)を取り付けます。※法人契約の場合は「法人契約者印」欄が表示されます。

SOMPOひまわり生命 生命保険契約申込書		1097900	
主契約 無解約返戻金型収入保障保険 SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 貴社の普通保険約款と特約条項を了承し、次の生命保険契約を申込みます。		申込番号 123 - A4567890 証券番号 会社提出用 K31-3E	申込日 令和 △△年 △△月 △△日
1 保険契約者 〒 △△△-△△△△ (電話) 080 - △△△△ - △△△△ 東京都 ●●区 ■■ △丁目×-× ヒマワリ タロウ 向日葵 太郎 様 1:男性 4:平成△△年△△月△△日生 (被保険者との続柄)本人	「ご契約に際しての重要事項(契約概要・注意喚起情報)」「ご契約のしおり・約款」を受領のうえ、記載の重要事項について説明を受け、その内容を了承し、提示されたご契約のしおりに記載の個人情報の取扱について同意します。その際に、お客さま控に記載の重要事項に関する説明を口頭で受けました。 私は米国納税義務者です。 → □ はい		
	保険契約者自署  <input checked="" type="checkbox"/> 保険契約者欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。		
2 被保険者(保障の対象の方) お申し込みにあたっての確認 1:保険契約者住所に同じ ヒマワリ タロウ 向日葵 太郎 様 1:男性 4:平成△△年△△月△△日生 (契約年齢)△△歳	本保険契約は、貴社が承諾の通知を発した時に成立すること、また本申込後に申込者が死亡し、意思能力を有しない常況にある者となり、または行為能力の制限を受けた場合においても効力を有することについて了承・同意しました。		
	契約内容と契約に関する重要事項の説明を口頭で受けた内容を了承のうえ、提示された個人情報の取扱およびこの保険契約に同意します。 * * * * *		
3 保険金受取人等 遺族年金受取人 指定代理請求人	(契約者) ヒマワリ ハナコ 続柄 割合 人数 ①別紙記載のとおり 向日葵 花子 様 妻 100% 1人 性別: 男・女 生年月日: 大昭平令△△年△△月△△日 指定代理請求特約 1:付加する 続柄 向日葵 花子 様 妻 <input checked="" type="checkbox"/> 保険金受取人等欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。		
	リビング・ニーズ特約 3:付加しない		
4 主契約・特約・特則 E:無解約返戻金型収入保障保険 2: (年金支払保証期間 2年保証)	保険期間 3:60歳 払込期間 3:60歳 基準年金額・保険金額等 10 万円 保険料 ×××× 円 配当区分 2:無配当 払込方法 1:月払 1:口座振替(ネット口振) 払込経路 保険料自動振替貸付 * * * 責任開始期に関する特約 年金の型 1:定額型 払込方式 2:通減払込方式 七大疾病、就労不能保険料 免除特約 3:付加しない 健康体料率特約 0:付加しない		
	(注)保険料払込方式で「通減払込方式」を選択した場合は、「通減払込方式の契約に関する特則」を付加します。		
<input checked="" type="checkbox"/> 主契約・特約・特則欄の印字内容に間違いがないことを確認しました。			
取扱者記入欄 (実代理店・募集コード)		代理店・募集コード: [REDACTED] 計算基準日 令和△△年△△月△△日 申込書受領日 令和 △△年 △△月 △△日	
前納保険料 合計保険料 ×××× 円 払込保険料 ×××× 円			
20190731 I			

(注)ご提出いただいた生命保険契約申込書類は、契約の成立・不成立にかかわらずご返却いたしませんので、あらかじめご了承ください。

①新契約申込に必要な書類

【「手書き申込書」記入例】

①新契約申込に必要な書類

【「取扱者の報告書」記入例】(印刷物番号801542)

SOMPOひまわり生命保険		申込番号	123-A4567890	1322903																														
取扱者の報告書																																		
申込経路	③③取扱者本人およびその同居の親族	被保険者が「当社の生命保険募集入登録がある方本人またはその同居の親族」の場合は○をしてください。																																
募集方法	①オンライン募集	オンライン募集の場合は○をしてください。																																
意向把握の状況(内容確認のうえ、○をしてください)																																		
実施済	お客様の当初意向に沿った提案および当該プランとの関係性を説明し、当初意向と最終意向の比較ならびに両者が相違する場合はその相違点や相違が生じた経緯について説明しご理解いただきました。また、意向把握に係る書面等は適切に保存しました。																																	
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">個人・個人事業主契約の保険契約者</td> <td>面接日</td> <td>令和△△年△△月△△日</td> <td rowspan="2">保険契約者(取扱担当者)との面接日</td> <td>令和年月日</td> <td>法人の実在性確認方法</td> <td>法人事業所で面接</td> </tr> <tr> <td>本確認方法</td> <td>①保険契約者宅面接 ②保険契約者勤務先面接 ③その他 ④パスポートで確認 ⑤運転免許証で確認</td> <td>令和年月日</td> <td>①その他()</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">職業</td> <td>勤務先名</td> <td>○○○○商事(株)</td> <td>業種</td> <td colspan="3">事業内容</td> </tr> <tr> <td>具体的な職務内容</td> <td colspan="3">営業</td> <td colspan="3">被保険者が代表者以外の役員で被保険者の方が高額付保となる場合記入必要</td> </tr> <tr> <td>年収 (上記職業が①または②の場合に記入)</td> <td>500</td> <td>万円</td> <td>理由</td> <td>①体況 ②退職予定 ③他社加入済 ④その他() ⑤非常勤</td> </tr> </table>					個人・個人事業主契約の保険契約者	面接日	令和△△年△△月△△日	保険契約者(取扱担当者)との面接日	令和年月日	法人の実在性確認方法	法人事業所で面接	本確認方法	①保険契約者宅面接 ②保険契約者勤務先面接 ③その他 ④パスポートで確認 ⑤運転免許証で確認	令和年月日	①その他()	職業	勤務先名	○○○○商事(株)	業種	事業内容			具体的な職務内容	営業			被保険者が代表者以外の役員で被保険者の方が高額付保となる場合記入必要			年収 (上記職業が①または②の場合に記入)	500	万円	理由	①体況 ②退職予定 ③他社加入済 ④その他() ⑤非常勤
個人・個人事業主契約の保険契約者	面接日	令和△△年△△月△△日	保険契約者(取扱担当者)との面接日	令和年月日		法人の実在性確認方法	法人事業所で面接																											
	本確認方法	①保険契約者宅面接 ②保険契約者勤務先面接 ③その他 ④パスポートで確認 ⑤運転免許証で確認		令和年月日	①その他()																													
職業	勤務先名	○○○○商事(株)	業種	事業内容																														
	具体的な職務内容	営業			被保険者が代表者以外の役員で被保険者の方が高額付保となる場合記入必要																													
年収 (上記職業が①または②の場合に記入)	500	万円	理由	①体況 ②退職予定 ③他社加入済 ④その他() ⑤非常勤																														
被保険者	解約予定・済の保険契約	会社名等または当社証券番号	保険金額	入院給付金日額	加入年月	契約形態																												
	今回の申込みにあたり、解約予定の契約・解約した契約	②あり (乗換に関する不利事項を説明済)	1 ○△生命	10,000 万円	③昭和④平成⑤令和△△年△△月	①個人②事業																												
※個人契約高額取扱報告書・事業主契約取扱報告書の提出がある場合、詳細内容は記入不要																																		
保険契約者 = 被保険者の場合記入不要																																		
面接日 (説明日)	令和年月日	一括申込の場合記入必要	職業	勤務先名	業種																													
本確認方法	①被保険者宅面接 ②被保険者勤務先面接 ③運転免許証で確認 ④パスポートで確認 ⑤その他	①全ての被保険者に面接のうえ説明 ②会議等で被保険者全員に説明 ③「説明書」配布により書面で説明		具体的な職務内容	地位・役職	勤務先からの年収(税引前)																												
万円																																		
その他(必要に応じて記入)																																		
1. 医師扱の場合、診査の実施(予定)日 社員・募集人実施のコチニン検査の場合、コチニン検査実施(予定)日	令和年月日	終身がん保険(C2)(がん治療給付型)または終身がん保険(C3)(がん診断給付型)への解約新契約または解約予約の場合記入必要																																
2. 仮査定	実施済	④ 不利益事項の説明、およびそれぞれの制度の内容について説明実施済																																
3. 同時申込(同一被保険者または同一保険契約者の申込番号)																																		
4. 受診済、提出済の医的資料流用	流用する																																	
5. 保険契約者・被保険者・受取人・指定代理請求人のいずれかが外国籍の場合、右記について確認しました。		・外国人契約の取扱要件を満たしていることを確認しました。 ・申込書に記入した氏名は公的書類記載の本名または通称名と同一であることを確認しました。 ・当社既契約の有無を確認しました。 ・当社既契約の登録氏名と申込書に記入した氏名が同一であることを確認しました。																																
6. その他記入欄 ・一次選択で気づいた点(容貌・生活状態等)、海外渡航予定等を記入 ・その他補足事項を記入																																		
取扱者自署欄																																		
<p>私は取扱者として、本件に關し下記事項を遵守し、適正な募集を行ったことを宣誓します。</p> <p>○保険契約者および被保険者双方に面接をし、訪問または本人で確認書類等により本人であることを確認しました。</p> <p>○「ご契約に際しての重要事項(契約概要・注意喚起情報)」または「契約締結前交付書面(契約概要・注意喚起情報)」・「特別勘定のしおり」等を手交し、重要事項を説明しました。</p> <p>「ご契約のしおり・約款」冊子を希望されたお客様には冊子を交付しました。</p> <p>○成立後契約確認制度の説明をしました。</p> <p>○保険契約者の勤務先を確認し、法令で定める構成員契約規制に抵触しないこと、および自己・特定契約への該当有無につき確認しました。</p> <p>本報告書に記載した内容は、取扱者として責任をもって公正誠実に記載したものに相違ありません。</p>																																		
報告日	令和△△年△△月△△日	自署	鈴木一郎	代理店使用欄	代理店受付日																													
(00000000)801542-1400(23.03)																																		

①新契約申込に必要な書類

【「意向確認書」記入例】(印刷物番号801583)

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛		会社提出用	1640007																																				
意向確認書		申込番号																																					
<p>本書面は、今回ご提案させていただいた保険商品が、最終的なお客様のご意向(ニーズ)に一致した内容であること、また提案の過程でご意向と相違が生じた際は、相違点やその経緯について説明を受け、最終的に合意・ご了承いただいたことを確認させていただくものです。</p>		<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>-</td><td>A</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		1	2	3	-	A	4	5	6	7	8	9	0																								
1	2	3	-	A	4	5	6	7	8	9	0																												
1.お客様のご意向欄 <p>お客様からお伺いした最終的なご意向を、下記に☑チェックで記載させていただきました。 最終的なご意向と相違等ないかご確認をお願いいたします。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">個人の保障</td> <td style="width: 30%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> ①死亡時の保障</td> <td style="width: 30%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特定疾病・介護の保障</td> <td style="width: 30%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> ③貯蓄(教育資金・老後生活資金準備等)</td> </tr> <tr> <td>法人・個人事業主の保障</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ①事業保障・事業継承(役員の保障)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ②福利厚生(従業員の保障)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ③退職金(生存・死亡)準備</td> </tr> </table> <p>ご提案の保険商品では、お客様の最終的なご意向を(一部)満たせない場合や、保障内容・保険期間・保険料・保険金額などについて特に強く要望される事項・優先する事項がある場合記入</p> <p>【特記事項欄(取扱者記入欄)】</p>		個人の保障	<input checked="" type="checkbox"/> ①死亡時の保障	<input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特定疾病・介護の保障	<input type="checkbox"/> ③貯蓄(教育資金・老後生活資金準備等)	法人・個人事業主の保障	<input type="checkbox"/> ①事業保障・事業継承(役員の保障)	<input type="checkbox"/> ②福利厚生(従業員の保障)	<input type="checkbox"/> ③退職金(生存・死亡)準備	【取扱者記入欄】																													
個人の保障	<input checked="" type="checkbox"/> ①死亡時の保障	<input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特定疾病・介護の保障	<input type="checkbox"/> ③貯蓄(教育資金・老後生活資金準備等)																																				
法人・個人事業主の保障	<input type="checkbox"/> ①事業保障・事業継承(役員の保障)	<input type="checkbox"/> ②福利厚生(従業員の保障)	<input type="checkbox"/> ③退職金(生存・死亡)準備																																				
<p>上記のお客様の最終的なご意向に基づき、該当保険商品をご提案させていただきました。 ご提案内容を反映した申込書面の内容と下記記載の内容を合わせてご確認いただき、最終的なご意向と相違等ないかご確認のうえ、お申し込みいただきますようお願いいたします。</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-right: 10px;">取扱者 (署名)</div> <div style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">鈴木 一郎</div> </div>																																							
2.お客様の確認・チェック欄 <p>ご提案内容がお客様の最終的なご意向と一致した内容となっているか、お客様(保険契約者)ご自身が各項目内容をご確認のうえ、「はい」「いいえ」のいずれかに☑チェックをいただきますようお願いいたします。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1 保険種類および主契約・特則・特約内容は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 また、満たせないニーズがある場合は、その旨ご了承いただいておりますか。</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> はい</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>2 保険金額・年金額・給付金額・保険期間(年金開始年齢・年金支払期間等を含む)等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> はい</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>3 保険料・保険料払込期間・払込方法は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> はい</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>4 解約返戻金の水準・配当金の有無についてご理解いただいておりますか。</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> はい</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> </table> <p>●ご確認いただきました事項に「いいえ」が1つでもある場合は、お客様の最終的なご意向に沿わないため、再提案をさせていただきます。(このままの状態で、ご加入いただくことはできません。)</p>		1 保険種類および主契約・特則・特約内容は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 また、満たせないニーズがある場合は、その旨ご了承いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	2 保険金額・年金額・給付金額・保険期間(年金開始年齢・年金支払期間等を含む)等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	3 保険料・保険料払込期間・払込方法は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	4 解約返戻金の水準・配当金の有無についてご理解いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ																										
1 保険種類および主契約・特則・特約内容は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 また、満たせないニーズがある場合は、その旨ご了承いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ																																					
2 保険金額・年金額・給付金額・保険期間(年金開始年齢・年金支払期間等を含む)等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ																																					
3 保険料・保険料払込期間・払込方法は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ																																					
4 解約返戻金の水準・配当金の有無についてご理解いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ																																					
3.お客様のご署名欄 <p>本書面の目的・作成の趣旨を理解のうえ、上記内容について確認・了承しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ご確認日</td> <td style="width: 85%;">令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">*1 保険契約者</td> <td style="text-align: center; padding: 10px;"> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;"><自署></div> <div style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">向日葵 太郎</div> <div style="text-align: center;">様</div> </td> <td style="width: 15%; text-align: center;">法人 契約者印</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">法人印</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">*2 親権者・後見人</td> <td style="text-align: center; padding: 10px;"> <div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;"><自署></div> <div style="text-align: center;">様</div> </td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>*1 保険契約者が法人の場合は、記名のうえ、法人印を押印ください。 *2 保険契約者が未成年者等の場合に、親権者・後見人がご署名ください。</p> <p>《お客様へのお願い》 ご署名をいただきましたら、必ず本書面と申込書のご契約者様控を、お受け取りのうえ保管ください。</p>		ご確認日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	*1 保険契約者	<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;"><自署></div> <div style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">向日葵 太郎</div> <div style="text-align: center;">様</div>	法人 契約者印	法人印	*2 親権者・後見人	<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;"><自署></div> <div style="text-align: center;">様</div>			<table border="1" style="width: 100px; text-align: center;"> <tr><td>会社 使用 欄</td><td>営業店受付日</td><td>本社担当者</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>(22080068)801583-0802(23.03)</p>		会社 使用 欄	営業店受付日	本社担当者																							
ご確認日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日																																						
*1 保険契約者	<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;"><自署></div> <div style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">向日葵 太郎</div> <div style="text-align: center;">様</div>	法人 契約者印	法人印																																				
*2 親権者・後見人	<div style="text-align: center; margin-bottom: 5px;"><自署></div> <div style="text-align: center;">様</div>																																						
会社 使用 欄	営業店受付日	本社担当者																																					

①新契約申込に必要な書類

【意向確認書(兼適合性確認書)】(印刷物番号891899)(左面)

<p>SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛</p> <p style="text-align: center;">意向確認書(兼適合性確認書)</p> <p>本書面は、今回ご提案させていただいた保険商品が、最終的なお客様のご意向(ニーズ)に一致した内容であること、また提案の過程でご意向と相違が生じた際は、相違点やその経緯について説明を受け、最終的に合意・ご了承いただいたことを確認させていただくものです。</p> <p>1. お客様のご意向欄</p> <p>お客様からお伺いした最終的なご意向が下記に☑チェックで記載した内容と相違等ないかご確認をお願いいたします。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>個人の保障</td> <td><input type="checkbox"/> ①死亡時の保障</td> <td><input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特定疾病・介護の保障</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ③貯蓄(教育資金・老後生活資金準備等)</td> </tr> <tr> <td>法人・個人事業主の保障</td> <td><input type="checkbox"/> ①事業保障・事業継承(役員の保障)</td> <td><input type="checkbox"/> ②福利厚生(従業員の保障)</td> <td><input type="checkbox"/> ③退職金(生存・死亡)準備</td> </tr> </table> <p>ご提案の保険商品では、お客様の最終的なご意向を(一部)満たせない場合や、保障内容等について特に強く要望される事項・優先する事項がある場合記入 【特記事項欄(取扱者記入欄)】</p> <p>上記のお客様の最終的なご意向に基づき、該当保険商品をご提案させていただきました。 ご提案内容を反映した申込書面の内容と下記記載の内容を合わせてご確認いただき、最終的なご意向と相違等ないかご確認のうえ、お申し込みいただきますようお願いいたします。</p> <p style="text-align: right;">取扱者 (署名) 鈴木 一郎</p>		個人の保障	<input type="checkbox"/> ①死亡時の保障	<input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特定疾病・介護の保障	<input checked="" type="checkbox"/> ③貯蓄(教育資金・老後生活資金準備等)	法人・個人事業主の保障	<input type="checkbox"/> ①事業保障・事業継承(役員の保障)	<input type="checkbox"/> ②福利厚生(従業員の保障)	<input type="checkbox"/> ③退職金(生存・死亡)準備	<p style="text-align: center;">会社提出用</p> <p>申込番号 1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0</p> <p style="text-align: right;">(取扱者記入欄)</p>					
個人の保障	<input type="checkbox"/> ①死亡時の保障	<input type="checkbox"/> ②病気・ケガ・がん・特定疾病・介護の保障	<input checked="" type="checkbox"/> ③貯蓄(教育資金・老後生活資金準備等)												
法人・個人事業主の保障	<input type="checkbox"/> ①事業保障・事業継承(役員の保障)	<input type="checkbox"/> ②福利厚生(従業員の保障)	<input type="checkbox"/> ③退職金(生存・死亡)準備												
<p>2. お客様の確認・チェック欄</p> <p>お客様(保険契約者)ご自身が各項目をご確認のうえ「はい」「いいえ」のいずれかに☑チェックをいただきますようお願いいたします。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1 保険種類および主契約・特則・特約内容は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 また、満たせないニーズがある場合は、その旨ご了承いただいておりますか。</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>2 保険金額・年金額・給付金額・保険期間(年金開始年齢・年金支払期間等を含む)等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>3 保険料、保険料払込期間・払込方法について、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 また、解約返戻金の水準・配当金の有無についてご理解いただいておりますか。</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>これまでにご購入されたことのある金融商品をご記入ください(複数回答可)。また、下記内容をご確認ください。 4 株式 <input type="checkbox"/> 投資信託 <input type="checkbox"/> 公社債 <input type="checkbox"/> 特定保険契約(変額保険・外貨建保険等) 外貨預金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 投資経験なし 本保険商品の仕組み、特徴、投資リスク、お客様にご負担いただく諸費用、解約控除等について は、「契約締結前交付書面(契約概要・注意喚起情報)」等により、取扱者から投資経験をふまえた十分な説明を受け、内容をご理解いただいておりますか。</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>保険料原資をご記入ください(複数回答可)。また、下記①②をすべて満たしておりますか。 5 預貯金・給与 <input type="checkbox"/> 株式 <input type="checkbox"/> 投資信託 <input type="checkbox"/> 公社債 特定保険契約(変額保険・外貨建保険等) <input type="checkbox"/> 外貨預金 <input type="checkbox"/> その他() ①現在並びに将来の金融資産・収入等の財産の状況をふまえて、無理のない金額となっていること。 ②充當される資金が借入金を前提としていること。 ※借入金を前提としている場合、お申し込みいただけません。</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>本保険商品は、積立金額・解約返戻金の額等が特別勘定の運用実績によって変動すること、積立金額・解約返戻金の額等が払込保険料を下回り損失が生じるおそれがあることをご理解いただいておりますか。また、他の金融資産から資金を充当する場合には、リスクが高まる可能性があることをご理解いただいておりますか。</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> <tr> <td>7 総合的に判断して、ご提案の保険商品はご意向(ニーズ)に沿った内容となっておりますか。</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</td> </tr> </table> <p>●ご確認いただきました事項に「いいえ」が1つでもある場合は、お客様の最終的なご意向に沿わないため、再提案をさせていただきます。(このままの状態で、ご加入いただくことはできません)</p>		1 保険種類および主契約・特則・特約内容は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 また、満たせないニーズがある場合は、その旨ご了承いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	2 保険金額・年金額・給付金額・保険期間(年金開始年齢・年金支払期間等を含む)等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	3 保険料、保険料払込期間・払込方法について、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 また、解約返戻金の水準・配当金の有無についてご理解いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	これまでにご購入されたことのある金融商品をご記入ください(複数回答可)。また、下記内容をご確認ください。 4 株式 <input type="checkbox"/> 投資信託 <input type="checkbox"/> 公社債 <input type="checkbox"/> 特定保険契約(変額保険・外貨建保険等) 外貨預金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 投資経験なし 本保険商品の仕組み、特徴、投資リスク、お客様にご負担いただく諸費用、解約控除等について は、「契約締結前交付書面(契約概要・注意喚起情報)」等により、取扱者から投資経験をふまえた十分な説明を受け、内容をご理解いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	保険料原資をご記入ください(複数回答可)。また、下記①②をすべて満たしておりますか。 5 預貯金・給与 <input type="checkbox"/> 株式 <input type="checkbox"/> 投資信託 <input type="checkbox"/> 公社債 特定保険契約(変額保険・外貨建保険等) <input type="checkbox"/> 外貨預金 <input type="checkbox"/> その他() ①現在並びに将来の金融資産・収入等の財産の状況をふまえて、無理のない金額となっていること。 ②充當される資金が借入金を前提としていること。 ※借入金を前提としている場合、お申し込みいただけません。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	本保険商品は、積立金額・解約返戻金の額等が特別勘定の運用実績によって変動すること、積立金額・解約返戻金の額等が払込保険料を下回り損失が生じるおそれがあることをご理解いただいておりますか。また、他の金融資産から資金を充当する場合には、リスクが高まる可能性があることをご理解いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	7 総合的に判断して、ご提案の保険商品はご意向(ニーズ)に沿った内容となっておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1 保険種類および主契約・特則・特約内容は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 また、満たせないニーズがある場合は、その旨ご了承いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
2 保険金額・年金額・給付金額・保険期間(年金開始年齢・年金支払期間等を含む)等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
3 保険料、保険料払込期間・払込方法について、ご提案の内容でよろしいでしょうか。 また、解約返戻金の水準・配当金の有無についてご理解いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
これまでにご購入されたことのある金融商品をご記入ください(複数回答可)。また、下記内容をご確認ください。 4 株式 <input type="checkbox"/> 投資信託 <input type="checkbox"/> 公社債 <input type="checkbox"/> 特定保険契約(変額保険・外貨建保険等) 外貨預金 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 投資経験なし 本保険商品の仕組み、特徴、投資リスク、お客様にご負担いただく諸費用、解約控除等について は、「契約締結前交付書面(契約概要・注意喚起情報)」等により、取扱者から投資経験をふまえた十分な説明を受け、内容をご理解いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
保険料原資をご記入ください(複数回答可)。また、下記①②をすべて満たしておりますか。 5 預貯金・給与 <input type="checkbox"/> 株式 <input type="checkbox"/> 投資信託 <input type="checkbox"/> 公社債 特定保険契約(変額保険・外貨建保険等) <input type="checkbox"/> 外貨預金 <input type="checkbox"/> その他() ①現在並びに将来の金融資産・収入等の財産の状況をふまえて、無理のない金額となっていること。 ②充當される資金が借入金を前提としていること。 ※借入金を前提としている場合、お申し込みいただけません。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
本保険商品は、積立金額・解約返戻金の額等が特別勘定の運用実績によって変動すること、積立金額・解約返戻金の額等が払込保険料を下回り損失が生じるおそれがあることをご理解いただいておりますか。また、他の金融資産から資金を充当する場合には、リスクが高まる可能性があることをご理解いただいておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
7 総合的に判断して、ご提案の保険商品はご意向(ニーズ)に沿った内容となっておりますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ														
<p>3. お客様のご署名欄</p> <p>本書面の目的・作成の趣旨を理解のうえ、上記内容について確認・了承しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>ご確認日</td> <td>令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">【お客様ご自身がご記入ください】</td> </tr> <tr> <td>保険契約者</td> <td colspan="2"><自署> 向日葵 太郎 様</td> <td>法人契約者印</td> </tr> <tr> <td>親権者・後見人</td> <td colspan="2">* <自署></td> <td>* 保険契約者が未成年者等の場合に、親権者・後見人がご署名ください。</td> </tr> </table>		ご確認日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	【お客様ご自身がご記入ください】		保険契約者	<自署> 向日葵 太郎 様		法人契約者印	親権者・後見人	* <自署>		* 保険契約者が未成年者等の場合に、親権者・後見人がご署名ください。		
ご確認日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	【お客様ご自身がご記入ください】													
保険契約者	<自署> 向日葵 太郎 様		法人契約者印												
親権者・後見人	* <自署>		* 保険契約者が未成年者等の場合に、親権者・後見人がご署名ください。												

①新契約申込に必要な書類

【意向確認書(兼適合性確認書)】(印刷物番号891899)(右面)

4.将来のお守り「確認コール」のご案内

「変額保険（V1）（就労不能・介護保障型）」「変額保険（V2）（死亡保障型）」をお申込みいただくお客さまには、お客さま保護の観点から、投資性商品における重要事項についてご理解いただいているか電話による確認を行っています。下記コールセンターへ取扱者からご連絡ください。
※法人（個人事業主を含む）をご契約者様とするお申込みは対象外です

1 取扱者が確認コールセンターに電話します。

■確認コールセンター

 0120(084)886 (通話料無料)

 携帯OK 携帯電話からもかけられます。

受付時間 オペレーター 9時～21時 土日祝日も営業しております。
自動音声応答* 6時～24時 (12月31日～1月3日は営業しておりません。)

*自動音声応答は、対面でのお申込みかつ募集者が同席している場合にご利用いただけます。
オペレーター受付時間内は、回線混雑によりオペレーターへの接続待ちとなった場合に自動音声応答の対応を選択することも可能です。

2 取扱者からオペレーターに以下の必要事項を伝えます。

- ①代理店コード(5桁)・募集人コード(4桁)または代理店名
 - ②取扱者氏名(フルネーム)
 - ③ご契約者様氏名(フルネーム)*¹
 - ④申込番号
(「変額保険（V1）（就労不能・介護保障型）」「変額保険（V2）（死亡保障型）」に複数お申込みの場合はいずれか1件)*²
 - ⑤(オンライン募集の場合)ご契約者(親権者)様の電話番号*³
- *1 ご契約者様が未成年かつ親権者様が対応する場合、親権者様の氏名(フルネーム)もお伝えください。
*2 同時に複数お申込みの場合は、1度のお電話で確認いたします。
*3 テレビ電話等を利用した遠隔でのお申込みの場合、取扱者との通話を保留にし、
⑤のご契約者(親権者)様の電話番号にオペレーターが直接お電話をして確認させていただきます。

3 取扱者からご契約者様にお電話をかわります。

*オンライン募集(テレビ電話等を利用した遠隔でのお申込み)の場合は、その場でオペレーターよりご契約者(親権者)様へお電話させていただきます。

オペレーターが投資性商品における重要事項についてご理解いただいているかお伺いいたします。
質問内容は、裏面をご参照ください。

4 再度取扱者へお電話をかわっていただき、取扱者に確認結果を伝えます。

【ご契約者様より「理解していない」「いいえ」の回答があった場合】

質問 ①～⑤ ▶ ご契約者(親権者)様に再度ご理解いただけるまで、取扱者より説明いたします。

質問 ⑥ ▶ お申込みいただけません。お申込みはキャンセルとなります。

5.将来のお守り「確認コール」結果のご記入欄

【お客さまご自身がご記入ください】

将来のお守り確認コールセンターにて、投資性商品の重要事項について確認いただきましたか（自動音声応答を含む）。
いずれかに☑をチェックをお願いいたします。
※法人（個人事業主を含む）をご契約者様とするお申込みは対象外です。

確認しました（自動音声応答を含む）

時間外／電話がつながりませんでした

会社 使用 欄	営業店受付日	本社担当者

(25040108)[891899]-0300(25.12)

1643006

①新契約申込に必要な書類

【「預金口座振替依頼書(CSS用)」記入例】(印刷物番号840812)

1枚目(金融機関提出用)… 当社へご提出ください。	預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収・加)																												
	3136706																												
	<p>金融機関・ゆうちょ銀行 御中</p> <p>下記の収納企業から請求されたSOMP Oひまわり生命保険株式会社に支払うべき生命保険料を預金口座振替規定(ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定)を確認のうえ、指定口座から口座振替(自動払込み)により振込むことを依頼します。</p>																												
	<p>① 申込日 (記入日) 令和 △△年 △△月 △△日</p>					<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">収納企業名</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">株式会社シーエスエス(CSS)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">振替日・払込日</td> <td style="padding: 2px;">27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)</td> </tr> </table>					収納企業名	株式会社シーエスエス(CSS)	振替日・払込日	27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)															
	収納企業名	株式会社シーエスエス(CSS)																											
	振替日・払込日	27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)																											
	金融機関にご登録の口座名義人名・フリガナを正確にご記入ください。																												
	<p>② 口座名義人 フリガナ ヒマワリ タロウ</p> <p>向日葵 太郎</p>					<p>③ 金融機関お届け印 (お届けサイン)</p> <div style="text-align: right;">捨印 (ゆうちょ銀行は除く)</div> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: right;">□: 印鑑レス口座</div>																							
	<p>④ 保険契約者からみた口座名義人の続柄</p> <p>①本人 ②配偶者 ③親子</p>					<p>□: 口座名義人と異なる場合、保険契約者のお名前をご記入ください</p>																							
法人契約者印																													
<p>法人契約印を2枚目に押印してください。</p>																													
<p>⑤ 指定口座 a 金融機関 ゆうちょ銀行を除く</p> <p>b 銀行 ゆうちょ 行</p>					<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">預金種目</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">1普通(総合)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2当座</td> <td style="padding: 2px;">□: 口座番号 右づめでご記入ください</td> </tr> </table> <p>ひまわり ポンポン</p> <table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">記号</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">※印は通帳の記号の後にハイフンと 数字がある場合のみご記入ください。</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">番号</td> <td style="padding: 2px;">(右づめでご記入ください)</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">支店(所)</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">金融機関 コード</td> <td style="padding: 2px;">支店 コード</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">當業部 出張所</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">0 0 1</td> </tr> </table>					預金種目	1普通(総合)	2当座	□: 口座番号 右づめでご記入ください	記号	※印は通帳の記号の後にハイフンと 数字がある場合のみご記入ください。	番号	(右づめでご記入ください)	支店(所)	1 2 3 4	金融機関 コード	支店 コード	當業部 出張所	0 0 1						
預金種目	1普通(総合)																												
2当座	□: 口座番号 右づめでご記入ください																												
記号	※印は通帳の記号の後にハイフンと 数字がある場合のみご記入ください。																												
番号	(右づめでご記入ください)																												
支店(所)	1 2 3 4																												
金融機関 コード	支店 コード																												
當業部 出張所	0 0 1																												
<p>⑥ 保険会社使用欄</p>																													
<p>⑦ 他契約と同一の口座を指定</p> <p>次の条件を満たす場合にご利用いただけます。</p> <p>①今回申し込みをする契約の保険契約者が、既契約の保険契約者および口座名義人と同一であること ②既契約が現在払込継続中であること</p> <table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">既契約の 証券番号</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">保険契約者</td> </tr> </table>										既契約の 証券番号	保険契約者																		
既契約の 証券番号	保険契約者																												
<p>⑧ 合算請求</p> <p>同一預金口座から2件以上のご契約の保険料を合算して振り替えます。 希望しない場合は、右欄「⑩:希望しない」に○印をご記入ください。</p> <p>⑩:希望しない</p>																													
<p>【預金口座振替規定】(ゆうちょ銀行を除く)</p> <p>私はSOMP Oひまわり生命保険株式会社の生命保険料を次により口座振替によって支払うことをしたいので預金口座振替規定を確認のうえ依頼します。</p> <p>1. 金融機関に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。なお、振替日が変更された場合には、請求書に記載された日をもって処理されてもさしつかえありません。また、金利の変更・預金規定または当座取扱規定にかかるはずの、預金通帳・同封請求書の提出までは小切手の振出しません。</p> <p>2. 振替日において、請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。</p> <p>3. この契約を解約するときは、私から金融機関に書面により届け出ます。なお、この届出がない長期間にわたり会社から請求がない等、相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、金融機関はこの契約を終了したものとして取扱ってさしつかえありません。</p> <p>4. この預金口座振替について仮に紛争が生じても、金融機関に責めに任せる場合を除き、責任はゆうちょ銀行のホームページをご覧ください。</p>																													
<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">一般口座(L:CSS)</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">委託者コード 943000411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">申込番号・証券番号・団体コード (左づめでご記入ください)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">1 2 3 A 4 5 6 7 8 9 0</td> </tr> </table>										一般口座(L:CSS)	委託者コード 943000411	申込番号・証券番号・団体コード (左づめでご記入ください)		1 2 3 A 4 5 6 7 8 9 0															
一般口座(L:CSS)	委託者コード 943000411																												
申込番号・証券番号・団体コード (左づめでご記入ください)																													
1 2 3 A 4 5 6 7 8 9 0																													
<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">1 P C (団体扱)</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">差替分</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">既契約同時変更</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">団体 枠 個 人 口 座 (I:CSS特団) 9 5 1 0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">団体名称</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">団体保険証券番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">[会社使用欄] (既契約) 变更希望年月</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">本社到着日の翌月を記載</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">令和 年 月</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">□: 新契約ではないことを確認済</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">□: 金融機関確認印を取付済</td> </tr> </table>										1 P C (団体扱)	差替分	既契約同時変更		団体 枠 個 人 口 座 (I:CSS特団) 9 5 1 0		団体名称		団体保険証券番号		[会社使用欄] (既契約) 变更希望年月		本社到着日の翌月を記載		令和 年 月		□: 新契約ではないことを確認済		□: 金融機関確認印を取付済	
1 P C (団体扱)	差替分																												
既契約同時変更																													
団体 枠 個 人 口 座 (I:CSS特団) 9 5 1 0																													
団体名称																													
団体保険証券番号																													
[会社使用欄] (既契約) 变更希望年月																													
本社到着日の翌月を記載																													
令和 年 月																													
□: 新契約ではないことを確認済																													
□: 金融機関確認印を取付済																													
<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">金融機関確認印</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">不備返却事由</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">金融機関使用欄</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">1.該当口座なし 2.記載事項等不備 (店名、預金種目 口座番号 口座名義 (備考))</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">3.印鑑相違 4.印鑑不鮮明 5.その他</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">印 檢 印鑑照合 受付印</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">取扱店日附印</td> </tr> </table>										金融機関確認印	不備返却事由	金融機関使用欄		1.該当口座なし 2.記載事項等不備 (店名、預金種目 口座番号 口座名義 (備考))		3.印鑑相違 4.印鑑不鮮明 5.その他		印 檢 印鑑照合 受付印		取扱店日附印									
金融機関確認印	不備返却事由																												
金融機関使用欄																													
1.該当口座なし 2.記載事項等不備 (店名、預金種目 口座番号 口座名義 (備考))																													
3.印鑑相違 4.印鑑不鮮明 5.その他																													
印 檢 印鑑照合 受付印																													
取扱店日附印																													
<table border="1" style="width: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; padding: 2px;">営業店受付</td> <td style="width: 50px; padding: 2px;">本社受付</td> </tr> </table>										営業店受付	本社受付																		
営業店受付	本社受付																												

①新契約申込に必要な書類

【告知書(一般用)告知サポート資料】(印刷物番号870606)

告知書(一般用)

告知サポート資料

告知書は、生命保険のお引き受けにあたり重要な書類です。
告知書ご記入の前に重要事項1～6を必ずご確認ください。

必ず被保険者ご本人が、ありのままを正確に、もれなくご記入ください。

1

当社の募集人や募集代理店に口頭でお話しされても告知していただいたことにはなりませんのでご注意ください。

2

ご契約のお引き受けは、告知などの内容により
特別な条件がつく場合や、お引き受けできない場合もあります。
あらかじめご了承ください。

3

ありのままを告知していただけない場合、
ご契約が解除となり、保険金・給付金などをお支払いできないことがあります。

4

ご契約が解除となった場合、
お払い込みいただいた保険料はお返しできません。
(解約返戻金がある場合は、解約返戻金を保険契約者にお支払いします。)

5

ご契約のお申込み後や保険金・給付金などのご請求時に電話または当社の委託した会社の
担当者が訪問し、
告知内容などについて確認させていただくことがあります。

6

現在のご契約の解約・減額を前提とした新たな保険契約へ切り替える場合も、あ
らためて、ありのままを正確に、もれなく告知していただく必要があります。
新たなご契約は現在のご契約の告知を引き継ぐものではありません。
ありのままを告知していただけない場合、ご契約が解除となり、保険金・給付金などを
お支払いできないことがあります。

健康☆チャレンジ！制度(保険料率の変更)のお手続きで告知書ご記入の場合は重要事項1と5のみご確認ください。

●あらかじめご了承ください。

■入院中の場合、ご契約をお引き受けできません。
退院後にお申込みください。※出産時の母子の入院も含みます。

■健康診断・人間ドックの結果などのご提出をお願いすることがあります。

お申込み内容により、被保険者の喫煙状況や健康状態の確認のため、告知書と一緒に所定の検査や健康診断結果等を求める場合がありますのでご了承ください。

また、告知していただいた内容などにより、後日、ご提出をお願いすることもあります。

■告知がすべて「いいえ」でもご契約をお引き受けできないことがあります。

当社では保険加入者間の公平性を確保するため、お客様のお仕事内容や他社契約を含む生命保険などの加入状況により、ご契約をお引き受けできない場合や、保障内容を制限させていただくことがあります。

また、体格、当社における保険金・給付金などのご請求歴や過去のお申込み歴・告知書以外にご提出いただいた書類の情報などにより、ご契約をお引き受けできないことがあります。

告知いただいた内容以外でも、当社が知り得た情報は引受判断に使用させていただきますので、あらかじめご了承ください。

■保険種類によっては、喫煙状況についても告知をお願いすることがあります。

ありのままを告知していただけない場合、ご契約が解除となることがあります。

また、以後のご契約のお引き受けをお断りする場合があります。

①新契約申込に必要な書類

告知書のお客さま控とともに保管してください。

告知忘れが多い事例

下記の場合も告知が必要です。

すべてのお客さま

- 不妊治療（不妊症） ※男性・女性ともに告知が必要です。
不妊治療を受けていた。（不妊や妊娠希望のための診察・検査を受けた場合も含む。）
- 生活習慣病（高血圧症、糖尿病、高脂血症・脂質異常症）、健康診断・人間ドックでの指摘
血圧値・コレステロール値が高く、医師から定期的な通院を指示されていた。
糖尿病のため、医師から運動・食事療法を指示されていた。
- がん・ポリープ・がん検診
がん検診の結果、精密検査や定期的に検査を受けることをすすめられていた、または精密検査を受けていた。
ポリープに変化がないか、定期的に医師の診察・検査を受けていた。
- 目にに関する疾患 ※50歳以上のお客さまは特にご注意ください。
白内障・緑内障の症状緩和のため、医師から目薬を処方されていた。
- 治療の中止・予防
医師から7日分の薬を処方されたが、飲まずに捨てた。
血圧が高くなるのを予防するため、医師から薬を処方されていた。

女性のお客さま

- 妊娠・出産、婦人科系疾患
帝王切開術で出産した。
がん検診や婦人科検診の結果、子宮筋腫、卵巣の腫れや乳房のシコリなどを指摘されていた。
子宮頸部高度異形成や病理組織検査でCIN3と診断されていた。

新生児・乳幼児のお客さま

- 出生後から退院までの間や乳幼児健診で医師から受けた異常の指摘
低出生体重、呼吸障害、心雜音などにより医師から指摘や治療の指示を受けた。

●下記については告知の必要はありません。

- ・医師の処方によらない市販のビタミン剤やサプリメントの服用
- ・「入院・手術（予定がある場合を含みます）」をともなわない虫歯治療
- ・正常分娩（現在妊娠中の場合や、正常分娩でも妊娠期間中に異常があった場合は告知が必要です。）
- ・予防接種の受診（予防接種後、異常があった場合は告知が必要です。）

※「責任開始期」前の病気や事故を原因とする場合、保険金・給付金などをお支払いできないことがあります。

ご契約（特約）の責任開始期より前に発病していた病気や発生していた事故を原因とする場合には、告知がすべて「いいえ」でも、死亡保険金以外の保険金や給付金などはお支払いできません。



ただし、あらかじめ告知していただいた病気や事故による場合などはお支払いできることがあります。
詳しくは、「ご契約のしおり・約款」をご覧ください。

＜告知書専用封筒のご案内＞

告知書のご提出にあたっては、プライバシー保護のための「告知書専用封筒」をご用意しております。
お客様ご自身で告知書を封入・封かんできますので、ご希望の場合は当社の募集人や募集代理店にお申し出ください。

告知の記入や、告知に関して募集人や募集代理店の説明にご不明な点があった場合は下記にご連絡ください。

お客様専用
告知お問い合わせ窓口
フリーダイヤル

0120-526-805

※お客様以外の方は、担当営業店までお問い合わせください。

受付時間：9:00～18:00
土・日・祝日および12月31日～1月3日を除く

⚠️ 告知していただいた内容に訂正や記入忘れがある場合は、募集人や募集代理店までご連絡ください。



(25040107) [870606]-1700 (25.12)

①新契約申込に必要な書類

【告知書(一般用)記入例】(印刷物番号870606)(左面)

告知書(一般用) SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 <small>告知書裏面の貴社の個人情報の取扱い(第三者に提供することを含みます)について内容を確認し、同意します。 貴社が保険契約者(申込者)に対して、被保険者の告知内容、審査結果等を知らせるごと、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。 事前に告知サポート資料を確認したうえで記入し、事実に相違ありません。 また、コチニン検査を実施する場合は私自身が行います。</small>		<small>告知サポート資料をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人が、ありのままを正確に、もれなくご記入ください。 ※15歳未満の場合、親権者・後見人の代理記入も可能です。 当社の募集人や募集代理店に口頭でお話ししても告知していただいたことはなりません。</small>																											
<table border="1"> <tr> <td>申込番号</td> <td>1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0</td> </tr> <tr> <td>証券番号</td> <td>_____ - _____</td> </tr> </table>		申込番号	1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0	証券番号	_____ - _____	<table border="1"> <tr> <td>生年月日</td> <td>(昭和) 平成 (令和) 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>身長</td> <td>1 7 5.5 cm</td> <td>性別</td> <td>男 女</td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td>67.0 kg</td> <td>年収 (参考事項)</td> <td>500 万円</td> </tr> <tr> <td>被保険者 (自署) 氏名</td> <td colspan="3">向日葵 太郎 様</td> </tr> <tr> <td>親権者・ 後見人氏名</td> <td colspan="3">被保険者との続柄 様</td> </tr> <tr> <td colspan="4">親権者 後見人</td> </tr> </table>		生年月日	(昭和) 平成 (令和) 年 月 日	身長	1 7 5.5 cm	性別	男 女	体重	67.0 kg	年収 (参考事項)	500 万円	被保険者 (自署) 氏名	向日葵 太郎 様			親権者・ 後見人氏名	被保険者との続柄 様			親権者 後見人			
申込番号	1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0																												
証券番号	_____ - _____																												
生年月日	(昭和) 平成 (令和) 年 月 日																												
身長	1 7 5.5 cm	性別	男 女																										
体重	67.0 kg	年収 (参考事項)	500 万円																										
被保険者 (自署) 氏名	向日葵 太郎 様																												
親権者・ 後見人氏名	被保険者との続柄 様																												
親権者 後見人																													
<small>被保険者が15歳未満の場合、被保険者の親権者・後見人全員が告知内容に合意のうえ、その代表者がご記入ください。</small>																													
<small>以下の質問事項について「いいえ」「はい」「健康診断・人間ドックを受けていない」のいずれかに○をしてください。 また1~5の被保険者の告知が「はい」の場合、「A」「B」「C」いずれか所定の欄内に詳細内容をご記入ください。</small>																													
質問事項(すべての方)		被保険者の告知																											
1	最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。 <small>△「健康診断・人間ドック(再検査・精密検査も含む)」「異常指摘を受けなかったコンタクトレンズ処方時の検診・乳幼児健診・妊婦健診(正常妊娠)」は除きます。</small>	<small>いいえ</small> <input type="checkbox"/> <small>はい</small> <input type="checkbox"/>	Aに記入																										
2	過去5年以内の病気やけがについておうかがいします。 <small>①入院したこと、または手術を受けたことがありますか。 △「入院」には人間ドックのための「入院」は除きます。「手術」とはレーザー・内視鏡・カテーテルによるものを含みます。 ②7日間以上にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは7日分以上の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。 △「7日間以上」とは、初診から最後に診察を受けた日が7日間以上ある場合を指します。 再検査・精密検査・定期的な検査・診察を受けている場合も告知が必要です。</small>	<small>いいえ</small> <input type="checkbox"/> <small>はい</small> <input type="checkbox"/>																											
3	今までに、がん(悪性新生物・悪性腫瘍)または上皮内がんにかかったことがありますか。 <small>△「がん」には、白血病・骨髄腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。 △「上皮内がん」には、子宮頸部高度異形成または病理組織診断CIN3を含みます。</small>	<small>いいえ</small> <input type="checkbox"/> <small>はい</small> <input type="checkbox"/>	Bに記入																										
4	過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、異常(要再検査・要精密検査・要治療)を指摘されたことがありますか。 <small>△「健康診断・人間ドック」とは健康維持・病気の早期発見のための診察・検査をいい、自発的に受診した「基本健康診査」「がん検診」「脳ドック」「PET検査」などの検診や検査を含みます。</small>	<small>いいえ</small> <input type="checkbox"/> <small>はい</small> <input type="checkbox"/>																											
5	身体の障がいについておうかがいします。 <small>①視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。 ②手・足・指について欠損または機能に障がいがありますか。 ③背骨(脊柱)に変形や障がいがありますか。 △「手」とは肩関節から手指までの上肢、また「足」とは股関節から足指までの下肢をいいます。</small>	<small>いいえ</small> <input type="checkbox"/> <small>はい</small> <input type="checkbox"/>	Cに記入																										
6	健康体格特約を付加できる保険種類の場合、または終身がん保険(C2)(がん治療給付型)、終身がん保険(C3)(がん診断給付型)、変額保険(V1)(就労不能・介護保障型)、変額保険(V2)(死亡保障型)に加入される場合のみ <small>【20歳以上の方のみ】過去1年以内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがありますか。 △ 喫煙・タバコ商品は紙巻タバコ、葉巻、パイプ、嗜みタバコ、嗅ぎタバコ、ニコチンガム、ニコチンパッチ、電子タバコ、加熱式タバコ等を含みます。</small>	<small>いいえ</small> <input type="checkbox"/> <small>はい</small> <input type="checkbox"/>																											
7	18歳以上の女性におうかがいします。現在、妊娠していますか。	<small>いいえ</small> <input type="checkbox"/> <small>はい</small> <input type="checkbox"/>																											
質問事項(介護一時金特約・医療用介護年金特約・医療用総合生活障害保障特約を付加、または総合生活障害保障保険・無解約返戻金型総合生活障害保障保険・変額保険(V1)(就労不能・介護保障型)に加入される場合のみ)		被保険者の告知																											
8	現在、以下①~⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 <small>①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ</small>	<small>いいえ</small> <input type="checkbox"/> <small>はい</small> <input type="checkbox"/>																											
9	40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。	<small>いいえ</small> <input type="checkbox"/> <small>はい</small> <input type="checkbox"/>																											
<small>「はい」に該当する場合は、上記の特約を付加、または上記の保険種類にご加入いただくことはできません。</small>																													
<small>←告知書記入後に、ミシン目に沿って切り取り、ご提出ください。</small>																													

①新契約申込に必要な書類

【告知書(一般用)記入例】(印刷物番号870606)(右面)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">詳細内容1</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">病気やけがの正式診断名 高血圧症</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">病気やけがの正式診断名 骨折</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">部位</td> <td style="padding: 5px;">検査名</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">部位</td> <td style="padding: 5px;">検査名</td> </tr> </table> </td> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">詳細内容2</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">病気やけがの名前により、原因等のより詳しい内容の告知をお願いしております。本紙裏面をご確認ください。</td> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: right;">▼左記欄内に記入できない原因等の詳細(裏面参照)、検査結果等や3つ以上の詳細がある場合、下記スペースにご記入ください。 高尿酸血症・痛風の場合、医療機関で測定した直近の尿酸値の数値および測定時期をご記入ください。</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">医療機関名 (医)○○△△クリニック</p> </td> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">医療機関名 (医)○○△△クリニック</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">受診開始時期 令和△△年△△月から</p> </td> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">受診開始時期 令和△△年△△月から</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">現在の状況 <input type="radio"/>全治 <input type="radio"/>治療中 <input type="radio"/>経過観察中</p> </td> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">現在の状況 <input type="radio"/>全治 <input type="radio"/>治療中 <input type="radio"/>経過観察中</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">入院時期・期間 <input type="radio"/>入院なし <input type="radio"/>入院あり</p> </td> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">入院時期・期間 <input type="radio"/>入院なし <input type="radio"/>入院あり</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">手術時期・手術名・部位 <input type="radio"/>手術なし <input type="radio"/>手術あり</p> </td> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">手術時期・手術名・部位 <input type="radio"/>手術なし <input type="radio"/>手術あり</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">後遺症・合併症 <input type="radio"/>後遺症・合併症なし <input type="radio"/>後遺症・合併症あり</p> </td> <td colspan="2" style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">後遺症・合併症なし <input type="radio"/>後遺症・合併症あり</p> </td> </tr> </table>		<p style="margin: 0;">詳細内容1</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">病気やけがの正式診断名 高血圧症</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">病気やけがの正式診断名 骨折</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">部位</td> <td style="padding: 5px;">検査名</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">部位</td> <td style="padding: 5px;">検査名</td> </tr> </table>		病気やけがの正式診断名 高血圧症	病気やけがの正式診断名 骨折	部位	検査名	部位	検査名	<p style="margin: 0;">詳細内容2</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">病気やけがの名前により、原因等のより詳しい内容の告知をお願いしております。本紙裏面をご確認ください。</td> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: right;">▼左記欄内に記入できない原因等の詳細(裏面参照)、検査結果等や3つ以上の詳細がある場合、下記スペースにご記入ください。 高尿酸血症・痛風の場合、医療機関で測定した直近の尿酸値の数値および測定時期をご記入ください。</td> </tr> </table>		病気やけがの名前により、原因等のより詳しい内容の告知をお願いしております。本紙裏面をご確認ください。	▼左記欄内に記入できない原因等の詳細(裏面参照)、検査結果等や3つ以上の詳細がある場合、下記スペースにご記入ください。 高尿酸血症・痛風の場合、医療機関で測定した直近の尿酸値の数値および測定時期をご記入ください。	<p style="margin: 0;">医療機関名 (医)○○△△クリニック</p>		<p style="margin: 0;">医療機関名 (医)○○△△クリニック</p>		<p style="margin: 0;">受診開始時期 令和△△年△△月から</p>		<p style="margin: 0;">受診開始時期 令和△△年△△月から</p>		<p style="margin: 0;">現在の状況 <input type="radio"/>全治 <input type="radio"/>治療中 <input type="radio"/>経過観察中</p>		<p style="margin: 0;">現在の状況 <input type="radio"/>全治 <input type="radio"/>治療中 <input type="radio"/>経過観察中</p>		<p style="margin: 0;">入院時期・期間 <input type="radio"/>入院なし <input type="radio"/>入院あり</p>		<p style="margin: 0;">入院時期・期間 <input type="radio"/>入院なし <input type="radio"/>入院あり</p>		<p style="margin: 0;">手術時期・手術名・部位 <input type="radio"/>手術なし <input type="radio"/>手術あり</p>		<p style="margin: 0;">手術時期・手術名・部位 <input type="radio"/>手術なし <input type="radio"/>手術あり</p>		<p style="margin: 0;">後遺症・合併症 <input type="radio"/>後遺症・合併症なし <input type="radio"/>後遺症・合併症あり</p>		<p style="margin: 0;">後遺症・合併症なし <input type="radio"/>後遺症・合併症あり</p>		<p style="margin: 0;">左記欄内に記入できない原因等の詳細(裏面参照)、検査結果等や3つ以上の詳細がある場合、下記スペースにご記入ください。 高尿酸血症・痛風の場合、医療機関で測定した直近の尿酸値の数値および測定時期をご記入ください。</p> <p style="margin: 0;">詳細内容2について 原因は転倒。 固定用金属プレートは令和△△年△△月に除去済。</p>	
<p style="margin: 0;">詳細内容1</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">病気やけがの正式診断名 高血圧症</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">病気やけがの正式診断名 骨折</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">部位</td> <td style="padding: 5px;">検査名</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">部位</td> <td style="padding: 5px;">検査名</td> </tr> </table>		病気やけがの正式診断名 高血圧症	病気やけがの正式診断名 骨折	部位	検査名	部位	検査名	<p style="margin: 0;">詳細内容2</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">病気やけがの名前により、原因等のより詳しい内容の告知をお願いしております。本紙裏面をご確認ください。</td> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: right;">▼左記欄内に記入できない原因等の詳細(裏面参照)、検査結果等や3つ以上の詳細がある場合、下記スペースにご記入ください。 高尿酸血症・痛風の場合、医療機関で測定した直近の尿酸値の数値および測定時期をご記入ください。</td> </tr> </table>		病気やけがの名前により、原因等のより詳しい内容の告知をお願いしております。本紙裏面をご確認ください。	▼左記欄内に記入できない原因等の詳細(裏面参照)、検査結果等や3つ以上の詳細がある場合、下記スペースにご記入ください。 高尿酸血症・痛風の場合、医療機関で測定した直近の尿酸値の数値および測定時期をご記入ください。																												
病気やけがの正式診断名 高血圧症	病気やけがの正式診断名 骨折																																						
部位	検査名																																						
部位	検査名																																						
病気やけがの名前により、原因等のより詳しい内容の告知をお願いしております。本紙裏面をご確認ください。	▼左記欄内に記入できない原因等の詳細(裏面参照)、検査結果等や3つ以上の詳細がある場合、下記スペースにご記入ください。 高尿酸血症・痛風の場合、医療機関で測定した直近の尿酸値の数値および測定時期をご記入ください。																																						
<p style="margin: 0;">医療機関名 (医)○○△△クリニック</p>		<p style="margin: 0;">医療機関名 (医)○○△△クリニック</p>																																					
<p style="margin: 0;">受診開始時期 令和△△年△△月から</p>		<p style="margin: 0;">受診開始時期 令和△△年△△月から</p>																																					
<p style="margin: 0;">現在の状況 <input type="radio"/>全治 <input type="radio"/>治療中 <input type="radio"/>経過観察中</p>		<p style="margin: 0;">現在の状況 <input type="radio"/>全治 <input type="radio"/>治療中 <input type="radio"/>経過観察中</p>																																					
<p style="margin: 0;">入院時期・期間 <input type="radio"/>入院なし <input type="radio"/>入院あり</p>		<p style="margin: 0;">入院時期・期間 <input type="radio"/>入院なし <input type="radio"/>入院あり</p>																																					
<p style="margin: 0;">手術時期・手術名・部位 <input type="radio"/>手術なし <input type="radio"/>手術あり</p>		<p style="margin: 0;">手術時期・手術名・部位 <input type="radio"/>手術なし <input type="radio"/>手術あり</p>																																					
<p style="margin: 0;">後遺症・合併症 <input type="radio"/>後遺症・合併症なし <input type="radio"/>後遺症・合併症あり</p>		<p style="margin: 0;">後遺症・合併症なし <input type="radio"/>後遺症・合併症あり</p>																																					

| ▼上記で病気の名前が、高血圧症・高脂血症・脂質異常症・糖尿病・高血糖・貧血の場合のみ、該当する病気について下記もあわせてご記入ください。 | | | | | |--|--|----------------------|---| | 高血圧症 | 高脂血症・脂質異常症 | 糖尿病・高血糖 | 貧血 | | 医療機関での測定値
最大(収縮期)血圧
(145 mmHg)
最小(拡張期)血圧
(88 mmHg) | 総コレステロール (mg/dl)
LDLコレステロール (mg/dl)
中性脂肪(TG) (mg/dl) | インスリン治療
HbA1c (%) | ヘモグロビン(Hb) (g/dl)
赤血球数(RBC) (10 ¹² /μl) | | 直近の測定時期
令和△△年△△月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |--|------------------------|---|--|---|--|-------------------------------|------------------------|---|--|---|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|---|--|-----------|------|---|--|--------------------------------------|------------------------
---------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|-------------|----|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------|------|---|--|--------------------------------------|--|-----------------------------|--| | <p style="margin: 0;">詳細内容1
令和△△年△△月</p> | | <p style="margin: 0;">詳細内容2
令和△△年△△月</p> | | <p style="margin: 0;">検査名と検査結果の記入例</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">検査名と検査結果について右表の記入例を参照してご記入ください。</p>
 | | <p style="margin: 0;">検査名と検査結果について右表の記入例を参照してご記入ください。</p> | | <p style="margin: 0;">検査名:尿検査
検査結果:(例)尿蛋白+、尿糖2+、尿潜血3+等</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">検査名・部位
胃透視検査</p> | | <p style="margin: 0;">検査名・部位
血圧検査</p> | | <p style="margin: 0;">検査名:血液検査
検査結果:具体的な項目名と数値をご記入ください。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">検査結果(数値・所見)
隆起性病変</p>
 | | <p style="margin: 0;">検査結果(数値・所見)
最大血圧155 最小血圧95</p> | | <p style="margin: 0;">記入例のポイントをご確認ください。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">再検査・精密検査を受けた場合は下記もご記入ください。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">再・精密検査受診時期
令和△△年△△月</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">年 月</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">下記①、②のいずれかに○をしてください。</p> <p style="margin: 0;">① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた</p> <p style="margin: 0;">② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">下記①、②のいずれかに○をしてください。</p> <p style="margin: 0;">① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた</p> <p style="margin: 0;">② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center; padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">再・精密検査について</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">検査名・部位
内視鏡検査</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">検査名・部位
胃ポリープ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">検査結果(数値・所見)</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">具体的な指示内容
1年後にまた来てくださいといわれた。</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障がいのある部位・原因</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">原因</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">障がいのある部位</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">症状の固定時期</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">年 月</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障がいの程度・詳細</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障害等級</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">認定を受けている場合</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">級</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | | | | | | 再・精密検査受診時期
令和△△年△△月 | 年 月 | <p style="margin: 0;">下記①、②のいずれかに○をしてください。</p> <p style="margin: 0;">① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた</p> <p style="margin: 0;">② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた</p> | | <p style="margin: 0;">下記①、②のいずれかに○をしてください。</p> <p style="margin: 0;">① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた</p> <p style="margin: 0;">② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた</p> | | <p style="margin: 0;">再・精密検査について</p> | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">検査名・部位
内視鏡検査</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">検査名・部位
胃ポリープ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">検査結果(数値・所見)</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">具体的な指示内容
1年後にまた来てくださいといわれた。</p> </td> </tr> </table> | | | | | | 検査名・部位
内視鏡検査 | 検査名・部位
胃ポリープ | <p style="margin: 0;">検査結果(数値・所見)</p> | | <p style="margin: 0;">具体的な指示内容
1年後にまた来てくださいといわれた。</p> | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障がいのある部位・原因</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">原因</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">障がいのある部位</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">症状の固定時期</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">年 月</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障がいの程度・詳細</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障害等級</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">認定を受けている場合</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">級</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | | | | | | 障がいのある部位・原因 | 原因 | <p style="margin: 0;">障がいのある部位</p> | | <p style="margin: 0;">症状の固定時期</p> | | <p style="margin: 0;">年 月</p> | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障がいの程度・詳細</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障害等級</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">認定を受けている場合</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">級</p> </td> </tr> </table> | | | | | | 障がいの程度・詳細 | 障害等級 | <p style="margin: 0;">視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入</p> | | <p style="margin: 0;">認定を受けている場合</p> | | <p style="margin: 0;">級</p> | | | 再・精密検査受診時期
令和△△年△△月 | 年 月 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">下記①、②のいずれかに○をしてください。</p> <p style="margin: 0;">① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた</p> <p style="margin: 0;">② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">下記①、②のいずれかに○をしてください。</p> <p style="margin: 0;">① 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれも必要ないといわれた</p> <p style="margin: 0;">② 今後、診察・検査(経過観察)・治療のいずれかひとつでも必要といわれた</p>
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">再・精密検査について</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">検査名・部位
内視鏡検査</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">検査名・部位
胃ポリープ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">検査結果(数値・所見)</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">具体的な指示内容
1年後にまた来てくださいといわれた。</p> </td> </tr> </table> | | | | | | 検査名・部位
内視鏡検査 | 検査名・部位
胃ポリープ | <p style="margin: 0;">検査結果(数値・所見)</p> | | <p style="margin: 0;">具体的な指示内容
1年後にまた来てくださいといわれた。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 検査名・部位
内視鏡検査 | 検査名・部位
胃ポリープ | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">検査結果(数値・所見)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">具体的な指示内容
1年後にまた来てくださいといわれた。</p>
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障がいのある部位・原因</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">原因</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">障がいのある部位</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">症状の固定時期</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">年 月</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障がいの程度・詳細</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障害等級</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">認定を受けている場合</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">級</p> </td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | | | | | | 障がいのある部位・原因 | 原因 | <p style="margin: 0;">障がいのある部位</p> | | <p style="margin: 0;">症状の固定時期</p> | | <p style="margin: 0;">年 月</p> | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障がいの程度・詳細</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障害等級</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">認定を受けている場合</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">級</p> </td> </tr> </table> | | | | | | 障がいの程度・詳細 | 障害等級 | <p style="margin: 0;">視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入</p> | | <p style="margin: 0;">認定を受けている場合</p> | | <p style="margin: 0;">級</p> | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 障がいのある部位・原因 | 原因 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">障がいのある部位</p> | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">症状の固定時期</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">年 月</p>
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障がいの程度・詳細</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">障害等級</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">認定を受けている場合</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <p style="margin: 0;">級</p> </td> </tr> </table> | | | | | | 障がいの程度・詳細 | 障害等級 | <p style="margin: 0;">視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入</p> | | <p style="margin: 0;">認定を受けている場合</p> | | <p style="margin: 0;">級</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | 障がいの程度・詳細 | 障害等級 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">認定を受けている場合</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <p style="margin: 0;">級</p>
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2104706

①新契約申込に必要な書類

〔「健診結果記入用紙」記入例〕(印刷物番号891196)

<h2>健診結果記入用紙</h2>		会社提出用 申込番号: 123-A4567890 証券番号: _____	2303208																																														
<p>SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛</p> <p>下記の内容を確認し、同意のうえ署名・記入します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■本紙には、自らが受診した最新の健康診断結果通知書・人間ドック成績表の特定項目を記入すること。 ■貴社から求めがあった場合には遅滞なく健康診断結果通知書・人間ドック成績表を提出すること。 ■本紙による取扱は、健康診断結果通知書・人間ドック成績表の提出と以下の相違点があること。 <ul style="list-style-type: none"> ①健康診断結果通知書・人間ドック成績表の提出の場合、特定項目以外の項目も含めてご契約の引受可否を判定する。 ②本紙による取扱いの場合、記入した特定項目に基づきご契約の引受可否を判定する。記入した内容が事実と異なる場合には、詐欺による取消しなどを理由として保険金・給付金などが支払われないことがある。 																																																	
記入日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日																																																
被保険者* 氏名 (自署)	フリガナ ヒマワリ タロウ 向日葵 太郎 様 貴社の保険契約に関する個人情報の取扱いならびに本紙の取扱いに同意します。																																																
注意事項 必ず被保険者*ご本人が、健康診断結果通知書または人間ドック成績表より、次のすべての検査項目(1~5)をもれなく正確にご記入ください。																																																	
1 実施年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日																																																
2 実施医療機関名 (実施医療機関名の記載がない場合は診断医師名)	ひまわり健診センター																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">項目</th> <th colspan="5">検査結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">3 体格</td> <td>身長</td> <td colspan="5">1 7 5 . 5 cm</td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td colspan="5">8 7 6 . 0 kg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">4 血圧</td> <td>最大(収縮期)血圧</td> <td colspan="5">1 2 1 mmHg</td> </tr> <tr> <td>最小(拡張期)血圧</td> <td colspan="5">8 7 0 mmHg</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">5 尿検査</td> <td>尿蛋白 ※該当する値いずれかに○をしてください。</td> <td colspan="5"> <input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> + <input type="radio"/> ++ <input type="radio"/> +++ </td> </tr> <tr> <td>尿糖 ※該当する値いずれかに○をしてください。</td> <td colspan="5"> <input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> + <input type="radio"/> ++ <input type="radio"/> +++ </td> </tr> </tbody> </table>				項目		検査結果					3 体格	身長	1 7 5 . 5 cm					体重	8 7 6 . 0 kg					4 血圧	最大(収縮期)血圧	1 2 1 mmHg					最小(拡張期)血圧	8 7 0 mmHg					5 尿検査	尿蛋白 ※該当する値いずれかに○をしてください。	<input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> + <input type="radio"/> ++ <input type="radio"/> +++					尿糖 ※該当する値いずれかに○をしてください。	<input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> + <input type="radio"/> ++ <input type="radio"/> +++				
項目		検査結果																																															
3 体格	身長	1 7 5 . 5 cm																																															
	体重	8 7 6 . 0 kg																																															
4 血圧	最大(収縮期)血圧	1 2 1 mmHg																																															
	最小(拡張期)血圧	8 7 0 mmHg																																															
5 尿検査	尿蛋白 ※該当する値いずれかに○をしてください。	<input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> + <input type="radio"/> ++ <input type="radio"/> +++																																															
	尿糖 ※該当する値いずれかに○をしてください。	<input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> + <input type="radio"/> ++ <input type="radio"/> +++																																															
*記入者がこども保険の保険契約者の場合、「保険契約者」と読み替えます。																																																	
営業店受付日		取扱者記入欄		追加提出																																													
(00000000) 891196 - 0201 (23.03)																																																	

項目不足の場合は、
簡易定健扱のお取扱はできません。

①新契約申込に必要な書類

【医師による診査のご案内 記入例】(印刷物番号870319)

SOMPOひまわり生命保険株式会社

医師による診査のご案内

このたびは、SOMPOひまわり生命の生命保険契約にお申し込みいただき、誠にありがとうございます。お申込みに際しまして、医師による診査をお受けいただきますので、よろしくお願ひ申し上げます。

1 診査日時・場所

診査日	令和	△△	年	△△	月	△△	日
診査開始時刻※	午前	午後		10	時	00	分より
診査場所	ひまわり医院						

※診査開始時刻はお待ちになられる患者さまが多いなどの事情により遅れることがあります。お客様のご予定に支障が生じる可能性がある場合は、必ず事前に募集人へお申し出ください。

2 診査時にご用意いただくもの

本紙(全ページ) 写真付身分証明書※(運転免許証・パスポートなど)

※写真付身分証明書をお持ちでない場合、診査をお受けいただく際に募集人または当社社員の同行が必要となりますので、必ず事前に募集人へお申し出ください。募集人または当社社員の同行がなく、かつ写真付身分証明書のご提示をいただけないまま診査をお受けになられた場合、診査は無効となり、再度診査をお受けいただくことになります。

3 お願い

告知サポート資料は診査をお受けいただくまでに、必ずご確認ください。

なお告知書の質問事項について、診査医が口頭で質問し、診査医が告知していただいた内容を記入します。事前にご記入いただいた場合、診査は無効となり、再度診査をお受けいただくことになりますので、ご記入にならないようお願ひ申し上げます。

4 15歳未満の場合

診査をお受けいただくお客様が15歳未満の場合、親権者・後見人の立会いと署名が必要となります。立会いにあたっては、事前に他の親権者・後見人に告知いただく内容をご確認ください。

親権者・後見人の立会いがない場合、診査は無効となりますので、必ず立会いをお願い申し上げます。

医師による診査とは

当社が委嘱した医師が、お客様の健康状態を告知書および診査を通じて確認させていただくものです。

診査の内容

○体格測定(身長・体重)	○脈拍・血圧測定
○上半身脱衣による聴診・打診・触診・問診	○検尿

※お申込み内容により、コチニン検査(喫煙検査)、心電図検査、血液検査などをお受けいただく場合があります。

!
診査前日および当日の過度な運動および飲酒はお控えください。

!
診査直前に飲食および排尿されないようお願ひ申し上げます。

!
風邪などで体調がすぐれない場合、女性の方で生理中の場合は、診査を延期してください。



(25040088) 870319-1500 25.12

①新契約申込に必要な書類

【診査依頼書 記入例】(印刷物番号870319)

診査依頼書		8888800		
<p>診査医 殿</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 向日葵 太郎 様の診査のお願い </p> <p>1.当社生命保険加入のため、下記の項目（○印をつけたもの）につき、診査をお願い申し上げます。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; vertical-align: top; padding: 5px;">診査項目</td> <td style="padding: 5px;"> <p>① 一般診査（質問事項第0項～7項、検診）</p> <p>② 質問事項第8項・第9項（日常の動作・介護）の告知をいただいてください。 ※介護一時金特約・医療用介護年金特約・医療用総合生活障害保障特約を付加、または総合生活障害保障保険・無解約返戻金型総合生活障害保障保険・変額保険（V1）（就労不能・介護保障型）に加入される方は告知が必要です。</p> <p>③ コチニン検査（喫煙検査）</p> <p>④ 心電図検査（安静時：標準12誘導） ※心電図の余白に検査実施日、受診者氏名をご記入いただき、診査報状とともに原本の送付をお願い申し上げます。</p> <p>⑤ 血液検査（次の全検査項目） 貧 血：赤血球数、白血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板数 肝機能：AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GTP、ALP、LDH、総ビリルビン 脂 質：総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール 尿酸、HbA1c ※診査報状とともに原本の送付をお願い申し上げます。</p> <p>⑥ 肝炎検査（HBs抗原、HCV抗体） ※診査報状とともに原本の送付をお願い申し上げます。</p> <p>⑦ 一部検査のみ実施 上記③～⑥に○印をつけた検査のみ実施のため、告知書・検診書の青線枠内（第0～9項・第12～24項）の記入は不要です。</p> <p>⑧ その他（ ）</p> </td> </tr> </table> <p>2.診査時の本人確認について</p> <p>①診査開始時に「ご本人を証明する証明書を拝見させてください」等とおたずねいただき、「マイナンバーカード」「運転免許証」「パスポート」「その他写真付身分証明書」など写真付のもので本人確認をお願い申し上げます。 ※写真付ではない証明書の提示、写真付身分証明書をお持ちでない方、忘れて持参しなかった方、提示を拒否した方等についても、診査は実施していただきますようお願い申し上げます。</p> <p>②確認結果は検診書上部の本人確認欄（第10項）の該当項目に○をしてください。 写真付身分証明書の確認ができなかった場合には、「④写真なし身分証明書・未提示」に○をしてください。</p> <p>3.同行者の有無について 受診者は当社代理店（募集人）または当社社員が同行したか否かを必ずご確認いただき、検診書上部の同行者欄（第11項）の該当項目に○をしてください。</p> <p>4.診査報状作成にあたってのご注意</p> <p>①告知の受領 質問事項はすべて先生が口頭で質問し、受診者より口頭で告知をいただいてください。 口頭で告知をいただいたい内容は先生が告知書にご記入ください。</p> <p>②被保険者の自署 先生がご記入された告知内容を受診者にご提示いただき、記入内容に誤りがないこと、告知忘れないことを受診者が確認したうえで、告知日・氏名・生年月日などの記入をいただいてください。</p> <p>③控の交付 告知書の「被保険者様控」は受診者へ必ずお渡しください。</p> <p>〈診査医殿〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診査実施後には、診査報状・各種検査結果とともに専用封筒にて速やかな送付をお願い申し上げます。 ・万が一、被保険者様が健康診断結果通知書や人間ドック成績表、血液検査結果などをご持参された場合には、受け取らずに被保険者様にお返しください。（専用封筒にも同封なさらないようお願い申し上げます。） 			診査項目	<p>① 一般診査（質問事項第0項～7項、検診）</p> <p>② 質問事項第8項・第9項（日常の動作・介護）の告知をいただいてください。 ※介護一時金特約・医療用介護年金特約・医療用総合生活障害保障特約を付加、または総合生活障害保障保険・無解約返戻金型総合生活障害保障保険・変額保険（V1）（就労不能・介護保障型）に加入される方は告知が必要です。</p> <p>③ コチニン検査（喫煙検査）</p> <p>④ 心電図検査（安静時：標準12誘導） ※心電図の余白に検査実施日、受診者氏名をご記入いただき、診査報状とともに原本の送付をお願い申し上げます。</p> <p>⑤ 血液検査（次の全検査項目） 貧 血：赤血球数、白血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板数 肝機能：AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GTP、ALP、LDH、総ビリルビン 脂 質：総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール 尿酸、HbA1c ※診査報状とともに原本の送付をお願い申し上げます。</p> <p>⑥ 肝炎検査（HBs抗原、HCV抗体） ※診査報状とともに原本の送付をお願い申し上げます。</p> <p>⑦ 一部検査のみ実施 上記③～⑥に○印をつけた検査のみ実施のため、告知書・検診書の青線枠内（第0～9項・第12～24項）の記入は不要です。</p> <p>⑧ その他（ ）</p>
診査項目	<p>① 一般診査（質問事項第0項～7項、検診）</p> <p>② 質問事項第8項・第9項（日常の動作・介護）の告知をいただいてください。 ※介護一時金特約・医療用介護年金特約・医療用総合生活障害保障特約を付加、または総合生活障害保障保険・無解約返戻金型総合生活障害保障保険・変額保険（V1）（就労不能・介護保障型）に加入される方は告知が必要です。</p> <p>③ コチニン検査（喫煙検査）</p> <p>④ 心電図検査（安静時：標準12誘導） ※心電図の余白に検査実施日、受診者氏名をご記入いただき、診査報状とともに原本の送付をお願い申し上げます。</p> <p>⑤ 血液検査（次の全検査項目） 貧 血：赤血球数、白血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板数 肝機能：AST (GOT)、ALT (GPT)、γ-GTP、ALP、LDH、総ビリルビン 脂 質：総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール 尿酸、HbA1c ※診査報状とともに原本の送付をお願い申し上げます。</p> <p>⑥ 肝炎検査（HBs抗原、HCV抗体） ※診査報状とともに原本の送付をお願い申し上げます。</p> <p>⑦ 一部検査のみ実施 上記③～⑥に○印をつけた検査のみ実施のため、告知書・検診書の青線枠内（第0～9項・第12～24項）の記入は不要です。</p> <p>⑧ その他（ ）</p>			
診査依頼書				

①新契約申込に必要な書類

【告知書(診査報状)】(印刷物番号870319)

告知書(診査報状) ※誤った告知日を記入された場合は嘱託医記載の診査実施日を告知日とする場合がございます。		2307008																																																																										
お客様さまがご記入ください。	SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 事前に告知サポート資料を確認したうえでこの書面にもとづく診査医からの質問に対する告知し、内容は事実に相違ありません。 本日および以前に私を診察した診査医が、貴社に対し私の健康状態などを報告しても異議を申しません。 貴社の個人情報の取扱い(第三者に提供することを含みます)について内容を確認し、同意します。 また、貴社が保険契約者(申込者)に対して、被保険者の告知内容、査定結果等を知らせること、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。 また、コニニン検査を実施する場合は私自身が行います。																																																																											
	告知番号: 令和 年 月 日 フリガナ (自署)																																																																											
	被保険者* 氏名 様 貴社の保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。																																																																											
	生年月日 (昭和) (平成) (令和) 年 月 日 性別 男 女																																																																											
	被保険者が15歳未満の場合、被保険者の親権者・後見人全員が告知内容に合意のうえ、その代表者がご記入ください。																																																																											
	親権者・後見人氏名 (自署) 様 被保険者との続柄 親権者 後見人																																																																											
	以下の被保険者*への質問事項について、いずれかに○をしてください。 また6~9を除き、被保険者*の告知が「はい」「異常指摘あり」の場合、告知詳細記入欄内に詳細内容をご記入ください。																																																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">質問事項 (すべての方)</th> <th colspan="2">被保険者*の告知</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">健 康 最 近 状 態 の 過 去 5 年 以 内</td> <td>0</td> <td colspan="2">最近1週間以内で、からだに具合の悪いところがありますか。</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td colspan="2">最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">健 康 以 過 去 2 年 以 内</td> <td>2-①</td> <td colspan="2">過去5年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。</td> </tr> <tr> <td>2-②</td> <td colspan="2">過去5年以内に、病気やけがで、7日間以上にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは7日分以上の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">が ん</td> <td>3</td> <td colspan="2">今までに、がん(悪性新生物・悪性腫瘍)または上皮内がんにかかったことがありますか。 ▲「がん」には、白血病・骨髄腫・悪性リバ腫・肉腫を含みます。 「上皮内がん」には、子宮頸部高度異形成または病理組織診断CIN3を含みます。 </td> </tr> <tr> <td>4</td> <td colspan="2">過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、異常(要再検査・要精密検査・要治療)を指摘されたことがありますか。</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">身 体 の 障 が い</td> <td>5-①</td> <td colspan="2">視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。 (視力障がいのある場合は、左右の矯正視力をご記入ください。) </td> </tr> <tr> <td>5-②</td> <td colspan="2">手・足・指について欠損または機能に障がいがありますか。</td> </tr> <tr> <td>5-③</td> <td colspan="2">背骨(脊柱)に変形や障がいがありますか。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">喫 煙</td> <td>6</td> <td colspan="2">健康体率特約が付加できる保険種類の場合、または終身がん保険(C2)(がん治療給付型)、終身がん保険(C3)(がん診断給付型)、変額保険(V1)(就労不能・介護保険型)、変額保険(V2)(死亡保険型)に加入される場合のみ【20歳以上の方のみ】過去1年以内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがありますか。 ▲喫煙・タバコ商品は紙巻タバコ、葉巻・パイプ・嗜みタバコ、喫ぎタバコ、ニコチンガム、ニコチンパッチ、電子タバコ、加熱式タバコ等を含みます。 </td> </tr> <tr> <td>7</td> <td colspan="2">現在、妊娠していますか。</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">質問事項 (診査依頼書診査項目②に○印がある方)</th> <th colspan="2">被保険者*の告知</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">介 日 護 の 動 作</td> <td>8</td> <td colspan="2">現在、以下①~⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 ①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ </td> </tr> <tr> <td>9</td> <td colspan="2">40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <small>※「高血圧症」「高脂血症・脂質異常症」「糖尿病・高血糖」「高尿酸血症・痛風」「貧血」は直近の測定値と測定時期をご記入ください。 ※「糖尿病・高血糖」の場合、インスリン治療の有無を必ずご記入ください。</small> <table border="1"> <thead> <tr> <th>該当番号</th> <th>傷病名・部位・原因</th> <th>発病・受傷・検査年月</th> <th>入院時期・期間</th> <th>治療・検査内容 ※手術ありの場合、手術名・術式を必ずご記入ください。</th> <th>医療機関名</th> <th>現在の状況・全治年月 ※全治の場合、全治年月を必ずご記入ください。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7"> 告知詳細記入欄 (この欄は複数枚の場合は複数枚記入する) </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody></table>			質問事項 (すべての方)		被保険者*の告知		健 康 最 近 状 態 の 過 去 5 年 以 内	0	最近1週間以内で、からだに具合の悪いところがありますか。		1	最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。		健 康 以 過 去 2 年 以 内	2-①	過去5年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。		2-②	過去5年以内に、病気やけがで、7日間以上にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは7日分以上の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。		が ん	3	今までに、がん(悪性新生物・悪性腫瘍)または上皮内がんにかかったことがありますか。 ▲「がん」には、白血病・骨髄腫・悪性リバ腫・肉腫を含みます。 「上皮内がん」には、子宮頸部高度異形成または病理組織診断CIN3を含みます。		4	過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、異常(要再検査・要精密検査・要治療)を指摘されたことがありますか。		身 体 の 障 が い	5-①	視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。 (視力障がいのある場合は、左右の矯正視力をご記入ください。)		5-②	手・足・指について欠損または機能に障がいがありますか。		5-③	背骨(脊柱)に変形や障がいがありますか。		喫 煙	6	健康体率特約が付加できる保険種類の場合、または終身がん保険(C2)(がん治療給付型)、終身がん保険(C3)(がん診断給付型)、変額保険(V1)(就労不能・介護保険型)、変額保険(V2)(死亡保険型)に加入される場合のみ【20歳以上の方のみ】過去1年以内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがありますか。 ▲喫煙・タバコ商品は紙巻タバコ、葉巻・パイプ・嗜みタバコ、喫ぎタバコ、ニコチンガム、ニコチンパッチ、電子タバコ、加熱式タバコ等を含みます。		7	現在、妊娠していますか。		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">質問事項 (診査依頼書診査項目②に○印がある方)</th> <th colspan="2">被保険者*の告知</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">介 日 護 の 動 作</td> <td>8</td> <td colspan="2">現在、以下①~⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 ①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ </td> </tr> <tr> <td>9</td> <td colspan="2">40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。</td> </tr> </tbody> </table>			質問事項 (診査依頼書診査項目②に○印がある方)		被保険者*の告知		介 日 護 の 動 作	8	現在、以下①~⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 ①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ		9	40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。		<small>※「高血圧症」「高脂血症・脂質異常症」「糖尿病・高血糖」「高尿酸血症・痛風」「貧血」は直近の測定値と測定時期をご記入ください。 ※「糖尿病・高血糖」の場合、インスリン治療の有無を必ずご記入ください。</small> <table border="1"> <thead> <tr> <th>該当番号</th> <th>傷病名・部位・原因</th> <th>発病・受傷・検査年月</th> <th>入院時期・期間</th> <th>治療・検査内容 ※手術ありの場合、手術名・術式を必ずご記入ください。</th> <th>医療機関名</th> <th>現在の状況・全治年月 ※全治の場合、全治年月を必ずご記入ください。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7"> 告知詳細記入欄 (この欄は複数枚の場合は複数枚記入する) </td> </tr> </tbody> </table>			該当番号	傷病名・部位・原因	発病・受傷・検査年月	入院時期・期間	治療・検査内容 ※手術ありの場合、手術名・術式を必ずご記入ください。	医療機関名	現在の状況・全治年月 ※全治の場合、全治年月を必ずご記入ください。	告知詳細記入欄 (この欄は複数枚の場合は複数枚記入する)						
	質問事項 (すべての方)		被保険者*の告知																																																																									
	健 康 最 近 状 態 の 過 去 5 年 以 内	0	最近1週間以内で、からだに具合の悪いところがありますか。																																																																									
1		最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。																																																																										
健 康 以 過 去 2 年 以 内	2-①	過去5年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。																																																																										
	2-②	過去5年以内に、病気やけがで、7日間以上にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは7日分以上の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。																																																																										
が ん	3	今までに、がん(悪性新生物・悪性腫瘍)または上皮内がんにかかったことがありますか。 ▲「がん」には、白血病・骨髄腫・悪性リバ腫・肉腫を含みます。 「上皮内がん」には、子宮頸部高度異形成または病理組織診断CIN3を含みます。																																																																										
	4	過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、異常(要再検査・要精密検査・要治療)を指摘されたことがありますか。																																																																										
身 体 の 障 が い	5-①	視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。 (視力障がいのある場合は、左右の矯正視力をご記入ください。)																																																																										
	5-②	手・足・指について欠損または機能に障がいがありますか。																																																																										
	5-③	背骨(脊柱)に変形や障がいがありますか。																																																																										
喫 煙	6	健康体率特約が付加できる保険種類の場合、または終身がん保険(C2)(がん治療給付型)、終身がん保険(C3)(がん診断給付型)、変額保険(V1)(就労不能・介護保険型)、変額保険(V2)(死亡保険型)に加入される場合のみ【20歳以上の方のみ】過去1年以内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがありますか。 ▲喫煙・タバコ商品は紙巻タバコ、葉巻・パイプ・嗜みタバコ、喫ぎタバコ、ニコチンガム、ニコチンパッチ、電子タバコ、加熱式タバコ等を含みます。																																																																										
	7	現在、妊娠していますか。																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">質問事項 (診査依頼書診査項目②に○印がある方)</th> <th colspan="2">被保険者*の告知</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">介 日 護 の 動 作</td> <td>8</td> <td colspan="2">現在、以下①~⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 ①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ </td> </tr> <tr> <td>9</td> <td colspan="2">40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。</td> </tr> </tbody> </table>			質問事項 (診査依頼書診査項目②に○印がある方)		被保険者*の告知		介 日 護 の 動 作	8	現在、以下①~⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 ①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ		9	40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。																																																																
質問事項 (診査依頼書診査項目②に○印がある方)		被保険者*の告知																																																																										
介 日 護 の 動 作	8	現在、以下①~⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 ①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ																																																																										
	9	40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。																																																																										
<small>※「高血圧症」「高脂血症・脂質異常症」「糖尿病・高血糖」「高尿酸血症・痛風」「貧血」は直近の測定値と測定時期をご記入ください。 ※「糖尿病・高血糖」の場合、インスリン治療の有無を必ずご記入ください。</small> <table border="1"> <thead> <tr> <th>該当番号</th> <th>傷病名・部位・原因</th> <th>発病・受傷・検査年月</th> <th>入院時期・期間</th> <th>治療・検査内容 ※手術ありの場合、手術名・術式を必ずご記入ください。</th> <th>医療機関名</th> <th>現在の状況・全治年月 ※全治の場合、全治年月を必ずご記入ください。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7"> 告知詳細記入欄 (この欄は複数枚の場合は複数枚記入する) </td> </tr> </tbody> </table>			該当番号	傷病名・部位・原因	発病・受傷・検査年月	入院時期・期間	治療・検査内容 ※手術ありの場合、手術名・術式を必ずご記入ください。	医療機関名	現在の状況・全治年月 ※全治の場合、全治年月を必ずご記入ください。	告知詳細記入欄 (この欄は複数枚の場合は複数枚記入する)																																																																		
該当番号	傷病名・部位・原因	発病・受傷・検査年月	入院時期・期間	治療・検査内容 ※手術ありの場合、手術名・術式を必ずご記入ください。	医療機関名	現在の状況・全治年月 ※全治の場合、全治年月を必ずご記入ください。																																																																						
告知詳細記入欄 (この欄は複数枚の場合は複数枚記入する)																																																																												

*受診者がこども保険の保険契約者の場合、保険契約者と読み替えます。

検診書は裏面です。

(25040088) [870319]-1500 (25.12)

①新契約申込に必要な書類

【検診書(診査報状)】(印刷物番号870319)

検診書 (診査報状)				2307015									
10 本人確認		いづれかに○印をご記入ください。※必ず身分証明書等の提示を求め、本人確認を行ってください。(④写真なし身分証明書・未提示でも検査の実施をお願いします)											
11 同行者		受診者に当社代理店(募集人)または当社社員が同行したか否かを必ずご確認いただき、いづれかに○印をご記入ください。											
12 一般状態		黄疸・貧血・浮腫・甲状腺腫・リンパ節腫		なし	あり	12~19項についてありの場合、その詳細を記入してください。また、手術痕・欠損・腫瘍・まひ部位については、5年以上経過したものも含めて詳細を記入し、人体図に示してください。							
13 特徴		(ア)虫垂炎の手術痕		なし	あり	手術痕 … 下欄の項目にご記入のうえ、図示し、両者を線で結ぶ (手術期) (手術名・傷病名・原因)							
14 呼吸器		(イ)虫垂炎以外の手術痕 瘢痕・炎痕・奇形・いれずみ		なし	あり	年 年 年							
15 循環器		心界・心音の異常		なし	あり	骨折手術の場合 金属等固定 (なし) (あり) 金属等除去 (なし) (あり)							
16 消化器		腹部の圧痛・抵抗・腫瘍・肝腫・脾腫・腹水		なし	あり	左 手 右 手							
17 神経系		精神障がい・言語麻痺・振戦・麻痺		なし	あり	左 足 右 足							
18 運動器		脊柱弯曲・歩行異常・四肢・ゆびの欠損・関節の変形・強直		なし	あり								
19 感覚器		(ア)聴力障がい その他感覚器の障がい		なし	あり	蛋白 1 2 3 4 5							
20 体格		※(あり)として下欄に記入		なし	あり	糖 1 2 3 4 5							
21 脈拍		※(あり)として下欄に記入		なし	あり	※①採尿不能 ②採尿拒否 ③生理中							
22 不整脈		※(あり)として下欄に記入		なし	あり								
23 血圧		※(あり)として下欄に記入		なし	あり								
24 尿		※(あり)として下欄に記入		なし	あり								
25 心電図検査		1 実施		26 血液検査	1 実施		27 肝炎検査	1 実施		28 コチニン検査	1 実施		
29 診査医意見		※(あり)のとき記入											
30 受診者との面識		※(あり)のとき記入 (①、②いずれも該当しない場合は面識なしとしてください。) ① 親族 ② 同一勤務先 (上司・同僚・部下含む)											
31 診査種類		① 宅診 ② 往診 ③ 往診複数診査 ④ 診査不能 (理由: (同一往診での2件目以降の診査))											
32 診査場所		① 医院・病院 ② 被保険者宅 ③ 被保険者勤務先 ④ 会社店舗 ⑤ その他 ()											
33 診査日時		令和 年 月 日		1 午前 2 午後		時 (12時間表記)		34 その他		特殊検査料		診査料領収	
この告知書および検診書の記載事項は私が直接質問し、また検診してその結果を記入したものに相違ありません。													
診査医ゴム印(当社ゴム印の押印をお願いします。)													
(ご注意)当社のゴム印をお持ちでない場合は住所、医療機関名、医師名をご記入(ゴム印可)・押印ください。													

*1 可能な限り実測にて計測ください。

*2 2回目は間隔をあけて測定してください。

①新契約申込に必要な書類

【「法人向け保険商品のご留意事項及び税務取扱に関する確認書」記入例】(ワープロ帳票803360)

1479201			
保険会社提出用			
法人向け保険商品のご留意事項及び税務取扱に関する確認書			
<p>法人のお客様が当社の生命保険契約にお申込みをいただく際には、下記の事項をご確認のうえ、ご記名・押印くださいますよう、よろしくお願ひ申し上げます。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1. 法人のお客様にお支払いいただく保険料に関する税務上のお取扱いにつきましては次の例のように記載しております。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>お客様向け募集資料(パンフレット・企画書・保険設計書等)では、例えば、「令和**年**月現在の税制です。今後の税制改正によって変更となる場合がありますのでご注意ください。保険料の税務上のお取扱いの詳細につきましては、顧問税理士や所轄の税務署等にご確認ください。」や「令和**年**月現在の税制によりますので、今後の税制改正によって変更となる場合があります。」等の記載をしております。</p> </div> <p>(注)実際の募集資料では、令和**年**月に具体的な年月を記載させていただいております。</p> <p>2. 今後税制が変更され、保険期間中に保険料の税務上のお取扱いが変更される可能性もございます。</p> <p>3. 「所得税基本通達36-37」(以下、「通達」という)の改正により、2019年7月8日以後に締結した契約は、契約者変更時点における解約返戻金の額が資産計上額の70%未満の場合、資産計上額により権利の評価が行われます。</p> <p>2019年7月7日以前に締結した契約は、原則として改正前の通達が適用されるものの、低解約返戻金期間中に保険契約者を変更し、低解約返戻金期間満了後に解約した場合は、税務署等から租税回避行為と認識される可能性があります。</p> <p>4. 当社は、法令に基づく税務署等からの照会に対して、保険契約に関する情報を提供します。</p> <p>5. 個々の契約に関する具体的な税務上のお取扱いに関しましては、顧問税理士や所轄の税務署等にご相談いただきますようお願ひ申し上げます。</p>			
<p>S O M P Oひまわり生命保険株式会社 御中</p> <p>令和△△年△△月△△日</p> <p>貴社の生命保険契約の申込みに際し、上記1~5の記載事項について取扱者から説明を受け、内容について確認・了承しました。</p> <p>また、「法人向け保険商品のご検討に際してご留意いただきたいこと」を受領し、取扱者から説明を受け、内容について確認・了承しました。</p> <p>保険契約者</p> <p style="text-align: center;">株式会社ひまわり工業 代表取締役 向日葵 太郎 様</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  <p>契約申込書と同一印を 押印ください</p> </div>			
以上			
会 社 使 用 欄	申込番号	営業店受付日	本社担当者
(803360) (22.02)			

①新契約申込に必要な書類

【「生命保険契約付保に関する同意書」記入例】(印刷物番号801626)

生命保険契約付保に関する同意書		1503203	
保険会社提出用			
<p>1.当社(店)は、将来、従業員が死亡・入院・手術等をしたことによる、従業員・遺族に対する退職金・弔慰金または見舞金等の支払い、および当社(店)が負担する経済的損失の補填に備え、従業員を被保険者とする生命保険契約を生命保険会社と締結する。</p> <p>2.当社(店)に保険金・給付金等が支払われた場合、保険金・給付金等の全部または相当部分は、退職金・弔慰金または見舞金等の支払いに充当する。</p>			
事業主殿 私は上記内容により、生命保険契約の被保険者となることに同意します。			
氏名 (自署)	山田 太郎	氏名 (自署)	
氏名 (自署)	様	氏名 (自署)	
<p>SOMP Oひまわり生命保険株式会社 御中</p> <p style="text-align: right;">令和△△年△△月△△日</p> <p>当社(店)は、上記内容にもとづき生命保険契約の被保険者とすることについて、被保険者となる従業員の同意を得ています。</p> <p>保険契約者 (事業主) 株式会社ひまわり商事 代表取締役 向日葵 一郎</p> <p style="text-align: right;">氏名 (自署)</p> <p style="text-align: right;">様</p> <p style="text-align: right;">契約申込書・ 請求書と同一印</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>※2枚目にも押印ください。</p>			
会社 使用 欄	申込番号／証券番号	営業店受付日	本社担当者
(00000000)801626-0700 (19.10)			

①新契約申込に必要な書類

〔「変換等に関する確認書」記入例〕(ワープロ帳票801987)

1466805				
保険会社提出用				
S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛				
変換等に関する確認書				
<p>普通保険約款または特約条項にもとづき、被保険者選択を受けることなく貴社の他の個人保険契約へ変換または加入[※]するにあたって、以下の事項の説明を受け、その内容を確認のうえ了承しました。</p>				
すべてのお客さまにご確認いただきたい事項				
<p><1> 保険期間・払込期間・保険料等を含む保障内容は、変換後契約または後契約の生命保険契約申込書記載の内容となること。</p> <p><2> 変換後契約または後契約の責任開始日以降に生じる保険金・給付金等の支払事由は、変換後契約または後契約の約款の定めによること。</p> <p>(例) ①2007年4月2日契約日以降、死亡保険金の免責事由が『責任開始期の属する日から起算して3年以内の自殺』へ変更されていること。</p> <p>②公的医療保険制度によって保険給付の対象とならない手術（視力矯正手術など）や拔歯手術などが支払対象から除外されること。</p> <p><3> 変換等により既契約の解約・減額をともなう場合、下記の不利益事項が生じる可能性があること。</p> <p>①解約・減額によりお払戻しできる金額は、多くの場合、お払込保険料の合計額よりも少ない金額となるか、まったくないまたはごくわずかな場合もあること。</p> <p>②一定期間の契約継続を条件に発生する配当の請求権等を失うこととなる場合があること。</p> <p>③変換後契約または後契約の保険料は現在の被保険者の年齢により計算されること。</p> <p>④変換後契約または後契約の保険料計算の基礎となる予定利率が引き下げられることによって主契約等の保険料が引き上げられる場合があること。</p>				
上記とあわせて、医療保険（M I - O 1）にご加入いただくお客様にご確認いただきたい事項				
<p><1> 1回の入院についての支払限度および通算支払限度は、変換前契約と変換後契約で入院日数を通算して計算すること。</p> <p><2> 手術の倍率は、変換後契約の約款に記載された倍率になること。</p> <p><3> 変換前契約に無事故割引特約、新無事故割引特約、医療（O 8）用無事故割引特約、無事故割引特則が付加されていた場合、変換後契約には無事故割引特則が付加できないため、変換後契約では保険料の割引は適用できないこと。</p> <p><4> 変換前契約に医療（O 8）用先進医療特約、医療用新先進医療特約が付加されていて、変換後契約に医療用新先進医療特約を付加する場合、通算支払限度は変換前契約と変換後契約で、給付金支払額を通算して計算すること。</p> <p><5> 変換前契約に医療（O 8）用先進医療特約が付加されていて、変換後契約に医療用新先進医療特約を付加する場合、特約加入日（変換後契約の第一回保険料充当金領収日）より前に医師の診察を受けていた疾病または傷害を直接の原因として特約加入日からその日を含めて1年以内にこの特約の支払事由に該当する先進医療を受けた場合、当該先進医療の給付金の支払は1,000万円限度となること。</p> <p><6> 変換前契約に通院特約、医療（O 1）用通院特約、新終身医療（O 1）用通院特約が付加されていて、変換後契約に医療用通院特約を付加する場合、「変換等に関する確認書 別紙」の記載内容となること。</p>				
※ 被保険者選択を受けることなく他の個人保険契約へ変換または加入とは、普通保険約款または特約条項に定める「変換」、「他の同種類の保険からの加入に関する特則」、「他の個人保険への加入」、「他の保険種類への加入」等を指します。				
令和△△年△△月△△日				
保険契約者 <自署>	向日葵 太郎	法人契約者印 契約申込書と同一印	親権者 または 後見人 <自署>	
被保険者 <自署>	※保険契約者と同一人の場合は、自署不要です。	親権者 または 後見人 <自署>		
(注) 保険契約者・被保険者自署は既契約ではなく、新契約のご契約者様・被保険者様がご記入ください。				
取扱 者記入欄	【帳票使用基準】 変換、定期後加入の場合に 使用します。	申込番号	営業店受付日	本社担当者
		新契約部 20.06 (801987)		

①新契約申込に必要な書類

〔「主たる被保険者の死亡にともなう新契約の取扱いに関する確認書(医療保険専用)」記入例〕(ワープロ帳票891967)

1476101							
保険会社提出用							
S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛							
<p><u>主たる被保険者の死亡にともなう新契約の取扱いに関する確認書 (医療保険専用)</u></p> <p>旧日本興亜生命で加入した医療保険の主たる被保険者の死亡に際し、普通保険約款の規定に基づいて、貴社の他の個人保険契約へ加入※するにあたって、以下の事項の説明を受け、その内容を確認のうえ了承しました。</p> <p>※ 他の個人保険契約への加入とは、普通保険約款に定める配偶者または子を主たる被保険者とする「本人型」契約への加入を指します。</p>							
<p>すべてのお客さまにご確認いただきたい事項</p>							
<p><1>本制度の対象となる保険種類は以下のとおりです。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">旧契約</td> <td style="width: 50%;">新契約</td> </tr> <tr> <td>旧日本興亜生命 (旧まごころ生命、旧パートナーライフ) で販売された医療保険</td> <td>医療保険 (MI-01)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※日額増減型医療保険、医療保険 (O8) は対象外です。</td> </tr> </table>		旧契約	新契約	旧日本興亜生命 (旧まごころ生命、旧パートナーライフ) で販売された医療保険	医療保険 (MI-01)	※日額増減型医療保険、医療保険 (O8) は対象外です。	
旧契約	新契約						
旧日本興亜生命 (旧まごころ生命、旧パートナーライフ) で販売された医療保険	医療保険 (MI-01)						
※日額増減型医療保険、医療保険 (O8) は対象外です。							
<p><2>保険期間・払込期間・保険料等を含む保障内容は、原則、新契約の生命保険契約申込書記載の内容となります。 ただし以下の点にご留意ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">告知</td> <td>必要ありません。</td> </tr> <tr> <td>保険料</td> <td>新契約の被保険者年齢で計算します。</td> </tr> <tr> <td>責任開始日</td> <td>新契約の申込書受領日 注)「責任開始期に関する特約」を付加していない場合は第1回保険料充当金の領収日 (クレジットカード払の場合 はオーバーリゼーション承認日)</td> </tr> </table>		告知	必要ありません。	保険料	新契約の被保険者年齢で計算します。	責任開始日	新契約の申込書受領日 注)「責任開始期に関する特約」を付加していない場合は第1回保険料充当金の領収日 (クレジットカード払の場合 はオーバーリゼーション承認日)
告知	必要ありません。						
保険料	新契約の被保険者年齢で計算します。						
責任開始日	新契約の申込書受領日 注)「責任開始期に関する特約」を付加していない場合は第1回保険料充当金の領収日 (クレジットカード払の場合 はオーバーリゼーション承認日)						
<p><3>新契約の被保険者は旧契約の消滅時点で被保険者 (配偶者・子) の資格を有する必要があります。 配偶者: 主たる被保険者と同一戸籍にその配偶者として記載されていること 子: 満22歳未満より継続して主たる被保険者と同一戸籍にその子として記載されていること、かつ旧契約の消滅時点で 満22歳未満であること、または満22歳以上である場合は満22歳に達した直後の旧契約の年単位の契約応当日の前 日までであること</p>							
<p><4>その他の新契約の取扱い等については別途会社の定めるところによります。</p>							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <p>新契約の 保険契約者 <自署></p> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px; text-align: center;"> <p>法人契約者印 契約申込書と同一印</p> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"> <p>親権者 または 後見人 <自署></p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>新契約の 被保険者 <自署></p> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> <p>※保険契約者と同一人の場合は、自署不要です。</p> </td> </tr> </table>		<p>新契約の 保険契約者 <自署></p>	<p>法人契約者印 契約申込書と同一印</p>	<p>親権者 または 後見人 <自署></p>	<p>新契約の 被保険者 <自署></p>	<p>※保険契約者と同一人の場合は、自署不要です。</p>	
<p>新契約の 保険契約者 <自署></p>	<p>法人契約者印 契約申込書と同一印</p>	<p>親権者 または 後見人 <自署></p>					
<p>新契約の 被保険者 <自署></p>	<p>※保険契約者と同一人の場合は、自署不要です。</p>						
記 取 入 扱 欄 者	<p>【帳票使用基準】 主たる被保険者の死亡にともなう 配偶者・子の新契約の場合に使用 します。</p>	申込番号	営業店受付日	本社担当者			
		新契約部 23.04 (891967)					

①新契約申込に必要な書類

【「主たる被保険者の死亡にともなう新契約の取扱いに関する確認書兼告知書(がん保険専用)】記入例】(ワープロ帳票891966)

1476002																			
保険会社提出用																			
<p>S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛</p> <p>主たる被保険者の死亡にともなう新契約の取扱いに関する確認書兼告知書 (がん保険専用)</p> <p>旧日本興亜生命で加入したがん保険の主たる被保険者の死亡に際し、普通保険約款の規定に基づいて、貴社の他の個人保険契約へ加入※するにあたって、以下の事項の説明を受け、その内容を確認のうえ了承しました。</p> <p>※ 他の個人保険契約への加入とは、普通保険約款に定める配偶者または子を主たる被保険者とする「本人型」契約への加入を指します。</p>																			
すべてのお客さまにご確認いただきたい事項																			
<p><1> 本制度の対象となる保険種類は以下のとおりです。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">旧契約</td> <td style="width: 70%;">新契約</td> </tr> <tr> <td>旧日本興亜生命(旧まごころ生命、旧パートナーライフ)で販売されたがん保険 ※日額増減型がん保険は対象外です。</td> <td>終身がん保険 (C3) (がん診断給付型)</td> </tr> </table>					旧契約	新契約	旧日本興亜生命(旧まごころ生命、旧パートナーライフ)で販売されたがん保険 ※日額増減型がん保険は対象外です。	終身がん保険 (C3) (がん診断給付型)											
旧契約	新契約																		
旧日本興亜生命(旧まごころ生命、旧パートナーライフ)で販売されたがん保険 ※日額増減型がん保険は対象外です。	終身がん保険 (C3) (がん診断給付型)																		
<p><2> 保険期間・払込期間・保険料等を含む保障内容は、原則、新契約の生命保険契約申込書記載の内容となります。</p> <p>ただし以下の点にご留意ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">告知</td> <td>必要ありません。 ただし、被保険者の年齢が20歳以上の場合で新契約を非喫煙者保険料率でのご加入を希望される場合、下記の告知書への告知が必要となります。</td> </tr> <tr> <td>保険料</td> <td>新契約の被保険者年齢で計算します。</td> </tr> <tr> <td>責任開始日</td> <td>旧契約の責任開始日 注) 新契約の保険証券上の記載に関わらず、新契約が成立した場合、旧契約の消滅(主たる被保険者の死亡)以降から新契約の保障対象となります。</td> </tr> </table>					告知	必要ありません。 ただし、被保険者の年齢が20歳以上の場合で新契約を非喫煙者保険料率でのご加入を希望される場合、下記の告知書への告知が必要となります。	保険料	新契約の被保険者年齢で計算します。	責任開始日	旧契約の責任開始日 注) 新契約の保険証券上の記載に関わらず、新契約が成立した場合、旧契約の消滅(主たる被保険者の死亡)以降から新契約の保障対象となります。									
告知	必要ありません。 ただし、被保険者の年齢が20歳以上の場合で新契約を非喫煙者保険料率でのご加入を希望される場合、下記の告知書への告知が必要となります。																		
保険料	新契約の被保険者年齢で計算します。																		
責任開始日	旧契約の責任開始日 注) 新契約の保険証券上の記載に関わらず、新契約が成立した場合、旧契約の消滅(主たる被保険者の死亡)以降から新契約の保障対象となります。																		
<p><3> 新契約の被保険者は旧契約の消滅時点で被保険者(配偶者・子)の資格を有する必要があります。</p> <p>配偶者: 主たる被保険者と同一戸籍にその配偶者として記載されていること 子: 満22歳未満より継続して主たる被保険者と同一戸籍にその子として記載されていること、かつ旧契約の消滅時点で満22歳未満であること、または満22歳以上である場合は満22歳に達した直後の旧契約の年単位の契約応当日の前日までであること</p>																			
<p><4> その他の新契約の取扱条件等については別途会社の定めるところによります。</p>																			
告知書																			
<p>申込書記載の個人情報の取扱(第三者に提供することを含みます)について内容を確認し、同意します。</p> <p>貴社が保険契約者(申込者)に対して、被保険者の告知内容、審査結果を知らせること、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。</p> <p>告知は被保険者本人が行い、事実に相違ありません。</p>																			
必ず被保険者ご本人が、ありのままを正確に、もれなくご記入ください																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><1> 告知日</td> <td style="width: 70%;">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">過去1年以内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがあります。 ※喫煙・タバコ商品は紙巻きタバコ、パイプ、嗜みタバコ、ニコチンガム、ニコチンパッチ、電子タバコ、加熱式タバコ等を含みます。</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい </td> </tr> </table>					<1> 告知日	令和 年 月 日	過去1年以内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがあります。 ※喫煙・タバコ商品は紙巻きタバコ、パイプ、嗜みタバコ、ニコチンガム、ニコチンパッチ、電子タバコ、加熱式タバコ等を含みます。		<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい										
<1> 告知日	令和 年 月 日																		
過去1年以内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがあります。 ※喫煙・タバコ商品は紙巻きタバコ、パイプ、嗜みタバコ、ニコチンガム、ニコチンパッチ、電子タバコ、加熱式タバコ等を含みます。																			
<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい																			
<p>(注) 非喫煙者保険料率でのご加入希望されるお客様のみ告知をお願いいたします。告知がない場合、申込内容にかかわらず喫煙者保険料率(20歳未満は標準保険料率)となりますのでご了承ください。</p>																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;">新契約の 保険契約者 <自署></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">法人契約者印 契約申込書と同一印</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">親権者 または 後見人 <自署></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">※保険契約者と同一の場合は、自署不要です。</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">新契約の 被保険者 <自署></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">親権者 または 後見人 <自署></td> <td></td> </tr> </table>					新契約の 保険契約者 <自署>		法人契約者印 契約申込書と同一印	親権者 または 後見人 <自署>		※保険契約者と同一の場合は、自署不要です。					新契約の 被保険者 <自署>			親権者 または 後見人 <自署>	
新契約の 保険契約者 <自署>		法人契約者印 契約申込書と同一印	親権者 または 後見人 <自署>																
※保険契約者と同一の場合は、自署不要です。																			
新契約の 被保険者 <自署>			親権者 または 後見人 <自署>																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; vertical-align: top;">記取 入扱 欄者</td> <td colspan="2" style="width: 40%; vertical-align: top;">【帳票使用基準】 主たる被保険者の死亡にともなう 配偶者・子の新契約の場合に使用 します。</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">申込番号</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">営業店受付日</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">本社担当者</td> </tr> </table>					記取 入扱 欄者	【帳票使用基準】 主たる被保険者の死亡にともなう 配偶者・子の新契約の場合に使用 します。		申込番号	営業店受付日					本社担当者					
記取 入扱 欄者	【帳票使用基準】 主たる被保険者の死亡にともなう 配偶者・子の新契約の場合に使用 します。		申込番号	営業店受付日															
				本社担当者															
新契約部 23.04 (891966)																			

①新契約申込に必要な書類

〔「高齢者募集状況報告書」記入例〕(ワープロ帳票890487)

1423204	
S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛	
高齢者募集状況報告書	
下記の契約について、契約者が70歳以上に該当するため、個別の対応を行いましたので報告いたします。	
保険契約者名	向日葵 太陽 様
該当する対応（【対応①～③】いずれか一つ）にレ点を入れて、内容を記載してください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 【対応①】親族の同席 親族を同席のうえ、商品内容・重要事項の説明および意向確認を実施し、契約手続きをいたしました。	
同席者氏名	向日葵 一郎
契約者からみた同席者の続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
募集日	令和△△年△△月△△日
実施場所 契約者宅・代理店事務所・その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 【対応②】複数回の募集（2回以上必須） 商品内容および重要事項の説明を行った後、期間をあけて、再度募集を行ったうえで、意向確認を実施し、契約手続きをいたしました。	
募集日①	令和 年 月 日 実施場所 契約者宅・代理店事務所・その他（ ）
募集日②	令和 年 月 日 実施場所 契約者宅・代理店事務所・その他（ ）
募集日③	令和 年 月 日 実施場所 契約者宅・代理店事務所・その他（ ）
募集日④	令和 年 月 日 実施場所 契約者宅・代理店事務所・その他（ ）
募集日⑤	令和 年 月 日 実施場所 契約者宅・代理店事務所・その他（ ）
<input type="checkbox"/> 【対応③】複数人での募集（2人以上必須） 複数の募集人により、商品内容・重要事項の説明および意向確認を実施し、契約手続きをいたしました。	
募集人①	
募集人②	
募集人③	
令和△△年△△月△△日	
募集人名＜自署＞ 鈴木 一郎	
※「取扱者の報告書」記載の募集人が自署をしてください	
申込番号	
会社使用欄	
申込番号	営業店 本社
	受付 担当者
新契約 20.04 (890487)	

①新契約申込に必要な書類

【高齢者募集状況報告書(変額保険専用)】(印刷物番号891898)

1423402																													
S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛																													
高齢者募集状況報告書【変額保険用】																													
下記の契約について、契約者が70歳以上に該当するため、個別の対応を行いましたので報告いたします。																													
保険契約者名	向日葵 太陽 様																												
【対応①】～【対応③】のうち、該当箇所にレ点を入れて内容を記載してください。																													
【注意】対応① 対応②は記入必須項目です（対応①が困難な場合に限り、対応③をご記入ください）																													
<p><input checked="" type="checkbox"/> 【対応①】親族の同席 親族を同席のうえ、商品内容・重要事項の説明および意向確認を実施し、契約手続きをいたしました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">募集日</td> <td style="width: 35%; padding: 2px;">令和△△年△△月△△日</td> <td style="width: 15%; padding: 2px;">実施場所</td> <td style="width: 45%; padding: 2px;">(契約者宅)・代理店事務所・その他 ()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">同席者</td> <td style="padding: 2px;">(被保険者)</td> <td style="padding: 2px;">(被保険者以外)</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> <p>同席者が被保険者以外の場合、以下を記入ください</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">同席者氏名</td> <td style="width: 85%; padding: 2px; text-align: center;">向日葵 一郎</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">募集日時点の同席者のご年齢</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">(40 歳) ※同席者は70歳未満の方にお願いします</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">契約者からみた同席者の続柄</td> <td style="padding: 2px;">□子 □配偶者 □その他 ()</td> </tr> </table>		募集日	令和△△年△△月△△日	実施場所	(契約者宅)・代理店事務所・その他 ()	同席者	(被保険者)	(被保険者以外)		同席者氏名	向日葵 一郎	募集日時点の同席者のご年齢	(40 歳) ※同席者は70歳未満の方にお願いします	契約者からみた同席者の続柄	□子 □配偶者 □その他 ()														
募集日	令和△△年△△月△△日	実施場所	(契約者宅)・代理店事務所・その他 ()																										
同席者	(被保険者)	(被保険者以外)																											
同席者氏名	向日葵 一郎																												
募集日時点の同席者のご年齢	(40 歳) ※同席者は70歳未満の方にお願いします																												
契約者からみた同席者の続柄	□子 □配偶者 □その他 ()																												
<p><input checked="" type="checkbox"/> 【対応②】複数回の募集 商品内容および重要事項の説明を行った後、期間をあけて、再度募集を行ったうえで意向確認を実施し、契約手続きをいたしました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">募集日①</td> <td style="width: 35%; padding: 2px;">令和△△年△△月△△日</td> <td style="width: 15%; padding: 2px;">実施場所</td> <td style="width: 45%; padding: 2px;">(契約者宅)・代理店事務所・その他 ()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">募集日②</td> <td style="padding: 2px;">令和△△年△△月△△日</td> <td style="padding: 2px;">実施場所</td> <td style="padding: 2px;">(契約者宅)・代理店事務所・その他 ()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">募集日③</td> <td style="padding: 2px;">令和 年 月 日</td> <td style="padding: 2px;">実施場所</td> <td style="padding: 2px;">契約者宅・代理店事務所・その他 ()</td> </tr> </table> <p>「対応①親族の同席」が困難な場合、「対応③親族への説明（訪問・電話等）」を選択のうえ、お手続きください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">□ 【対応③】親族への説明 (訪問・電話等)</td> <td style="width: 85%; padding: 2px;">親族へ説明のうえ、商品内容・重要事項の説明および意向確認を実施し、契約手続きをいたしました。</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">説明日</td> <td style="padding: 2px;">令和 年 月 日</td> <td style="padding: 2px;">説明方法</td> <td style="padding: 2px;">訪問・電話・その他 ()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">説明した親族</td> <td style="padding: 2px;">(被保険者)</td> <td style="padding: 2px;">(被保険者以外)</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> <p>説明した親族が被保険者以外の場合、以下を記入ください</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">説明した親族の氏名</td> <td style="width: 85%; padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">説明時点の親族のご年齢</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">(歳) ※ご説明いただく親族は70歳未満の方にお願いします</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">契約者からみた親族の続柄</td> <td style="padding: 2px;">□子 □配偶者 □その他 ()</td> </tr> </table>		募集日①	令和△△年△△月△△日	実施場所	(契約者宅)・代理店事務所・その他 ()	募集日②	令和△△年△△月△△日	実施場所	(契約者宅)・代理店事務所・その他 ()	募集日③	令和 年 月 日	実施場所	契約者宅・代理店事務所・その他 ()	□ 【対応③】親族への説明 (訪問・電話等)	親族へ説明のうえ、商品内容・重要事項の説明および意向確認を実施し、契約手続きをいたしました。	説明日	令和 年 月 日	説明方法	訪問・電話・その他 ()	説明した親族	(被保険者)	(被保険者以外)		説明した親族の氏名		説明時点の親族のご年齢	(歳) ※ご説明いただく親族は70歳未満の方にお願いします	契約者からみた親族の続柄	□子 □配偶者 □その他 ()
募集日①	令和△△年△△月△△日	実施場所	(契約者宅)・代理店事務所・その他 ()																										
募集日②	令和△△年△△月△△日	実施場所	(契約者宅)・代理店事務所・その他 ()																										
募集日③	令和 年 月 日	実施場所	契約者宅・代理店事務所・その他 ()																										
□ 【対応③】親族への説明 (訪問・電話等)	親族へ説明のうえ、商品内容・重要事項の説明および意向確認を実施し、契約手続きをいたしました。																												
説明日	令和 年 月 日	説明方法	訪問・電話・その他 ()																										
説明した親族	(被保険者)	(被保険者以外)																											
説明した親族の氏名																													
説明時点の親族のご年齢	(歳) ※ご説明いただく親族は70歳未満の方にお願いします																												
契約者からみた親族の続柄	□子 □配偶者 □その他 ()																												
<p style="text-align: center;">令和△△年△△月△△日</p> <p style="text-align: center;">募集人名<自署> <u>鈴木 一郎</u></p> <p>※「取扱者の報告書」記載の募集人が自署をしてください</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">申込番号</td> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;">会社使用欄</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">123-A4567890</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">営業店 受付</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">本社 担当者</td> </tr> </table>		申込番号	会社使用欄	123-A4567890	営業店 受付		本社 担当者																						
申込番号	会社使用欄																												
123-A4567890	営業店 受付																												
	本社 担当者																												
新契約23.03(891898)																													

①新契約申込に必要な書類

〔「ご家族連絡先登録用紙」記入例〕(代理店システム出力帳票または印刷物番号891123)

ご家族連絡先登録用紙 払込期間中無解約返戻金限定告知骨折治療保険専用 (新契約専用)		1427707
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 「ご家族連絡先登録制度規約」を確認のうえ、下記の者を「登録家族」として登録することを、被保険者、登録家族本人とともに同意します。		
1. ご署名欄		
記入日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	申込番号
		1 2 3 — A 4 5 6 7 8 9 0
保険契約者	<自署> 向日葵 太郎 様	親権者 または 後見人
		<自署> 様
2. ご家族の連絡先(1人目) 必ずご記入ください。		
フリガナ	ヒマワリ ハナコ	性別
氏名	向日葵 花子 様	① 男性 ② 女性
生年月日	① 昭和 ③ 令和 ② 平成 △△ 年 △△ 月 △△ 日	保険契約者 から見た続柄
		① 配偶者 ② 子 ③ 孫 ④ 兄弟・姉妹 ⑤ 哥・姪 ⑥ その他
住所	① 保険契約者住所に同じ ② 以下のとおり ▼ 〒 —	
電話番号1*	080 — △△△△ — △△△△	電話番号2 (任意)
	03 — △△△△ — △△△△	
※携帯電話をお持ちの方は、携帯電話番号をご記入ください。		
3. ご家族の連絡先(2人目) 2名ご登録する場合は、ご記入ください。		
フリガナ	ヒマワリ ハナコ	性別
氏名	向日葵 花子 様	① 男性 ② 女性
生年月日	① 昭和 ③ 令和 ② 平成 年 月 日	保険契約者 から見た続柄
		① 配偶者 ② 子 ③ 孫 ④ 兄弟・姉妹 ⑤ 哥・姪 ⑥ その他
住所	① 1人目住所に同じ ② 保険契約者住所に同じ ③ 以下のとおり ▼ 〒 —	
電話番号1*	— — —	電話番号2 (任意)
	— — —	
※携帯電話をお持ちの方は、携帯電話番号をご記入ください。		
ご契約者様は、控えとして本紙コピーを必ずお受け取りください		営業店受付日 会社使用欄 本社担当者
891123-0201(891214) (23.03)		

①新契約申込に必要な書類

〔「承諾保留依頼書」記入例〕(ワープロ帳票890499)

1577303								
保険会社提出用								
S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛								
承諾保留依頼書								
<p>今般申込みをする生命保険契約について、以下の確認事項を了承のうえ、貴社の承諾を保留いただくことを依頼します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">確認事項</td> </tr> <tr> <td style="padding: 10px;"> <p>①契約の引受条件の連絡を受けた後、申込書の有効期限（申込日から保険契約の成立まで60日間）までに引受条件の承諾もしくは申込みの取消の意思を取扱者に連絡すること。</p> <p>②期限までに連絡をしない場合は申込みが無効となること。</p> </td> </tr> </table>		確認事項	<p>①契約の引受条件の連絡を受けた後、申込書の有効期限（申込日から保険契約の成立まで60日間）までに引受条件の承諾もしくは申込みの取消の意思を取扱者に連絡すること。</p> <p>②期限までに連絡をしない場合は申込みが無効となること。</p>					
確認事項								
<p>①契約の引受条件の連絡を受けた後、申込書の有効期限（申込日から保険契約の成立まで60日間）までに引受条件の承諾もしくは申込みの取消の意思を取扱者に連絡すること。</p> <p>②期限までに連絡をしない場合は申込みが無効となること。</p>								
<p>（注）当帳票は「責任開始期に関する特約」が付加された申込み、または終身がん保険（C2）（がん治療給付型）・終身がん保険（C3）（がん診断給付型）の場合のみ使用できます。 上記以外の申込みの場合、当帳票は無効となります。</p>								
依頼日	令和△△年△△月△△日	申込番号 ※複数記入可	123-A4567890					
保険契約者	<自署> 向日葵 太郎 様	法人契約者印	親 権 者 ま た は 後 見 人	<自署> 様				
被保険者※	<自署>	親 権 者 ま た は 後 見 人	<自署> 様					
<p>* 保険契約者と同一人の場合は、自署不要です。</p>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">営業店受付日</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">本社担当者</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>					営業店受付日	本社担当者		
営業店受付日	本社担当者							
<p>新契約部 25.04 (890499)</p>								

①新契約申込に必要な書類

【「本人確認書【個人用】」記入例】(代理店システム出力帳票またはワープロ帳票890112)

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛		0111201
本人確認書【個人用】		
記入日: 令和 △△年 △△月 △△日		
「犯罪による収益の移転防止に関する法律」(犯罪収益移転防止法)にもとづき、次のとおり本人確認を行いました。		
確 認 対 象 者	【新契約・保全】 <input checked="" type="checkbox"/> 契約者 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 後見人	確認者 (自署) 鈴木 一郎
	【保全のみ】 <input type="checkbox"/> 受取人 <input type="checkbox"/> その他()	
確認日時	令和 △△年 △△月 △△日 <small>(午前)</small> <small>(午後)</small> 1 時 10 分	
該当する箇所にチェック(レ点)およびご記入ください。		
対象種目	<input type="checkbox"/> 個人年金保険 <input checked="" type="checkbox"/> 養老保険 <input type="checkbox"/> 養老保険特約 <input type="checkbox"/> 変額保険(有期型) <input type="checkbox"/> 一時払終身保険 <input type="checkbox"/> 連生収入保障保険 <input type="checkbox"/> 一時払無選択型終身保険 <input type="checkbox"/> 一時払変額保険(終身型) <input type="checkbox"/> 200万円超の現金または持参人払式小切手による取引 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:))	申込番号/証券番号 123-A4567890
取引目的	<input checked="" type="checkbox"/> 意向確認書とのおり <input type="checkbox"/> 保険契約内容の変更 <input type="checkbox"/> 保険契約者の変更 <input type="checkbox"/> 契約者貸付 <input type="checkbox"/> 年金・満期保険金または解約返戻金等の支払い <input type="checkbox"/> 200万円超の現金または持参人払式小切手による保険料等入金または貸付返済 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:))	
① 外国P E P sの確認(親権者・後見人の場合は不要)		
② 外国P E P s 該当する場合にチェック(レ点)してください。 ➡ <input type="checkbox"/> 該当します。 ※別紙の提出必要		
② 本人確認済みの当社既契約有無の確認(ただし、平成28年10月1日以降に本人確認した既契約に限ります。) ※①に該当もしくは過去の本人確認で外国P E P sに該当していた方は「無」を選択し、下記③をご記入ください。		
本人確認済の既契約	<input checked="" type="radio"/> 無 (下記③へ) <input type="radio"/> 有 本顧客は別契約で本人確認をしており、③の 内容に変更がないことを確認しました。	証券番号
③ 本人特定事項 ※公的証明書の原本の提示を受け、確認のうえご記入ください。		
氏名・住所 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 申込書・保全請求書等と同一 (氏名) <input type="checkbox"/> 申込書・保全請求書等と異なる (住所) <small>右記のとおり</small> <small>下記「本人確認書類の氏名・住所が現在の氏名・住所と異なる場合」欄も記入してください。</small>	(生年月日) (T) (S) (H) (R) 年 月 日
本人確認書類 の氏名・住所が 現在の氏名・住 所と異なる場合	<small>氏名が異なる場合</small> <small>申込書・保全請求書等記載の氏名および異なる理由</small> <small>現在の住所を確認 した書類(発行後 6ヶ月以内)</small> <small>□納税証明書 □公共料金の領収証書(□電気・□ガス・□水道・□固定電話) □社会保険料の領収証書(□国民健康保険/□介護保険) □その他(具体的に:)</small> <small>発行者</small> <small>発行年月日</small>	
職業	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員/団体職員 <input type="checkbox"/> 会社役員/団体役員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 個人事業主/自営業 <input type="checkbox"/> 主婦/主夫 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート/アルバイト/派遣社員/契約社員 <input type="checkbox"/> 退職された方/無職の方 <input type="checkbox"/> その他()	
本人確認書類	<small>確認書類番号 (下記または 別紙1参照)</small> 0 1 <small>詳細情報</small> <small>発行者・保険者/詳細情報 ※「11」「12」の場合、書類名も記載 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3</small> <small>発行者・保険者/詳細情報 ※「11」「12」の場合、書類名も記載</small>	
<small>1点で本人確認可能な本人確認書類 01:運転免許証 02:運転経歴証明書 03:パスポート 04:マイナンバーカード 05~09:公的機関が発行した写真付証明書</small> <small>※上記書類の「詳細情報」、および上記以外の2点で本人確認が必要な本人確認書類は別紙1参照のうえ、ご記入ください。</small>		
親権者・後見人で あることの関係確認 ※親権者・後見人の 場合のみ	親権者 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 本人確認書類で同一の姓・住所であることの確認 <input type="checkbox"/> 確認対象者の自宅訪問	後見人 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 本人確認書類で同一の姓・住所であることの確認
代理店使用欄	営業店受付日	本社担当者
保険会社使用欄A	<small>確 認 日 令和 年 月 日</small> <small>申込番号・証券番号</small> <small>保 険 契 約 者 名</small> <small>当契約は、下記取引に該当するため本人確認対象でないことを確認しました。</small> <small>該当する取引にチェック(レ点)をしてください。</small> <small>□保険契約者・団体からの会社口座への振込 □線引小切手の受領 □□座振替にて初回保険料を領収(責任開始期に 関する特約付加契約)</small>	
保険会社使用欄B	<small>お客様から本人特定事項等の変更の申し出</small>	
890112 (25.11)		

①新契約申込に必要な書類

【本人確認書【法人用】記入例】(代理店システム出力帳票またはワープロ帳票890113)

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛		0113304																			
本人確認書【法人用】																					
「犯罪による収益の移転防止に関する法律」(犯罪収益移転防止法)にもとづき、次のとおり本人確認を行いました。																					
確認日時	令和△△年△△月△△日	(午前) (午後)	1 時 10 分																		
	法人 取引担当者	につき令和 年 月 日	(午前) (午後)	時 分																	
確認者 (自署) 鈴木 一郎																					
該当する箇所にチェック(レ点)およびご記入ください。																					
対象種目	<input type="checkbox"/> 個人年金保険 <input checked="" type="checkbox"/> 養老保険 <input type="checkbox"/> 養老保険特約 <input type="checkbox"/> 変額保険(有期型) <input type="checkbox"/> 一時払終身保険 <input type="checkbox"/> 連生収入保障保険 <input type="checkbox"/> 一時払無選択型終身保険 <input type="checkbox"/> 一時払変額保険(終身型) <input type="checkbox"/> 200万円超の現金または持参人払式小切手による取引 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:) <input checked="" type="checkbox"/> 意向確認書のとおり <input type="checkbox"/> 保険契約内容の変更 <input type="checkbox"/> 保険契約者の変更 <input type="checkbox"/> 契約者貸付 <input type="checkbox"/> 年金・満期保険金または解約返戻金等の支払い <input type="checkbox"/> 200万円超の現金または持参人払式小切手による保険料等入金または貸付返済 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:) 																				
取引目的	<input checked="" type="checkbox"/> 申込番号/証券番号 123- A4567890																				
①本人確認済みの当社既契約有無の確認(ただし、平成28年10月1日以降に本人確認した既契約に限ります。) ※実質的支配者が過去、現在問わず外国P E P Sに該当する方は「無」を選択し、下記②③をご記入ください。																					
本人確認済の既契約	<input checked="" type="checkbox"/> 無 (下記②③へ) <input checked="" type="checkbox"/> 有 (び ③の内容に変更がないことを確認しました。) → 証券番号																				
②法人等(国・地方公共団体、人格のない社団・財団等を含む)および団体保険の特定事項	<input type="checkbox"/> 実在性が明らかな国・地方公共団体・特殊法人・独立行政法人・上場会社等→②は記入不要、③のみ記入 <input type="checkbox"/> 人格のない社団・財団→②の★の項目および③を記入 <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の法人→②および③すべて記入																				
名称・本店等の所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 申込書・保全請求書等と同一 (所在地) <input type="checkbox"/> 申込書・保全請求書等と異なる [右記のとおり] 下記「本人確認書類と現在所在地が異なる場合の確認書類」欄も記入してください。																				
本人確認書類と現在所在地が異なる場合の確認書類(発行後6ヶ月以内)																					
発行者	発行年月日																				
本人確認書類番号 (下記または別紙1参照)	2 1	詳細情報	発行者/発行年月日等 ※「24」「25」の場合、書類名も記載 東京法務局●●出張所/令和△△年△△月△△日																		
2.1: 登記簿謄本(抄本) 2.2: 登記事項証明書 2.3: 印鑑登録証明書 2.4: 許認可もしくは承認にかかる書類(当該法人の名称・所在地の記載のあるもの) 2.5: 官庁から発行または発給された書類(当該法人の名称・所在地の記載のあるもの)																					
事業内容★	<input type="checkbox"/> 農業/林業/漁業 <input checked="" type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業 <input type="checkbox"/> 卸売/小売業 <input type="checkbox"/> 金融業/保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業 <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)																				
事業内容の確認書類★	<input checked="" type="checkbox"/> 確認書類番号 (下記参照) 2 1 詳細情報 発行者/発行年月日 ※「29」の場合、記載不要 東京法務局●●出張所/令和△△年△△月△△日 2.1: 登記簿謄本(抄本) 2.2: 登記事項証明書 2.6: 事業報告書 2.7: 定款 2.8: 有価証券報告書 2.9: 申告(人格のない社団・財団のみ)																				
実質的支配者	別紙「特定取引に関する届出書」のとおり ただし、C R S 対象外保険種類で200万円超の現金または持参人払式小切手による保険料等入金または貸付返済の場合は、申告により確認のうえ下記に記入してください。 <table border="1"> <tr> <td>氏名・名称</td> <td>住所・所在地</td> <td>生年月日</td> <td>法人との関係 (別紙2のA~Hを記入)</td> <td>代理人との関係性 (別紙2のA~Hを記入)</td> <td>外国P E P S 該当する場合にチェック</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>※別紙の提出必要</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>※別紙の提出必要</td> </tr> </table>			氏名・名称	住所・所在地	生年月日	法人との関係 (別紙2のA~Hを記入)	代理人との関係性 (別紙2のA~Hを記入)	外国P E P S 該当する場合にチェック	1					<input type="checkbox"/> ※別紙の提出必要	2					<input type="checkbox"/> ※別紙の提出必要
氏名・名称	住所・所在地	生年月日	法人との関係 (別紙2のA~Hを記入)	代理人との関係性 (別紙2のA~Hを記入)	外国P E P S 該当する場合にチェック																
1					<input type="checkbox"/> ※別紙の提出必要																
2					<input type="checkbox"/> ※別紙の提出必要																
③取引担当者の本人特定事項 ※公的証明書の原本の提示を受け、確認のうえご記入ください。																					
氏名、生年月日、法人・団体との関係	氏名 山田 太郎	生年月日	(例: 総務部 人事課長等) 法人・団体との関係 総務部 総務課長																		
住所	東京 (都道府県)	市 区 郡	△丁目-△-△																		
本人確認書類番号 (下記または別紙1参照)	0 1	詳細情報	発行者・保険者/詳細情報 ※「11」「12」の場合、書類名も記載 1111 223 4444																		
1点で本人確認可能な本人確認書類 0.1: 運転免許証 0.2: 運転経歴証明書 0.3: パスポート 0.4:マイナンバーカード 0.5~0.9: 公的機関が発行した写真付証明書 ※上記書類の「詳細情報」、および上記以外の2点で本人確認が必要な本人確認書類は別紙1参照のうえ、ご記入ください。																					
取引担当者と認めた確認方法	<input type="checkbox"/> 代表権のある方 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:) <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外の方 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)																				
本人確認書類の氏名・住所が現在の氏名・住所と異なる場合	氏名が異なる場合 現在の氏名および異なる理由 <input type="checkbox"/> 納税証明書 <input type="checkbox"/> 公共料金の領収証書(電気・ガス・水道・固定電話) <input type="checkbox"/> 社会保険料の領収証書(国民健康保険・介護保険) <input type="checkbox"/> その他(具体的に:) 発行者 発行年月日																				
代理店使用欄	営業店受付日	本社担当者	確認日 令和 年 月 日 申込番号・証券番号 保険契約者名																		
保険会社使用欄A	確認印 当契約は、下記取引に該当するため本人確認対象でないことを確認しました。 該当する取引にチェック(レ点)をしてください。 <input type="checkbox"/> 保険契約者・団体からの会社口座への振込 <input type="checkbox"/> 総引小切手の受領 <input type="checkbox"/> 口座振替にて初回保険料を領収(責任開始期に関する特約付加契約)																				
保険会社使用欄B	お客様から本人特定事項等の変更の申し出 <input type="checkbox"/>																				
890113 (25.11)																					

①新契約申込に必要な書類

【委任状】(ワープロ帳票891881)

1485509

委任状

S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛

令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日

当社（契約者）は、当社が下記の申込番号により特定される貴社の生命保険への申し込みにあたり、下記の者（代理人）に対し、本委任状により、当該保険契約のペーパレスシステム申込手続きに関連する一切の権限を委任いたします。

契約者 (委任者)	<p>【法人所在地】 東京都●●区▲▲ △丁目×-×</p> <p>【法人名】 株式会社ひまわり工業</p> <p>【代表者役職・氏名】</p> <p>代表取締役 向日葵 太郎</p>	
代理人 (受任者)	<p>【住所】 東京都●●区◆◆ △丁目×-×</p> <p>【氏名】 佐藤 一郎</p> <p>【契約者との続柄】 役員 · 従業員（事務担当者）</p>	
申込番号 ※複数契約のお手続きをされる場合はすべての申込番号を記載ください。	123-A4567890	

新契約部 23.06
(891881)

①新契約申込に必要な書類

【特定取引に関する届出書【新契約用】記入例】(ワープロ帳票890917)

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛		1426304
特定取引に関する届出書【新契約用】		
[租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律]第10条の5の規定に基づき、以下のとおり届出します。		
届出日	令和 △△年 △△月 △△日	
氏名・法人名	【自署】 株式会社ひまわり工業 代表取締役 向日葵 太郎	法人印 
住所・所在地	東京都●●区▲▲ △丁目×-×	
1 税法上の居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。(居住地国が「日本国」の場合記入不要)		
居住地国名※1		外国納税者番号※2
住所・所在地と居住地国が異なる理由※3		
2 法人のお客様の場合、以下ご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 右記の法人に該当します。 <input checked="" type="checkbox"/> 右記の法人に該当しません。		A. 株式が日本国内外の金融商品取引所に上場している法人 B. 日本国内外の国・地方公共団体・中央銀行、国際機関 C. 上記B. により資本金等の二分の一以上を出資されている法人 D. 人格のない社団・財団 E. 独立行政法人
↓ 「右記の法人に該当しません。」にチェックされた場合、法人の実質的支配者についてご記入ください。		
実質的支配者1		実質的支配者2
氏名・名称	向日葵 太郎	
生年月日	(大正・昭和・平成・令和) △△年△△月△△日	
住所・所在地	東京都●●区 ■■ △丁目×-×	
法人との関係性※4	D	
外国P E P s	<input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要 税法上の居住地国が日本国以外の場合 チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 居住地国は日本国以外	
居住地国	居住地国 税法上の居住地国が日本国以外の場合 チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 居住地国は日本国以外	
住所・所在地と居住地国が異なる理由※3	住所・所在地と居住地国が異なる理由※3	
上記居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。		
居住地国名※1	居住地国名※1	
外国納税者番号※2	外国納税者番号※2	
契約者の法人番号	契約者の法人番号	
3 特定組合に該当する場合、以下ご記入ください。		
取引担当者名		取引担当者住所
※1: 居住地国を有しない場合、その旨をご記入ください。 ※2: 法令により納税者番号の提供が禁止されている場合、「法令により提供禁止」とご記入ください。 ※3: 住所・所在地と居住地国が異なる場合、その事情の詳細をご記入ください。 ※4: 法人と実質的支配者の関係性は別紙2記載の「A~H」のいずれかに該当する番号をご記入ください。		
代理店使用欄		申込番号
		123-A4567890
	営業店受付日	本社担当者
890917 (20.10)		

①新契約申込に必要な書類

【事前】申込料率変更承諾書(健康体料率特約用)記入例】(ワープロ帳票803357)

1575606													
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right; margin-right: 10px;">ご契約者様は、控えとして本紙コピーを必ずお受け取りください</div>													
【事前】申込料率変更承諾書(健康体料率特約用)													
<p>貴社で決定した保険料率が、以下の保険料率のうちいずれの場合でも契約を成立させることを承諾します。</p> <p>(注)健康状態等の総合的判断により本契約自体をお引受できない場合を除きます。</p> <p>【適用となる可能性のある料率】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非喫煙者健康体保険料率 ・非喫煙者標準体保険料率 ・喫煙者健康体保険料率 ・標準体保険料率(健康体料率特約を付加しない料率となります。) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">承 諾 曰</td> <td>令和 △△ 年 △△ 月 △△ 曰</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>保 险 契 約 者</td> <td><自署> 向日葵 太郎 様</td> <td>法人契約者印 契約申込書と同一印</td> </tr> <tr> <td>保 险 契 約 者 の 親 権 者・後見 人</td> <td><自署></td> <td>様</td> </tr> <tr> <td>被 保 险 者</td> <td><自署></td> <td>様</td> </tr> </table> <p>保険契約者と同一の場合、自署不要です。</p>		承 諾 曰	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 曰		保 险 契 約 者	<自署> 向日葵 太郎 様	法人契約者印 契約申込書と同一印	保 险 契 約 者 の 親 権 者・後見 人	<自署>	様	被 保 险 者	<自署>	様
承 諾 曰	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 曰												
保 险 契 約 者	<自署> 向日葵 太郎 様	法人契約者印 契約申込書と同一印											
保 险 契 約 者 の 親 権 者・後見 人	<自署>	様											
被 保 险 者	<自署>	様											
<p><ご注意></p> <p>■保険料率ごとの保険料は、当社募集人の提示する設計書等で十分にご確認ください。</p> <p>■本書にご承諾いただいた場合、当社の決定した保険料率で契約は成立します。</p> <p>ただし、以下の場合は別途、所定の用紙にご署名をいただきます。法人契約の場合、押印も必要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者様の健康状態等により特別条件付保険特約条項を適用する場合 ・当社規定により、保険金額等のお申込内容をご変更いただく場合 <p>■事前に第1回保険料充当金をお払込みいただいている場合は、お引受内容を確定後、過不足金の調整をさせていただきます。</p> <p>※責任開始期に関する特約が付加されている場合は、成立後に確定後の保険料で引き落としをさせていただくことがあります。</p>													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%; vertical-align: top;">会社 使 用 欄</td> <td style="width: 40%;">申込番号</td> <td style="width: 30%;">営業店受付日</td> <td style="width: 20%;">本社担当者</td> </tr> <tr> <td></td> <td>803357-0600 (19.10)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> 査定結果判明前に使用する承諾書です。 </div>		会社 使 用 欄	申込番号	営業店受付日	本社担当者		803357-0600 (19.10)						
会社 使 用 欄	申込番号	営業店受付日	本社担当者										
	803357-0600 (19.10)												

①新契約申込に必要な書類

【【事前】健康ステージを適用する場合の特則に関する事前承諾書】(印刷物番号891895)

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

1585001

ご契約者様は、控えとして本紙コピーを必ずお受け取りください

【事前】健康ステージを適用する場合の特則に関する事前承諾書

貴社で決定した健康ステージが、以下のいずれの場合でも契約を成立させることを承諾します。

(注) 健康状態等の総合的判断により本契約自体をお引受けできない場合を除きます。

【適用の可能性がある健康ステージ】

- ・非喫煙者健康体ステージで付加する
- ・喫煙者健康体ステージで付加する
- ・非喫煙者標準体ステージで付加する
- ・付加しない（健康ステージの適用なし）

承諾日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	
保険契約者	<自署> 向日葵 太郎 様	法人契約者印
保険契約者の 親権者・後見人	<自署>	様
被保険者 保険契約者と同一の場合、 自署不要です。	<自署>	様

＜ご注意＞

- 健康ステージによって、保険料のうち特別勘定で運用される金額が変わります（保険料は同一です）。
- 事前承諾いただいた場合、当社の決定した健康ステージで契約は成立します。
- ただし、以下の場合は別途、所定の用紙に自署をいただきます。

 - ・当社規定により保険金額等のお申込内容をご変更いただく場合
 - ・被保険者さまの健康状態等により特別条件付保険特約条項を適用する場合

申込番号												
支社 コード	1	2	3	—	A	4	5	6	7	8	9	0

会社使用欄	
営業店受付日	本社担当者

査定結果判明前に使用する承諾書です。

新契約 25. 12 (891895)

①新契約申込に必要な書類

〔「申込書類代筆に関する念書」記入例〕(ワープロ帳票801754)

1397802							
申込書類代筆に関する念書							
S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛							
<p>下記被代筆者を保険契約者または被保険者とする貴社生命保険契約の申込手続きに際し、下記の理由により被代筆者による申込書類の記入・自署が困難なため、被代筆者の委任を受け、私が申込書類の代筆をいたしました。申込書類の代筆にあたっては、被代筆者に確認のうえ正しく記入したものであり、事実に相違ありません。</p> <p>※契約者または被保険者の親権者が自署不能な場合も含みます。</p> <p>※ペーパーレス申込手続き（タブレット型端末やパソコンの画面上で行っていただく申込手続き）の場合は、 「代筆⇒代理入力」「記入・自署⇒入力・電子自署」に読み替えます。</p>							
<p>私の個人情報の取扱いにつき、申込書、告知書等の裏面等に記載された「個人情報の取扱いについて」の記載内容について確認し同意します。</p> <p>令和 □□ 年 □□ 月 □□ 日</p> <p>代筆者： (自署) <u>向日葵 太郎</u> 様</p> <p>被代筆者から見た代筆者の続柄： 子・父母・配偶者・兄弟姉妹・その他成人親族（具体的に ホームヘルパー・施設職員・民生委員・ひまわり生命社員）</p>							
<p>被代筆者（該当する箇所に「レ」を記入ください）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input checked="" type="checkbox"/> 保険契約者</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">氏名</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 被保険者</td> <td style="padding: 5px;">向日葵 花子</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 親権者</td> <td style="padding: 5px;">様</td> </tr> </table> <p>代筆理由 視覚障害により自署不能のため。</p>		<input checked="" type="checkbox"/> 保険契約者	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者	向日葵 花子	<input type="checkbox"/> 親権者	様
<input checked="" type="checkbox"/> 保険契約者	氏名						
<input type="checkbox"/> 被保険者	向日葵 花子						
<input type="checkbox"/> 親権者	様						
<p>【 取扱者記入欄 】</p>							
<p>＜申込番号記入欄＞</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; padding: 5px; text-align: center;">1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0</td> </tr> </table> <p>＜取扱者自署欄＞</p> <p>被代筆者と代筆者の面前にて、被代筆者が自署困難であることを理由として、上記代筆者への代筆の委任が行われ、代筆者により記入された内容が、被代筆者へ確認のうえ正しく記入されたものであり事実と相違ない旨報告いたします。また、被代筆者が視覚障がい者の場合、私が「設計書」「契約概要」「注意喚起情報」「申込書」「告知サポート資料」等の重要事項を読み上げました。</p> <p>被代筆者および代筆者の本人確認を右記にて行い、保全および保険金等請求の取扱について、新契約時と異なることを説明いたしました。</p> <p>令和△△年△△月△△日</p> <p>募集人名 <自署> <u>鈴木 一郎</u></p>		1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0					
1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">会社 使用 欄</td> <td style="width: 40%; padding: 5px; text-align: center;">営業店受付日</td> <td style="width: 40%; padding: 5px; text-align: center;">新契約部</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>		会社 使用 欄	営業店受付日	新契約部			
会社 使用 欄	営業店受付日		新契約部				
<p>新契約 25. 04 (801754)</p>							

①新契約申込に必要な書類

【ネット口座振替登録シート(CSS用)】

SOMPOひまわり生命 ネット口座振替登録シート (CSS用) (1/2 ページ)			
保険契約者	向日葵 太郎 様		
申込番号	123-A4567890		
<p>今回ご登録いただきますと、次回以降の保険料は、収納代行会社「株式会社シーエスエス」を通じてご指定の預金口座から振り替え、自動的にSOMPOひまわり生命へ収納させていただきます。</p> <p>振替日に預金残高が不足していると、保険料のお振替が不能となり、万一の際に保険金等のお支払いができないなど、ご迷惑をおかけすることになります。</p> <p>必ず、振替日の前日までに預金残高をご確認いただきますようお願い申し上げます。</p>			
1	<p>■ご契約者さまご本人、配偶者または親子の名義の預金口座の情報がわかるもの（キャッシュカード・通帳など）をご用意ください。</p> <p>※ご利用いただける金融機関であるかは、事前に取扱者にご確認ください。</p>		
2	<p>■ご契約者さま、または口座名義人さまのスマートフォンをご用意ください。</p> <p> ご契約者さま、または口座名義人さまのスマートフォンで登録</p>		
3	<p>■今回ご登録いただく口座名義人さまの預金口座の情報を登録します。</p> <p>①以下のQRコード(R)を読み取って、登録サイトにアクセスしてください。 なお、当該QRコード(R)の有効期限は令和△△年△△月△△日までです。 また、当該QRコード(R)での口座登録は1回のみです。</p> <p> みほん</p> <p>※iOS、Androidに対応しています。 QRコード(R)読み取りアプリはご利用者さまご自身でご準備ください。 ※一部の機種ではご利用になれない場合があります。 ※通信料はご利用者さまのご負担になります。</p> <p>②登録サイトの案内にしたがって、必要事項をご契約者さま、または口座名義人さまご自身でご入力、ご登録ください。 ※金融機関によって必要事項（暗証番号・生年月日など）が異なります。</p>		
4	<p>■ネット口座振替の登録結果をご確認ください。</p> <p>○登録が完了すると、画面上に「金融機関での口座振替受付が完了しました」と表示されます。</p> <p>✗登録が完了していない場合、画面上に「金融機関でのお申込ができませんでした」または「金融機関でのお申込が中止されました」と表示されますので、再度、上記①～③の手順で登録してください。</p>		
<p>万が一、ネット口座振替の登録ができなかった場合は、取扱者にご相談ください。</p>			
<p>【保険料預金口座振替のご案内】</p>			
振替日	毎月27日です。ただし、27日が金融機関非営業日の場合は、翌営業日が振替日となります。		
通帳の表示	<p>「CSS（ソンポヒマワリ）」「シーエスエス」などと表示されます。</p> <p>ご利用の金融機関ごとに表示が異なりますので、初回振替日の前にお送りする「保険料口座振替開始のお知らせ」をご確認ください。</p>		
万一振替日に残高が不足していた場合	<p>◆ご契約が月払の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・翌月の振替日に前月振り替えできなかった保険料とあわせて2か月分を振り替えさせていただきます。 ・月払口座振替のご契約は、保険料が口座振替で収納できることを条件として、保険料を割り引いていますので、口座振替が継続できない場合には、割引保険料が適用できなくなります。その際には、別途ご案内させていただきますので、ご了承ください。 <p>◆ご契約が年払または半年払の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・翌月の振替日に前月振り替えできなかった保険料を再度振り替えさせていただきます。 （事前に「保険料口座振替のお知らせ」でご案内します。） 		
保険契約を解約した場合	<p>解約手続上の都合で、解約月の翌月または翌々月にも振り替えられることがあります。</p> <p>この場合は、後日ご指定の預金口座に、SOMPOひまわり生命から返金します。</p> <p>（保険料返金の際には、「保険料ご返金のお知らせ」でご案内します。）</p>		
保険契約が複数ある場合	<p>ご指定の預金口座から保険料を振り替える月払の保険契約が複数ある場合には、原則すべてのご契約の保険料を合算のうえ振り替えさせていただきますので、預金残高のご確認の際にはご注意ください。</p>		

①新契約申込に必要な書類



SOMPOひまわり生命 ネット口座振替登録シート (CSS用) (2/2ページ)

SOMPOひまわり生命保険株式会社との約定

保険契約者である私は、生命保険料を口座振替によって支払う場合の取扱について以下の条項を了承します。

- 私が支払うべき保険料は、SOMPOひまわり生命またはSOMPOひまわり生命が口座振替事務を委託している会社所定の振替日に、指定の預金口座から支払います。支払うべき保険料の金額は、振替日の前日までに、指定の預金口座に入金します。将来、SOMPOひまわり生命の都合により振替日を変更する場合は、私に通知してください。
- この取扱により支払った保険料について、SOMPOひまわり生命発行の領収証は必要ありません。
- 同一預金口座から2件以上の契約の保険料を振り替える場合は、合算して振り替えても差しつかえありません。
- 同一預金口座から2件以上の契約の保険料を振り替える場合は、振替の順序を指定できないことを了承します。
- 振替日において、指定の預金口座の残高が振り替えるべき保険料の金額に満たないとき、または指定の預金口座が不明のときなどの理由で振替ができなかった場合は、私に通知することなく保険料の支払いがなかったものとして処理されても差しつかえありません。
- 払込期月の振替日において、振替ができなかった保険料は、その翌月の振替日に指定の預金口座から支払います。ただし、月払契約については翌月分の保険料とあわせて2か月分を振り替えられても差しつかえありません。
- 払込期月の翌月の振替日において、支払うべき保険料の振替ができなかった場合は、口座振替の取扱を停止されても差しつかえありません。
- 私の都合により口座振替の取扱を停止する場合は、SOMPOひまわり生命に通知のうえ、以後の保険料の支払方法を変更する手続をとります。
- 私と指定の預金口座の名義人が別人であっても、保険契約上の責任は保険契約者である私が負います。
- 私が取扱金融機関・指定の預金口座などを変更する場合には、あらかじめSOMPOひまわり生命に通知のうえ、必要な手続をとります。
- この約定に定められていない事項については預金口座振替特約の規定が適用されることを了承します。
- 口座振替のために必要な「口座名義人」「指定口座」等の情報が取扱金融機関に提供されることに同意します。

個人情報のお取扱について

SOMPOひまわり生命(以下、「当社」といいます)は、本契約に関する個人情報を次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。

- 各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、本人確認
- 再保険契約の締結、再保険金の請求
- 関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供
- 当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- その他保険に関連・付随する業務等

※当社の個人情報の取扱に関する詳細は、当社ホームページをご確認ください。

預金口座振替規定 (ゆうちょ銀行を除く)

私はSOMPOひまわり生命保険株式会社の生命保険料を次により口座振替によって支払うこととしたいので預金口座振替規定を確認のうえ依頼します。

- 貴金融機関に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。なお、振替日が変更された場合には、請求書に記載された日をもって処理されても差しつかえありません。また、預金の引落しにあたっては、預金規定または当座勘定規定にかかるわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しません。
- 振替日において、請求書記載金額が預金口座から払戻することのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却しても差しつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から金融機関に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等、相当の事由があるときは、特に申出をしない限り、金融機関はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。
- この預金口座について仮に紛議が生じても、金融機関の責めによる場合を除き、貴金融機関に迷惑をかけません。

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

なお、ゆうちょ銀行の規定につきましては、ゆうちょ銀行のホームページをご覧ください。

①新契約申込に必要な書類

【クレジットカード登録シート】


SOMPOひまわり生命

クレジットカード登録シート

申込番号	1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0
保険契約者	向日葵 太郎 様
代理店コード	7 0 1 4 4

1 ■ご契約者さまご本人名義のクレジットカードをご用意ください。
※ご利用いただけるクレジットカードは、「クレジットカード払のご案内」（印刷物番号 802281）をご覧ください。

2 ■ご契約者さまのスマートフォンをご用意ください。


ご契約者さまのスマートフォン で登録

3 ■クレジットカード情報を登録します。

①下のQRコード（R）を読み取って、登録サイトにアクセスしてください。



※ iOS、Androidに対応しています。
QRコード（R）読み取りアプリはご契約者さまご自身でご準備ください。
※一部の機種ではご利用できない場合があります。
※通信料はご契約者さまのご負担となります。

②登録サイトの案内にしたがって、必要事項をご契約者さまご自身で入力し、登録してください。

4 ■クレジットカードの登録結果をご確認ください。

・クレジットカードの登録が完了すると、画面上に承認番号が表示されます。
・クレジットカード情報の登録が完了していない場合、保険料が払込まれていないことになり、生命保険の保障が開始されません。

万が一、クレジットカード情報の登録ができなかった場合は、取扱者にご相談ください。

上記の方法以外に、お電話でもクレジットカード情報を登録いただけます

①申込書控えをお手元にご用意のうえ、ご契約者さまがクレジットカード登録センターにお電話ください。

クレジットカード登録センター
【受付時間】9:00~20:00
※土日祝日も営業しております。
フリーコール 0120-957-078 (通話料無料)
(12月31日~1月3日は営業しておりません。)
※携帯電話・PHSからでもかけられます。

②オペレータの案内にしたがって、必要事項をお伝えください。

申込番号 ご契約者さま氏名 ご契約者さま生年月日 1回分保険料
代理店コード カード名義人 クレジットカード番号 有効期限

※ご契約内容の確認のために、上記以外にもおたずねする場合がございます。

③クレジットカードの登録が完了すると、オペレータが登録完了の旨をお伝えします。

— 190 —

①新契約申込に必要な書類

【コンビニ払込票】記入例

SOMPOひまわり生命保険株式会社																							
<p>〒△△△-△△△△</p> <p>東京都 ●●区 ■■ △丁目×-×</p> <p>向日葵 太郎 様</p>																							
<p>令和△△年△△月△△日 作成</p> <p>お問合わせ先 [REDACTED] 電話番号 [REDACTED]</p>																							
<p>0000001798</p> <p>保険料お払込みのお願い</p> <p>この度は、弊社生命保険にお申込みいただきまして、まことにありがとうございます。</p> <p>さて、ご契約の保険料の払込につきましてご案内いたします。</p> <p>下の専用払込用紙で、「お払込期限」までに右記の「ご請求金額」をお払い込みください。</p>																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">お申込内容</td> </tr> <tr> <td>保険種類</td> <td>医療 1 4</td> </tr> <tr> <td>申込番号</td> <td>[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td>被保険者名</td> <td>向日葵 太郎 様</td> </tr> <tr> <td>払込方法</td> <td>月払</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">ご請求金額 11,060円</td> </tr> </table>		お申込内容		保険種類	医療 1 4	申込番号	[REDACTED]	被保険者名	向日葵 太郎 様	払込方法	月払	ご請求金額 11,060円											
お申込内容																							
保険種類	医療 1 4																						
申込番号	[REDACTED]																						
被保険者名	向日葵 太郎 様																						
払込方法	月払																						
ご請求金額 11,060円																							
<p>【ご注意ください】</p> <p>本払込票の有効期限は、作成日を含んで60日間です。 (「お払込期限」をご参照ください)</p> <p>「お払込期限」を経過しますと、お手続き方法が異なる場合がございますので、お取扱いの代理店、または上記【お問合わせ先】までご連絡ください。</p>																							
<p>下の「コンビニ払込票」を切り取り、当社指定のコンビニエンスストア(裏面記載)でお払込みください。</p>																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">コンビニ払込票</td> </tr> <tr> <td>ご依頼人</td> <td>向日葵 太郎 様</td> </tr> <tr> <td>金額</td> <td>11,060円</td> </tr> <tr> <td>お払込期限</td> <td>令和△△年△△月△△日</td> </tr> <tr> <td>受取人</td> <td>SOMPOひまわり生命保険株式会社</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">CVS使用欄</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">  (91)908171-2521001020000001738500 200605-0-011050-4 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">代行会社 みずほファクター株式会社</td> </tr> </table>		コンビニ払込票		ご依頼人	向日葵 太郎 様	金額	11,060円	お払込期限	令和△△年△△月△△日	受取人	SOMPOひまわり生命保険株式会社	CVS使用欄		 (91)908171-2521001020000001738500 200605-0-011050-4		代行会社 みずほファクター株式会社							
コンビニ払込票																							
ご依頼人	向日葵 太郎 様																						
金額	11,060円																						
お払込期限	令和△△年△△月△△日																						
受取人	SOMPOひまわり生命保険株式会社																						
CVS使用欄																							
 (91)908171-2521001020000001738500 200605-0-011050-4																							
代行会社 みずほファクター株式会社																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">払込票兼受領証</td> </tr> <tr> <td>ご依頼人</td> <td>向日葵 太郎 様</td> </tr> <tr> <td>金額</td> <td>11,060円</td> </tr> <tr> <td>受取人</td> <td>SOMPOひまわり生命保険株式会社</td> </tr> <tr> <td>代行会社</td> <td>みずほファクター株式会社</td> </tr> </table>	払込票兼受領証		ご依頼人	向日葵 太郎 様	金額	11,060円	受取人	SOMPOひまわり生命保険株式会社	代行会社	みずほファクター株式会社	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">払込受領証 (お客様控)</td> </tr> <tr> <td>ご依頼人</td> <td>向日葵 太郎 様</td> </tr> <tr> <td>金額</td> <td>11,060円</td> </tr> <tr> <td>お払込期限</td> <td>△△年△△月△△日</td> </tr> <tr> <td>受取人</td> <td>SOMPOひまわり生命保険株式会社</td> </tr> <tr> <td>代行会社</td> <td>みずほファクター株式会社</td> </tr> </table>	払込受領証 (お客様控)		ご依頼人	向日葵 太郎 様	金額	11,060円	お払込期限	△△年△△月△△日	受取人	SOMPOひまわり生命保険株式会社	代行会社	みずほファクター株式会社
払込票兼受領証																							
ご依頼人	向日葵 太郎 様																						
金額	11,060円																						
受取人	SOMPOひまわり生命保険株式会社																						
代行会社	みずほファクター株式会社																						
払込受領証 (お客様控)																							
ご依頼人	向日葵 太郎 様																						
金額	11,060円																						
お払込期限	△△年△△月△△日																						
受取人	SOMPOひまわり生命保険株式会社																						
代行会社	みずほファクター株式会社																						
<p>受付印</p> <p>(コンビニエンスストア本部用)</p>		<p>受付印</p> <p>(店舗用)</p>																					
		<p>受領印附</p> <p>収入印紙貼付用</p>																					

①新契約申込に必要な書類

【振込依頼書記載例】

第1回保険料充当金 お振込みのご案内		令和△△年△△月△△日																																																																																																																							
向日葵 太郎 様 申込番号 <u>123-A4567890</u>																																																																																																																									
<p>このたびはSOMPOひまわり生命の生命保険にお申込みいただき、まことにありがとうございます。</p> <p>第1回保険料充当金のお振込みにつきまして、ご案内申し上げます。</p> <p>下記の内容をご確認のうえ、当社指定口座にお振込みいただきますようお願い申し上げます。</p>																																																																																																																									
<table border="1"> <tr> <td>第1回保険料充当金</td> <td>395,400 円</td> <td>振込手数料※</td> <td>お振込み金額</td> </tr> <tr> <td colspan="4">※振込手数料はSOMPOひまわり生命で負担いたします。 金額は取扱金料抜印でご確認ください。</td> </tr> </table>		第1回保険料充当金	395,400 円	振込手数料※	お振込み金額	※振込手数料はSOMPOひまわり生命で負担いたします。 金額は取扱金料抜印でご確認ください。				<p>この用紙は領収証ではありません。</p> <p>ウラ面も必ずご確認ください。 ■ご契約お申込みの概回(クーリング・オフ制度)のご案内 ■領収日 ■振込金の「受領書」ほか</p>																																																																																																															
第1回保険料充当金	395,400 円	振込手数料※	お振込み金額																																																																																																																						
※振込手数料はSOMPOひまわり生命で負担いたします。 金額は取扱金料抜印でご確認ください。																																																																																																																									
<p>■ご注意ください■</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ゆうちょ銀行または郵便局から現金でのお振込みはできません。 ・この「振込依頼書」は、一部の金融機関ではお使いいただけない場合がございます。その場合は、次の点にご注意のうえ、金融機関指定の振込用紙または現金自動預払機(ATM)をご利用ください。 ①必ず「電信欄」でお振込みください。 ②「ご依頼人」は必ず次のとおりご記入またはご入力ください。 ご依頼人: 10123A4567890 ヒマワリ タロウ ※ご依頼人名義の入力文字数が不足する場合には、「ご契約者さまご本人のフルネーム」をご入力ください。 ・10万円超のお振込みの場合は、以下の点にご注意ください。 [ATMでのお振込み] 本人確認手続き済みのキャッシュカードが必要です。 [金融機関窓口でのお振込み] 本人確認書類が必要です。 																																																																																																																									
<table border="1"> <tr> <th>電信欄</th> <th colspan="2">振込依頼書 (取扱店番)</th> <th>科目</th> <th colspan="4">振込金額</th> </tr> <tr> <td>ご依頼日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>振込指定</td> <td>電信欄</td> <td>振込手数料(※)</td> <td>金</td> <td>手</td> <td>元</td> </tr> <tr> <td>振込先銀行</td> <td colspan="2"></td> <td>金額</td> <td>10</td> <td>00</td> <td>00</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>受取人</td> <td>預金口座</td> <td>口座番号</td> <td>現金</td> <td>10</td> <td>00</td> <td>00</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>口座名</td> <td>SOMPOひまわり生命保険(株)</td> <td>当店券</td> <td>10</td> <td>00</td> <td>00</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>取扱金料抜印欄</td> <td>必ず本欄内をすべて記入依頼人として打電して下さい。</td> <td>他店券</td> <td>10</td> <td>00</td> <td>00</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>ご依頼人</td> <td>氏名</td> <td>1 0 1 2 3 A 4 5 6 7 8 9 0 ヒマワリ タロウ</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>依頼人</td> <td>おなまえ</td> <td>向日葵 太郎</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="7">〒△△△-△△△△TEL 080-△△△△-△△△△ 東京都 ●●区 ■■ △丁目 X-X</td> </tr> </table>		電信欄	振込依頼書 (取扱店番)		科目	振込金額				ご依頼日	令和 年 月 日	振込指定	電信欄	振込手数料(※)	金	手	元	振込先銀行			金額	10	00	00	00	受取人	預金口座	口座番号	現金	10	00	00	00		口座名	SOMPOひまわり生命保険(株)	当店券	10	00	00	00		取扱金料抜印欄	必ず本欄内をすべて記入依頼人として打電して下さい。	他店券	10	00	00	00	ご依頼人	氏名	1 0 1 2 3 A 4 5 6 7 8 9 0 ヒマワリ タロウ					依頼人	おなまえ	向日葵 太郎					住所	〒△△△-△△△△TEL 080-△△△△-△△△△ 東京都 ●●区 ■■ △丁目 X-X							<table border="1"> <tr> <th colspan="8">振込金受領書 (ご依頼人保有)</th> </tr> <tr> <td>ご依頼日</td> <td>令和 年 月 日</td> <td>振込手数料</td> <td>金額</td> <td>10</td> <td>00</td> <td>00</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>振込先銀行</td> <td colspan="2"></td> <td>金額</td> <td>10</td> <td>00</td> <td>00</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>受取人</td> <td>預金口座</td> <td>口座番号</td> <td>10</td> <td>00</td> <td>00</td> <td>00</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>口座名</td> <td colspan="2">SOMPOひまわり生命保険(株)</td> <td>10</td> <td>00</td> <td>00</td> <td>00</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>ご依頼人</td> <td colspan="7">向日葵 太郎 様</td> </tr> </table>		振込金受領書 (ご依頼人保有)								ご依頼日	令和 年 月 日	振込手数料	金額	10	00	00	00	振込先銀行			金額	10	00	00	00	受取人	預金口座	口座番号	10	00	00	00	00	口座名	SOMPOひまわり生命保険(株)		10	00	00	00	00	ご依頼人	向日葵 太郎 様						
電信欄	振込依頼書 (取扱店番)		科目	振込金額																																																																																																																					
ご依頼日	令和 年 月 日	振込指定	電信欄	振込手数料(※)	金	手	元																																																																																																																		
振込先銀行			金額	10	00	00	00																																																																																																																		
受取人	預金口座	口座番号	現金	10	00	00	00																																																																																																																		
	口座名	SOMPOひまわり生命保険(株)	当店券	10	00	00	00																																																																																																																		
	取扱金料抜印欄	必ず本欄内をすべて記入依頼人として打電して下さい。	他店券	10	00	00	00																																																																																																																		
ご依頼人	氏名	1 0 1 2 3 A 4 5 6 7 8 9 0 ヒマワリ タロウ																																																																																																																							
依頼人	おなまえ	向日葵 太郎																																																																																																																							
住所	〒△△△-△△△△TEL 080-△△△△-△△△△ 東京都 ●●区 ■■ △丁目 X-X																																																																																																																								
振込金受領書 (ご依頼人保有)																																																																																																																									
ご依頼日	令和 年 月 日	振込手数料	金額	10	00	00	00																																																																																																																		
振込先銀行			金額	10	00	00	00																																																																																																																		
受取人	預金口座	口座番号	10	00	00	00	00																																																																																																																		
口座名	SOMPOひまわり生命保険(株)		10	00	00	00	00																																																																																																																		
ご依頼人	向日葵 太郎 様																																																																																																																								
<p>上記の金額正に受け取りました。 (取扱店)</p>				<p>銀行 支店</p>																																																																																																																					
				<p>収入印紙</p>																																																																																																																					

①新契約申込に必要な書類

【「第1回保険料充当金お振り込みのご案内」記入例(ワープロ帳票801199)】

収納保全 2019.11 (801199)							
保険料お振り込みのご案内							
(西暦) △△△△年 △△ 月 △△ 日							
向日葵 太郎 様 SOMPOひまわり生命保険株式会社							
<p>いつもお引き立ていただき、誠にありがとうございます。ご多用中大変恐縮ではございますが、お手続き・ご契約の継続に必要な保険料を当社指定口座へお振り込みいただきますようお願い申しあげます。</p>							
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; border-radius: 10px; width: 150px;"> 必要保険料 および お振り込み金額 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; border-radius: 10px; width: 150px;"> 必要保険料 38,790 円 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; border-radius: 10px; width: 150px;"> 振込手数料 ※ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; border-radius: 10px; width: 150px;"> = お振り込み金額 </div> </div>							
<small>※振込手数料はSOMPOひまわり生命で負担します。 金額は取扱金額欄でご確認ください。</small>							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">証券番号・申込番号</td> <td style="width: 50%;">振込先</td> </tr> <tr> <td>123-A 4567890</td> <td>ひまわり銀行●●支店 預金種目・口座番号 普通 9876543 口座名義人</td> </tr> </table>	証券番号・申込番号	振込先	123-A 4567890	ひまわり銀行●●支店 預金種目・口座番号 普通 9876543 口座名義人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">お問い合わせ先</td> <td style="width: 50%;">SOMPOひまわり生命○○支社 鈴木 一郎 03-1234-567*</td> </tr> </table>	お問い合わせ先	SOMPOひまわり生命○○支社 鈴木 一郎 03-1234-567*
証券番号・申込番号	振込先						
123-A 4567890	ひまわり銀行●●支店 預金種目・口座番号 普通 9876543 口座名義人						
お問い合わせ先	SOMPOひまわり生命○○支社 鈴木 一郎 03-1234-567*						
ご案内							
<p>■お振込み時の注意点</p> <p>1. ゆうちょ銀行または郵便局から現金でのお振り込みはできません。 2. 必ず「電信扱」でお振り込みください。 3. 「ご依頼人」の「フリガナ」は必ず次のとおりご記入またはご入力ください。 <お申込時のお振り込みの場合> 「10」+「1桁の申込番号」+「ご契約者さまご本人のお名前フルネーム（法人契約の場合は法人名）※」 ⇒（例）10523C1234567シンジュクタロウ <ご契約成立後のお振り込みの場合> 「8桁または11桁の証券番号」+「ご契約者さまご本人のお名前フルネーム（法人契約の場合は法人名）※」 ⇒（例）12345678シンジュクタロウ または A12345678901シンジュクタロウ ※ 法人名義の場合は、法人名を（ ）で省略できます。また、代表者名が既に既に記載されています。 ※ ご依頼人名義の入力文字数が不足する場合には、「ご契約者さまフルネーム（法人契約の場合は法人名）のみ」を入力してください。</p> <p>4. 10万円超のお振り込みの場合は、以下の点にご注意ください。 [ATMでのお振り込み] 本人確認手続き済みのキャッシュカードが必要です。 [金融機関窓口でのお振り込み] 本人確認書類が必要です。</p>							
<p>■領収日について</p> <p>「領収日」は、お振り込み金が当社の指定口座に着金した日となります。</p>							
<p>■領収証の発行について</p> <p>領収証の発行はいたしません。</p>							
<p>■ご契約のお申し込みやお手続きをお引き受けできない場合</p> <p>ご契約のお申し込みやお手続きをお引き受けできない場合もございます。その場合は、お振り込みいただいた保険料充当金をすみやかにお返しいたします。この場合、利息が付きませんのでご了承願います。</p>							
<p>■ご契約お申し込みの撤回（クーリング・オフ制度）のご案内 (新規ご加入の場合)</p> <p>1. 申込者様またはご契約者様（以下「申込者様等」といいます。）は、保険契約の「申込日」または「第1回保険料充当金の領収日（着金日）」のいずれか遅い日（注）から、その日を含めて15日以内であれば、書面によりご契約のお申し込みの撤回またはご契約の解除（以下「お申し込みの撤回等」といいます。）をすることができます。ただし、下記5. の場合を除きます。 （注）責任開始期に関する特約を付加している場合は、「申込日」となります。</p> <p>2. お申し込みの撤回等は、書面の発信時（郵便の消印日付）に効力を生じます。必ず郵便により前記1. の期間内（15日以内の消印有効）に当社営業店または本社あてに発信してください。 この場合、書面には申込者様等の氏名・住所に加えて申込番号が証券番号のいずれかを記載いただき、必要事項を記載した書面に自署したうえ、お申し込みの撤回等をする旨記載してください。</p> <p>3. お申し込みの撤回等があった場合、当社は申込者様等にお振り込みいただいた第1回保険料充当金を全額お返しいたします。</p> <p>4. お申し込みの撤回等の書面の発信時に、保険金・給付金など（保険料のお払込みの免除を含みます。）のお支払い事由が生じている場合は、お申し込みの撤回等の効力は生じません。ただし、お申し込みの撤回等の書面の発信時に、前記お支払い事由が生じている事を知っている場合を除きます。</p> <p>5. 次の場合にはお申し込みの撤回等をすることできません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 当社が指定した医師の診査を受診された場合 ・ 債務履行の担保のための保険契約（賃貸設定契約）の場合 ・ ご契約の内容変更（特約の中途付加等）の場合 ・ ご契約者様が事業のために事業契約としてお申し込みをされた場合 ・ 団体保険契約の場合 <p>6. 本制度は、当振込依頼書を追加払込みに対して使用した場合には適用いたしません。</p> <p>※お申し込みの撤回等と行き違いに保険証券が到着した場合は、当社営業店または本社あてにご連絡をお願いいたします。</p>							

②不備回答時に必要な書類

【特別条件付保険特約適用のご案内(機械作成帳票)】

(申込番号)
123-A 4567890
(保険契約者)
向日葵 太郎 様
(被保険者)
向日葵 花子 様

SOMPOひまわり生命保険株式会社

特別条件付保険特約適用のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
このたびは当社の生命保険契約にお申込みいただきまして、誠にありがとうございます。
さて、生命保険は相互扶助の精神にもとづき、お客様が危険に応じた保険料を公平に負担する制度です。そのため、当社ではお客様のご健康状態や、すでにご加入いただいている生命保険契約などを総合的に勘案して、生命保険契約お引受けの可否や条件等の判断をしております。

このたびのお申込みにつきまして、慎重に検討いたしました結果、保険約款にもとづく「特別条件付保険特約」（詳細は下記「特別条件のご説明（新契約用）」、「ご契約のしおり・約款」の「特別条件付保険特約」をご確認ください。）を適用させていただきましたので、ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬具

特別条件のご説明（新契約用）

1. 特別条件とは

生命保険では、ご加入者の年齢、性別のほか、ご加入者間の公平性を保つために「保険事故の発生率」（以下「発生率」といいます。）に応じて保険料率を設定しております。

発生率に影響を与える様々な要素をご加入者お一人お一人について確認させていただき、その内容に応じて特別条件を付加させていただいたり、残念ながらお引受けをお断りさせていただいたりすることでご加入者間の公平を保っております。

発生率に影響を与える要素の主なものとしては、被保険者の健康状態がありますが、この場合の健康状態とはご加入者と同様の健康状態にある方を集団とした場合の発生率を根拠としています。

そのため、一般的な臨床医学における「健康」「不健康」という健康状態とは意味合いが異なることから、結果として当社のお引受け条件が一般的な「健康」の基準とは必ずしも一致しない場合があることをご了承賜りますようお願い申し上げます。

2. 特別条件の具体的な内容について

特別条件には次のような種類がありそれぞれ単独で、あるいは二つ以上を同時に適用させていただくことがあります。

<1> 特別保険料領収法とは

普通保険料に加えて、特別保険料をご契約の払込期間の全期間お払込みいただく方法です。

<2> 保険金削減支払法とは

所定の削減期間内に死亡した場合は普通保険約款に定める高度障害状態となった場合、保険金または年金の支払事由が生じた保険年度に応じて、保険金額または年金月額に所定の割合を乗じて計算した金額をお支払いする方法です。
ただし、原因が災害または所定の感染症によるときは、保険金または年金の削減はしません。

<3> 特定高度障害不担保法とは

眼球および眼球付属器（眼瞼、結膜、涙器、眼筋および眼窩内組織を含みます。）に生じた疾病（ただし、感染症を除きます。）を原因として、普通保険約款に定める高度障害状態のうち、「両眼の視力を全く永久に失ったとき」に該当する場合には、高度障害保険金（高度障害状態に該当したことにより支払われる保険金、年金または給付金等）をお支払いしない方法です。

また、無解約返戻金型就労不能保障特約、七大疾病・就労不能保険料免除特約を付加した場合、以下に該当するときには高度障害年金または就労不能年金をお支払いせず、保険料のお払込みを免除しません。

- ・普通保険約款に定める高度障害状態のうち「両眼の視力を全く永久に失ったとき」
- ・特約に定める就労不能状態のうち「両眼の視力または視野に著しい障害を残す状態」に該当するとき
- ・特約に定める障害等級1級または2級の第1号の状態に該当していると認定され、その認定された障害基礎年金の受給権が生じたとき

3. 契約内容変更等の制限について

特別条件が適用されている場合、契約内容変更等の取扱いに制限がございます。また、制限を受ける内容はご契約内容によって異なりますのであらかじめご了承賜りますようお願い申し上げます。

【制限を受ける契約内容変更の例】

- ①保険期間または保険料払込期間の変更
- ②原保険契約への復旧
- ③保険金額の増額
- ④特別保険料払込期間中または保険金削減期間中の払済保険または払済終身保険への変更
- ⑤特別保険料払込期間中または保険金削減期間中の延長保険への変更
- ⑥特別保険料払込期間中または保険金削減期間中の変換
- ⑦特別保険料領収法が適用された契約または保険金削減支払法の保険金削減期間中の自動更新

4. 現在のご契約の解約等を前提としたお申込みの場合の注意点

このたびのお申込みに保険金削減支払法または特定高度障害不担保法が適用されることにより、現在のご契約ではお支払いの対象となっている保険金等をお支払いできない場合があります。

2 不備回答時に必要な書類

【特別条件付保険特約条項承諾書(機械作成帳票)記入例】

1582406																																									
特別条件付保険特約条項承諾書																																									
S O M P O ひまわり生命保険株式会社																																									
先に申込みの生命保険契約について、保険約款記載の特別条件付保険特約条項 ^{※1} の取扱を承知のうえ、下記条件の付加・申込内容の変更を承諾します。																																									
承諾日	令和△△年△△月△△日	申込番号	6AA00020366																																						
保険契約者 <自署>	ヒマツリ タカウ サマ 向日葵 太郎 様	法人契約者印	親 権 者 ま た は 後 見 人 <自署> 様																																						
		※※※																																							
被保険者 ^{※2} <自署>	ヒマツリ ハナコ サマ 向日葵 花子 様	親 権 者 ま た は 後 見 人 <自署>	様																																						
		親 権 者 ま た は 後 見 人 <自署>																																							
※1 特別条件付保険特約条項の詳細は「ご契約のしおり・約款」の「特別条件付保険特約」をご確認ください。※2 保険契約者と同一人の場合は、自署不要です。																																									
1. 特別条件付保険特約 (特別保険料領収法・保険金削減支払法・特定高度障害不担保法) (注)																																									
対象となる主契約・特約		特別保険料領収法	保険金削減支払法	特定高度障害不担保法																																					
		特別保険料	削減期間	被保険者 (こども保険の場合は保険契約者)																																					
無配当 変額保険 (V2) (死亡保障型)				適用します																																					
(注) (1)特別保険料領収法が適用された契約または保険金削減支払法の保険金削減期間中の契約は、自動更新の取扱いができません。 (2)保険金削減支払法適用の場合、支払事由が生じた保険年度に応じて、保険金額・年金月額につきの表の割合を乗じて計算した金額をお支払いします。																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">保険年度 削減期間</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">第1年度</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">第2年度</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">第3年度</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">第4年度</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">第5年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">1年</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">50%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">2年</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">30%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">60%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">100%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">100%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">3年</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">25%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">50%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">75%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">100%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">4年</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">20%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">40%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">60%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">80%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">5年</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">15%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">30%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">45%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">60%</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">80%</td> </tr> </tbody> </table>						保険年度 削減期間	第1年度	第2年度	第3年度	第4年度	第5年度	1年	50%	100%	100%	100%	100%	2年	30%	60%	100%	100%	100%	3年	25%	50%	75%	100%	100%	4年	20%	40%	60%	80%	100%	5年	15%	30%	45%	60%	80%
保険年度 削減期間	第1年度	第2年度	第3年度	第4年度	第5年度																																				
1年	50%	100%	100%	100%	100%																																				
2年	30%	60%	100%	100%	100%																																				
3年	25%	50%	75%	100%	100%																																				
4年	20%	40%	60%	80%	100%																																				
5年	15%	30%	45%	60%	80%																																				
(3)特定高度障害不担保法適用の場合、眼球および眼球付属器(眼瞼、結膜、涙器、眼筋および眼窩内組織を含みます。)に生じた疾病(ただし、感染症を除きます。)を原因として、普通保険約款に定める高度障害状態のうち、「両眼の視力を全く永久に失ったとき」に該当する場合には、高度障害保険金(高度障害状態に該当したことにより支払われる保険金、年金または給付金等)はお支払いしません。また、無解約返戻金型就労不能保障特約、七大疾病・就労不能保険料免除特約を付加した場合、以下に該当するときには高度障害年金または就労不能年金をお支払いせず、保険料のお払込みを免除しません。																																									
<ul style="list-style-type: none"> ・普通保険約款に定める高度障害状態のうち「両眼の視力を全く永久に失ったとき」 ・特約に定める就労不能状態のうち「両眼の視力または視野に著しい障害を残す状態」に該当するとき ・特約に定める障害等級1級または2級の第1号の状態に該当していると認定され、その認定された障害基礎年金の受給権が生じたとき 																																									
2. 申込内容を下記のとおり変更します。																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">変更項目・内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">健康ステージを適用する場合の特則 変額用保険料免除特約</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">付加しない 付加しない</td> </tr> </tbody> </table>						変更項目・内容		健康ステージを適用する場合の特則 変額用保険料免除特約	付加しない 付加しない																																
変更項目・内容																																									
健康ステージを適用する場合の特則 変額用保険料免除特約	付加しない 付加しない																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">変更後合計保険料</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">18,240 円</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">会社使用欄</td> </tr> </table>			変更後合計保険料	18,240 円	会社使用欄	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">計上月 10月 支社名 取扱者 MR</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">営業店受付日</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">本社担当者</td> </tr> </table>			計上月 10月 支社名 取扱者 MR	営業店受付日	本社担当者																														
変更後合計保険料	18,240 円	会社使用欄																																							
計上月 10月 支社名 取扱者 MR	営業店受付日	本社担当者																																							

2 不備回答時に必要な書類

【特別条件のご説明(「特別条件付保険特約条項承諾書」の1ページめ)(手書き帳票)](ワープロ帳票803362)

特別条件のご説明

1. 特別条件とは

生命保険では、ご加入者の年齢、性別のほか、ご加入者間の公平性を保つために「保険事故の発生率」(以下「発生率」といいます)に応じて保険料率を設定しております。

発生率に影響を与える様々な要素をご加入者お一人お一人について確認させていただき、その内容に応じて特別条件を付加させていただいたり、残念ながらお引受けをお断りさせていただいたりすることでご加入者間の公平を保っております。

発生率に影響を与える要素の主なものとしては、被保険者の健康状態がありますが、この場合の健康状態とはご加入者と同様の健康状態にある方を集團とした場合の発生率を根拠としています。

そのため、一般的な臨床医学における「健康」「不健康」という健康状態とは意味合いが異なることから、結果として弊社のお引受け条件が一般的な「健康」の基準とは必ずしも一致しない場合があることをご了承賜りますようお願い申し上げます。

2. 特別条件の具体的な内容について

特別条件には次のような種類がありそれぞれ単独で、あるいは二つ以上を同時に適用させていただくことがあります。

<1> 特別保険料領収法とは

普通保険料に加えて、特別保険料をご契約の払込期間の全期間お払込みいただく方法です。

<2> 保険金削減支払法とは

所定の削減期間内に死亡した場合は普通保険約款に定める高度障害状態となった場合、保険金または年金の支払事由が生じた保険年度に応じて、保険金額または年金月額に所定の割合を乗じて計算した金額をお支払いする方法です。ただし、原因が災害または所定の感染症によるときは、保険金または年金の削減はしません。

<3> 特定高度障害不担保法とは

眼球および眼球付属器(眼瞼、結膜、涙器、眼筋および眼窩内組織を含みます。)に生じた疾病(ただし、感染症を除きます。)を原因として、普通保険約款に定める高度障害状態のうち、「両眼の視力を全く永久に失ったとき」に該当する場合には、高度障害保険金(高度障害状態に該当したことにより支払われる保険金、年金または給付金等)をお支払いしない方法です。

また、無解約返戻金型就労不能保障特約、七大疾病・就労不能保険料免除特約を付加した場合、以下に該当するときは高度障害年金または就労不能年金をお支払いせず、保険料のお払込みを免除しません。

- 普通保険約款に定める高度障害状態のうち「両眼の視力を全く永久に失ったとき」
- 特約に定める就労不能状態のうち「両眼の視力または視野に著しい障害を残す状態」に該当するとき
- 特約に定める障害等級1級または2級の第1号の状態に該当していると認定され、その認定された障害基礎年金の受給権が生じたとき

3. 契約内容変更等の制限について

特別条件が適用されている場合、契約内容変更等の取扱いに制限がございます。また、制限を受ける内容はご契約内容によって異なりますのであらかじめご了承賜りますようお願い申し上げます。

【制限を受ける契約内容変更の例】

- 保険期間または保険料払込期間の変更
- 原保険契約への復旧
- 保険金額の増額
- 特別保険料払込期間中または保険金削減期間中の払済保険または払済終身保険への変更
- 特別保険料払込期間中または保険金削減期間中の延長保険への変更
- 特別保険料払込期間中または保険金削減期間中の変換
- 特別保険料領収法が適用された契約または保険金削減支払法の保険金削減期間中の自動更新

4. 現在のご契約の解約等を前提としたお申込みの場合の注意点

このたびのお申込みに保険金削減支払法または特定高度障害不担保法が適用されることにより、現在のご契約ではお支払いの対象となっている保険金等をお支払いできない場合があります。

「特別条件付保険特約条項承諾書」ご記入例

●訂正される場合は、二重線で取り消し、正しい内容をご記入ください。また、取消線のそばに、フルネームでご署名のうえ、署名を○で囲ってください(訂正例をご参照ください)。訂正印による訂正も可能です。

法人契約の場合、保険契約者が訂正する箇所については、取消線に重ねて法人契約者印による訂正印を押印してください。

訂正例

訂正する場合、保険契約者と被保険者による訂正が必要です。ご契約者様と被保険者様が同一の場合、被保険者様の訂正是不要です。

保険契約者様が自署してください。法人契約の場合、押印も必要です。

被保険者様が自署してください。ご契約者様と被保険者様が同一の場合、ご記入不要です。

特別条件付保険特約条項承諾書					
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 先に申込みの生命保険契約について、保険約款記載の特別条件付保険特約条項 ^{*1} の取扱いを承知のうえ、下記の条件の付加および申込内容の変更を承諾します。					
承諾日	令和5年3月1日	申込番号	×××-××××××××××	ご契約者様は、控えとして本紙コピーを必ずお受け取りください	
保険契約者	ひまわり 太郎	法人契約者印	(自署)		
被保険者	ひまわり 太郎	親権者 または 後見人	様		
		親権者 または 後見人	様		

*1 特別条件付保険特約条項の詳細は「ご契約のしおり・約款」の「特別条件付保険特約」をご確認ください。

*2 保険契約者と同一の場合は、自署不要です。

2 不備回答時に必要な書類

【特別条件付保険特約条項承諾書(手書き帳票)記入例】(ワープロ帳票803362)

特別条件付保険特約条項承諾書		1582307																																																																																																																																													
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛																																																																																																																																															
先に申込みの生命保険契約について、保険約款記載の特別条件付保険特約条項 ^{*1} の取扱いを承知のうえ、下記の条件の付加および申込内容の変更を承諾します。																																																																																																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">承諾日</td> <td style="width: 40%;">令和 △△年 △△月 △△日</td> <td style="width: 10%;">申込番号</td> <td style="width: 40%; text-align: right;">1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保険契約者</td> <td rowspan="2"> 〈自署〉 向日葵 太郎 様 </td> <td rowspan="2">法人契約者印</td> <td>親権者または後見人</td> </tr> <tr> <td>〈自署〉 様</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">被保険者^{*2}</td> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2">親権者または後見人</td> <td>〈自署〉 様</td> </tr> </table>			承諾日	令和 △△年 △△月 △△日	申込番号	1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0	保険契約者	〈自署〉 向日葵 太郎 様	法人契約者印	親権者または後見人	〈自署〉 様	被保険者 ^{*2}		親権者または後見人	〈自署〉 様																																																																																																																																
承諾日	令和 △△年 △△月 △△日	申込番号	1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0																																																																																																																																												
保険契約者	〈自署〉 向日葵 太郎 様	法人契約者印	親権者または後見人																																																																																																																																												
			〈自署〉 様																																																																																																																																												
被保険者 ^{*2}		親権者または後見人	〈自署〉 様																																																																																																																																												
			ご契約者様は、控えとして 本紙コピーを必ずお受け取りください																																																																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width: 15%;">特別条件等(注)</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">特別条件の詳細、申込内容変更等</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">対象となる主契約・特約</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">特別保険料</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">主 契 約</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">定期保険特約</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">円</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">養老保険特約</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">4,500 円</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="width: 15%;">保険金削減支払法^{*3}</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">削 減 期 間</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">年</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">支払事由が生じた保険年度に応じて、保険金額・年金月額につきの表の割合を乗じて計算した金額をお支払いします。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">削減期間</td> <td style="text-align: center;">保険年度</td> <td style="text-align: center;">第1年度</td> <td style="text-align: center;">第2年度</td> <td style="text-align: center;">第3年度</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1年</td> <td style="text-align: center;">50%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2年</td> <td style="text-align: center;">30%</td> <td style="text-align: center;">60%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3年</td> <td style="text-align: center;">25%</td> <td style="text-align: center;">50%</td> <td style="text-align: center;">75%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4年</td> <td style="text-align: center;">20%</td> <td style="text-align: center;">40%</td> <td style="text-align: center;">60%</td> <td style="text-align: center;">80%</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5年</td> <td style="text-align: center;">15%</td> <td style="text-align: center;">30%</td> <td style="text-align: center;">45%</td> <td style="text-align: center;">60%</td> <td style="text-align: center;">80%</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">特定高度障害不担保法^{*4}</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">被保険者(こども保険の場合は保険契約者) 〔適用します〕</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">下記のとおり保険金額・年金月額を減額します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 主契約保険金額・年金月額を <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> 億 : 千万 : 百万 : 十万 : 万 : 千 : 百 : 十 : </table> 円に減額します。 <input type="checkbox"/> () 特約保険金額・年金月額を <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> 億 : 千万 : 百万 : 十万 : 万 : 千 : 百 : 十 : </table> 円に減額します。 </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">下記特約・特則を取り消します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> 健康体料率特約 <input type="checkbox"/> 健康ステージを適用する場合の特則 <input type="checkbox"/> 無解約返戻金型就労不能保障特約 <input type="checkbox"/> 無解約返戻金型メンタル疾患保障付七大疾病保障特約 <input type="checkbox"/> 定期保険特約 <input type="checkbox"/> 老年保険特約 <input type="checkbox"/> 災害死亡特約 <input type="checkbox"/> 七大疾病・就労不能保険料免除特約 <input type="checkbox"/> 特定疾病診断保険料免除特約 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () </td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">その他</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <input type="checkbox"/> () </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">変更後合計保険料 (合計保険料の変更が生じる場合、必ずご記入ください。)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">合計保険料を <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> 億 : 千万 : 百万 : 十万 : 万 : 千 : 百 : 十 : </table> 2 5 5 0 0 円に変更します。</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">(注)健康体料率特約または健康ステージを適用する場合の特則を付加してお申し込みいただいている場合、お取り消しが必要となります。</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> *3 特別保険料領収法が適用された契約または保険金削減支払法の保険金削減期間中の契約は、自動更新の取扱いができません。 *4 特定高度障害不担保法適用の場合、眼球および眼球付属器(眼瞼、結膜、涙器、眼筋および眼窩内組織を含みます。)に生じた疾病(ただし、感染症を除きます。)を原因として、普通保険約款に定める高度障害状態のうち、「両眼の視力を全く永久に失ったとき」に該当する場合には、高度障害保険金(高度障害状態に該当したことにより支払われる保険金、年金または給付金等)はお支払いしません。また、無解約返戻金型就労不能保障特約、七大疾病・就労不能保険料免除特約を付加した場合、以下に該当するときは高度障害年金または就労不能年金をお支払いせず、保険料のお払込みを免除しません。 - 普通保険約款に定める高度障害状態のうち「両眼の視力を全く永久に失ったとき」 - 特約に定める就労不能状態のうち「両眼の視力または視野に著しい障害を残す状態」 - 特約に定める障害等級1級または2級の第1号の状態に該当していると認定され、その認定された障害基礎年金の受給権が生じたとき </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">この書類は、ご契約内容に関する重要な書類です。 保険契約成立時には、後日送付される保険証券と共に大切に保管ください。</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">営業店受付日 本社担当者</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">新契約 25.12 (803362)</td> </tr> </table>			特別条件等(注)	特別条件の詳細、申込内容変更等					対象となる主契約・特約		特別保険料			主 契 約		円			定期保険特約		円			養老保険特約		4,500 円			保険金削減支払法 ^{*3}	削 減 期 間		年			支払事由が生じた保険年度に応じて、保険金額・年金月額につきの表の割合を乗じて計算した金額をお支払いします。					削減期間	保険年度	第1年度	第2年度	第3年度	1年	50%	100%	100%	100%	2年	30%	60%	100%	100%	3年	25%	50%	75%	100%	4年	20%	40%	60%	80%	100%	5年	15%	30%	45%	60%	80%	特定高度障害不担保法 ^{*4}			被保険者(こども保険の場合は保険契約者) 〔適用します〕			下記のとおり保険金額・年金月額を減額します。						<input type="checkbox"/> 主契約保険金額・年金月額を <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> 億 : 千万 : 百万 : 十万 : 万 : 千 : 百 : 十 : </table> 円に減額します。 <input type="checkbox"/> () 特約保険金額・年金月額を <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> 億 : 千万 : 百万 : 十万 : 万 : 千 : 百 : 十 : </table> 円に減額します。						下記特約・特則を取り消します。						<input type="checkbox"/> 健康体料率特約 <input type="checkbox"/> 健康ステージを適用する場合の特則 <input type="checkbox"/> 無解約返戻金型就労不能保障特約 <input type="checkbox"/> 無解約返戻金型メンタル疾患保障付七大疾病保障特約 <input type="checkbox"/> 定期保険特約 <input type="checkbox"/> 老年保険特約 <input type="checkbox"/> 災害死亡特約 <input type="checkbox"/> 七大疾病・就労不能保険料免除特約 <input type="checkbox"/> 特定疾病診断保険料免除特約 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()						その他						<input type="checkbox"/> ()						変更後合計保険料 (合計保険料の変更が生じる場合、必ずご記入ください。)			合計保険料を <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> 億 : 千万 : 百万 : 十万 : 万 : 千 : 百 : 十 : </table> 2 5 5 0 0 円に変更します。			(注)健康体料率特約または健康ステージを適用する場合の特則を付加してお申し込みいただいている場合、お取り消しが必要となります。						*3 特別保険料領収法が適用された契約または保険金削減支払法の保険金削減期間中の契約は、自動更新の取扱いができません。 *4 特定高度障害不担保法適用の場合、眼球および眼球付属器(眼瞼、結膜、涙器、眼筋および眼窩内組織を含みます。)に生じた疾病(ただし、感染症を除きます。)を原因として、普通保険約款に定める高度障害状態のうち、「両眼の視力を全く永久に失ったとき」に該当する場合には、高度障害保険金(高度障害状態に該当したことにより支払われる保険金、年金または給付金等)はお支払いしません。また、無解約返戻金型就労不能保障特約、七大疾病・就労不能保険料免除特約を付加した場合、以下に該当するときは高度障害年金または就労不能年金をお支払いせず、保険料のお払込みを免除しません。 - 普通保険約款に定める高度障害状態のうち「両眼の視力を全く永久に失ったとき」 - 特約に定める就労不能状態のうち「両眼の視力または視野に著しい障害を残す状態」 - 特約に定める障害等級1級または2級の第1号の状態に該当していると認定され、その認定された障害基礎年金の受給権が生じたとき						この書類は、ご契約内容に関する重要な書類です。 保険契約成立時には、後日送付される保険証券と共に大切に保管ください。			営業店受付日 本社担当者			新契約 25.12 (803362)					
特別条件等(注)	特別条件の詳細、申込内容変更等																																																																																																																																														
	対象となる主契約・特約			特別保険料																																																																																																																																											
	主 契 約			円																																																																																																																																											
	定期保険特約		円																																																																																																																																												
養老保険特約		4,500 円																																																																																																																																													
保険金削減支払法 ^{*3}	削 減 期 間		年																																																																																																																																												
	支払事由が生じた保険年度に応じて、保険金額・年金月額につきの表の割合を乗じて計算した金額をお支払いします。																																																																																																																																														
	削減期間	保険年度	第1年度	第2年度	第3年度																																																																																																																																										
	1年	50%	100%	100%	100%																																																																																																																																										
	2年	30%	60%	100%	100%																																																																																																																																										
	3年	25%	50%	75%	100%																																																																																																																																										
4年	20%	40%	60%	80%	100%																																																																																																																																										
5年	15%	30%	45%	60%	80%																																																																																																																																										
特定高度障害不担保法 ^{*4}			被保険者(こども保険の場合は保険契約者) 〔適用します〕																																																																																																																																												
下記のとおり保険金額・年金月額を減額します。																																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 主契約保険金額・年金月額を <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> 億 : 千万 : 百万 : 十万 : 万 : 千 : 百 : 十 : </table> 円に減額します。 <input type="checkbox"/> () 特約保険金額・年金月額を <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> 億 : 千万 : 百万 : 十万 : 万 : 千 : 百 : 十 : </table> 円に減額します。																																																																																																																																															
下記特約・特則を取り消します。																																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> 健康体料率特約 <input type="checkbox"/> 健康ステージを適用する場合の特則 <input type="checkbox"/> 無解約返戻金型就労不能保障特約 <input type="checkbox"/> 無解約返戻金型メンタル疾患保障付七大疾病保障特約 <input type="checkbox"/> 定期保険特約 <input type="checkbox"/> 老年保険特約 <input type="checkbox"/> 災害死亡特約 <input type="checkbox"/> 七大疾病・就労不能保険料免除特約 <input type="checkbox"/> 特定疾病診断保険料免除特約 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()																																																																																																																																															
その他																																																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ()																																																																																																																																															
変更後合計保険料 (合計保険料の変更が生じる場合、必ずご記入ください。)			合計保険料を <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> 億 : 千万 : 百万 : 十万 : 万 : 千 : 百 : 十 : </table> 2 5 5 0 0 円に変更します。																																																																																																																																												
(注)健康体料率特約または健康ステージを適用する場合の特則を付加してお申し込みいただいている場合、お取り消しが必要となります。																																																																																																																																															
*3 特別保険料領収法が適用された契約または保険金削減支払法の保険金削減期間中の契約は、自動更新の取扱いができません。 *4 特定高度障害不担保法適用の場合、眼球および眼球付属器(眼瞼、結膜、涙器、眼筋および眼窩内組織を含みます。)に生じた疾病(ただし、感染症を除きます。)を原因として、普通保険約款に定める高度障害状態のうち、「両眼の視力を全く永久に失ったとき」に該当する場合には、高度障害保険金(高度障害状態に該当したことにより支払われる保険金、年金または給付金等)はお支払いしません。また、無解約返戻金型就労不能保障特約、七大疾病・就労不能保険料免除特約を付加した場合、以下に該当するときは高度障害年金または就労不能年金をお支払いせず、保険料のお払込みを免除しません。 - 普通保険約款に定める高度障害状態のうち「両眼の視力を全く永久に失ったとき」 - 特約に定める就労不能状態のうち「両眼の視力または視野に著しい障害を残す状態」 - 特約に定める障害等級1級または2級の第1号の状態に該当していると認定され、その認定された障害基礎年金の受給権が生じたとき																																																																																																																																															
この書類は、ご契約内容に関する重要な書類です。 保険契約成立時には、後日送付される保険証券と共に大切に保管ください。			営業店受付日 本社担当者																																																																																																																																												
新契約 25.12 (803362)																																																																																																																																															

2 不備回答時に必要な書類

【特別条件のご案内(機械作成帳票)】

(申込番号)
123-A4567890

(保険契約者)
向日葵 太郎 様
(被保険者)
向日葵 花子 様

S O M P O ひまわり生命保険株式会社

特別条件のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

このたびは当社の生命保険契約にお申込みいただきまして、誠にありがとうございます。

さて、生命保険は相互扶助の精神にもとづき、お客さまが危険に応じた保険料を公平に負担する制度です。そのため、当社ではお客さまのご健康状態や、すでにご加入いただいている生命保険契約などを総合的に勘案して、生命保険契約お引受けの可否や条件等の判断をしております。

このたびのお申込みにつきまして、慎重に検討いたしました結果、保険約款にもとづく「特別条件をつける場合の特則」(詳細は下記「特別条件のご説明(新契約用)」、「ご契約のしおり・約款」の「特別条件をつける場合の特則」をご確認ください。)を適用させていただくことになりましたので、ご了承賜りますようお願い申し上げます。

敬具

特別条件のご説明(新契約用)

1. 特別条件とは

生命保険では、ご加入者の年齢、性別のほか、ご加入者間の公平性を保つために「保険事故の発生率」(以下「発生率」といいます。)に応じて保険料率を設定しております。

発生率に影響を与える様々な要素をご加入者お一人お一人について確認させていただき、その内容に応じて特別条件を附加させていただいたり、残念ながらお引受けをお断りさせていただいたりすることでご加入者間の公平を保っております。

発生率に影響を与える要素の主なものとしては、被保険者の健康状態がありますが、この場合の健康状態とはご加入者と同様の健康状態にある方を集団とした場合の発生率を根拠としています。

そのため、一般的な臨床医学における「健康」「不健康」という健康状態とは意味合いが異なることから、結果として当社のお引受け条件が一般的な「健康」の基準とは必ずしも一致しない場合があることをご了承賜りますようお願い申し上げます。

2. 特別条件の具体的な内容について

特別条件には次の種類がありそれぞれ単独、あるいは二つを同時に適用させていただくことがあります。

<1> 特定部位・指定疾病不担保法とは

普通保険約款に定める特定部位または指定疾病のうち、当社が指定した特定部位に生じた疾病(不慮の事故または所定の感染症を直接の原因とするときを除きます。)または指定疾病を直接の原因として、当社の指定する不担保期間中に給付金などの支払事由に該当したときでも、疾病入院給付金・手術給付金などをお支払いしない方法です。

医療用特定疾病診断保険料免除特約が付加されている場合、不担保期間中に診断確定された特定部位に生じた悪性新生物を直接の原因として、保険料の払込の免除事由に該当したときでも、保険料の払込を免除しません。

また、医療用保険料免除特約が付加されている場合、不担保期間中に特定部位に生じた疾病または特定疾病を直接の原因として、保険料の払込の免除事由に該当したときでも、保険料の払込を免除しません。

特定部位・指定疾病不担保法を適用させていただく特定部位および指定疾病は「特別条件承諾書」に記載しております。

(注)「肩関節」、「股関節」、「上肢」、「下肢」に適用となる場合、部位分類が「左」、「右」、「両側」の3種類ありますのでご注意ください。

<2> 特定高度障害不担保法とは

眼球および眼球付属器(眼瞼、結膜、涙器、眼筋および眼窩内組織を含みます。)に生じた疾病(ただし、感染症を除きます。)を原因として、普通保険約款に定める高度障害状態のうち、「両眼の視力を全く永久に失ったとき」に該当する場合には、保険料の払込を免除せず、また、高度障害保険金(高度障害状態に該当したことにより支払われる保険金、年金または給付金など)をお支払いしない方法です。

また、医療用保険料免除特約を付加した場合、以下に該当するときには、保険料のお払込みを免除しません。

・特約に定める就労不能状態のうち「両眼の視力または視野に著しい障害を残す状態」に該当するとき

・特約に定める障害等級1級または2級の第1号の状態に該当していると認定され、その認定された障害基礎年金の受給権が生じたとき

3. 契約内容変更等の制限について

特別条件が適用されている場合、変換・契約内容変更等の取扱いに制限がございます。また、制限を受ける内容はご契約内容によって異なりますのであらかじめご了承賜りますようお願い申し上げます。

4. 現在のご契約の解約等を前提としたお申込みの場合の注意点

このたびのお申込みに特別条件が適用されることにより、現在のご契約ではお支払いの対象となっている保険金・給付金などをお支払いできない場合があります。

(注)特に妊娠中のお申込みの場合はご注意ください。

②不備回答時に必要な書類

【特別条件承諾書(機械作成帳票)記入例】

1582703																																							
特別条件承諾書																																							
S O M P O ひまわり生命保険株式会社																																							
先に申込みの生命保険契約について、保険約款記載の特定部位・指定疾病不担保法、特定高度障害不担保法 ^{※1} の取扱を承知のうえ、下記の条件の付加および申込内容の変更を承諾します。																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">承諾日</td> <td style="width: 45%;">令和△△年△△月△△日</td> <td style="width: 15%;">申込番号</td> <td style="width: 25%;">123-A4567890</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保険契約者 <自署></td> <td>ヒマワリ タロウ サマ</td> <td rowspan="2">法人契約者印 契約申込書と同一印 ※※※</td> <td rowspan="2">親権者 または 後見人 <自署></td> </tr> <tr> <td>向日葵 太郎 様</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">被保険者^{※2} <自署></td> <td>ヒマワリ ハナコ サマ</td> <td rowspan="2">親権者 または 後見人 <自署></td> </tr> <tr> <td>向日葵 花子 様</td> </tr> </table>				承諾日	令和△△年△△月△△日	申込番号	123-A4567890	保険契約者 <自署>	ヒマワリ タロウ サマ	法人契約者印 契約申込書と同一印 ※※※	親権者 または 後見人 <自署>	向日葵 太郎 様	被保険者 ^{※2} <自署>	ヒマワリ ハナコ サマ	親権者 または 後見人 <自署>	向日葵 花子 様																							
承諾日	令和△△年△△月△△日	申込番号	123-A4567890																																				
保険契約者 <自署>	ヒマワリ タロウ サマ	法人契約者印 契約申込書と同一印 ※※※	親権者 または 後見人 <自署>																																				
	向日葵 太郎 様																																						
被保険者 ^{※2} <自署>	ヒマワリ ハナコ サマ	親権者 または 後見人 <自署>																																					
	向日葵 花子 様																																						
※1 特定部位・指定疾病不担保法、特定高度障害不担保法の詳細は「ご契約のしおり・約款」の「特別条件をつける場合の特則」をご確認ください。																																							
※2 保険契約者と同一人の場合は、自署不要です。																																							
1. 特定部位・指定疾病不担保法																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">対象となる主契約・特則・特約</td> <td style="width: 15%;">分類番号</td> <td style="width: 45%;">給付金等をお支払いできない 特定部位および指定疾患</td> <td style="width: 10%;">契約日からの 不担保期間</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">無配当 医療保険 (M I - 0 1) 医療用保険料免除特約</td> <td>0 9</td> <td>小腸 (十二指腸、空腸、回腸) および大腸 (盲腸、結腸、直腸、虫垂)</td> <td>1 年</td> </tr> <tr> <td>3 6</td> <td>腎結石、尿管結石</td> <td>2 年</td> </tr> <tr> <td>3 9</td> <td>告知いただいた外傷に伴う合併症、後遺症</td> <td>3 年</td> </tr> <tr> <td>4 5</td> <td>子宮、卵巣および卵管 (異常妊娠、異常分娩、帝王切開を含みます。)</td> <td>4 年</td> </tr> </table>				対象となる主契約・特則・特約	分類番号	給付金等をお支払いできない 特定部位および指定疾患	契約日からの 不担保期間	無配当 医療保険 (M I - 0 1) 医療用保険料免除特約	0 9	小腸 (十二指腸、空腸、回腸) および大腸 (盲腸、結腸、直腸、虫垂)	1 年	3 6	腎結石、尿管結石	2 年	3 9	告知いただいた外傷に伴う合併症、後遺症	3 年	4 5	子宮、卵巣および卵管 (異常妊娠、異常分娩、帝王切開を含みます。)	4 年																			
対象となる主契約・特則・特約	分類番号	給付金等をお支払いできない 特定部位および指定疾患	契約日からの 不担保期間																																				
無配当 医療保険 (M I - 0 1) 医療用保険料免除特約	0 9	小腸 (十二指腸、空腸、回腸) および大腸 (盲腸、結腸、直腸、虫垂)	1 年																																				
	3 6	腎結石、尿管結石	2 年																																				
	3 9	告知いただいた外傷に伴う合併症、後遺症	3 年																																				
	4 5	子宮、卵巣および卵管 (異常妊娠、異常分娩、帝王切開を含みます。)	4 年																																				
2. 特定高度障害保障不担保法																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">対象となる主契約・特約</td> <td style="width: 50%;">特定高度障害不担保法</td> </tr> <tr> <td>無配当 医療保険 (M I - 0 1) 医療用保険料免除特約</td> <td>適用します 適用します</td> </tr> </table>				対象となる主契約・特約	特定高度障害不担保法	無配当 医療保険 (M I - 0 1) 医療用保険料免除特約	適用します 適用します																																
対象となる主契約・特約	特定高度障害不担保法																																						
無配当 医療保険 (M I - 0 1) 医療用保険料免除特約	適用します 適用します																																						
3. 申込内容を下記のとおり変更します。																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">変更項目・内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医療用総合生活障害保障特約</td> <td>付加しない</td> <td>医療用通院特約</td> <td>付加しない</td> </tr> <tr> <td>医療用がん入院特約</td> <td>付加しない</td> <td>医療用新三大疾病一時金特約</td> <td>付加しない</td> </tr> <tr> <td>医療用女性疾患入院特約</td> <td>付加しない</td> <td>医療用新がん診断給付特約</td> <td>付加しない</td> </tr> <tr> <td>医療用新先進医療特約</td> <td>付加しない</td> <td>医療用抗がん剤治療給付特約</td> <td>付加しない</td> </tr> <tr> <td>七人生活習慣病追加給付特則</td> <td>付加しない</td> <td>医療用介護年金特約</td> <td>付加しない</td> </tr> <tr> <td>新三大疾病支払日数無制限特則</td> <td>付加しない</td> <td>医療用手荷増額特約</td> <td>付加しない</td> </tr> <tr> <td>介護一時金特約</td> <td>付加しない</td> <td>医療用健康回復支援給付特約 (特定投薬治療給付型)</td> <td>付加しない</td> </tr> <tr> <td>医療用入院・一時金特約</td> <td>付加しない</td> <td>医療用保険料免除特約</td> <td>付加しない</td> </tr> </tbody> </table>				変更項目・内容				医療用総合生活障害保障特約	付加しない	医療用通院特約	付加しない	医療用がん入院特約	付加しない	医療用新三大疾病一時金特約	付加しない	医療用女性疾患入院特約	付加しない	医療用新がん診断給付特約	付加しない	医療用新先進医療特約	付加しない	医療用抗がん剤治療給付特約	付加しない	七人生活習慣病追加給付特則	付加しない	医療用介護年金特約	付加しない	新三大疾病支払日数無制限特則	付加しない	医療用手荷増額特約	付加しない	介護一時金特約	付加しない	医療用健康回復支援給付特約 (特定投薬治療給付型)	付加しない	医療用入院・一時金特約	付加しない	医療用保険料免除特約	付加しない
変更項目・内容																																							
医療用総合生活障害保障特約	付加しない	医療用通院特約	付加しない																																				
医療用がん入院特約	付加しない	医療用新三大疾病一時金特約	付加しない																																				
医療用女性疾患入院特約	付加しない	医療用新がん診断給付特約	付加しない																																				
医療用新先進医療特約	付加しない	医療用抗がん剤治療給付特約	付加しない																																				
七人生活習慣病追加給付特則	付加しない	医療用介護年金特約	付加しない																																				
新三大疾病支払日数無制限特則	付加しない	医療用手荷増額特約	付加しない																																				
介護一時金特約	付加しない	医療用健康回復支援給付特約 (特定投薬治療給付型)	付加しない																																				
医療用入院・一時金特約	付加しない	医療用保険料免除特約	付加しない																																				
変更後合計保険料 21,480 円		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">会社 使 用 欄</td> <td style="width: 25%;">計上月 6 月 支社名 取扱者</td> <td style="width: 25%;">営業店受付日</td> <td style="width: 25%;">本社担当者</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		会社 使 用 欄	計上月 6 月 支社名 取扱者	営業店受付日	本社担当者																																
会社 使 用 欄	計上月 6 月 支社名 取扱者	営業店受付日	本社担当者																																				

2 不備回答時に必要な書類

【特別条件のご説明「特別条件承諾書[医療保険(MI-01)用]」の1ページめ(手書き帳票)](ワープロ帳票803363)

特別条件のご説明

1. 特別条件とは

生命保険では、ご加入者の年齢、性別のほか、ご加入者間の公平性を保つために「保険事故の発生率」(以下「発生率」といいます。)に応じて保険料率を設定しております。

発生率に影響を与える様々な要素をご加入者お一人お一人について確認させていただき、その内容に応じて特別条件を付加させていただけたり、残念ながらお引受けをお断りさせていただけたりすることでご加入者間の公平を保っております。

発生率に影響を与える要素の主なものとしては、被保険者の健康状態がありますが、この場合の健康状態とはご加入者と同様の健康状態にある方を集団とした場合の発生率を根拠としています。

そのため、一般的な臨床医学における「健康」「不健康」という健康状態とは意味合いが異なることから、結果として当社のお引受け条件が一般的な「健康」の基準とは必ずしも一致しない場合があることをご了承賜りますようお願い申し上げます。

2. 特別条件の具体的な内容について

特別条件には次の種類がありそれぞれ単独、あるいは二つを同時に適用させていただくことがあります。

<1> 特定部位・指定疾病不担保法とは

普通保険約款に定める特定部位または指定疾病(これと医学上重要な関係があると会社が認めた疾病を含みます。)のうち、当社が指定した特定部位に生じた疾病(不慮の事故または所定の感染症を直接の原因とするときを除きます。)または指定疾病を直接の原因として、当社の指定する不担保期間中に給付金などの支払事由に該当したときでも、疾病入院給付金・手術給付金などを支払わない方法です。

医療用特定疾病診断保険料免除特約が付加されている場合、不担保期間中に診断確定された特定部位に生じた悪性新生物を直接の原因として、保険料の払込の免除事由に該当したときでも、保険料の払込を免除しません。

また、医療用保険料免除特約が付加されている場合、不担保期間中に特定部位に生じた疾病または特定疾病を直接の原因として、保険料の払込の免除事由に該当したときでも、保険料の払込を免除しません。

特定部位・指定疾病不担保法を適用させていただく特定部位および指定疾病は「特別条件承諾書[医療保険(MI-01)用]」に記載しております。

(注)「肩関節」、「股関節」、「上肢」、「下肢」に適用となる場合、部位分類が「左」、「右」、「両側」の3種類ありますのでご注意ください。

<2> 特定高度障害不担保法とは

眼球および眼球付属器(眼瞼、結膜、涙器、眼筋および眼窩内組織を含みます。)に生じた疾病(ただし、感染症を除きます。)を原因として、普通保険約款に定める高度障害状態のうち「両眼の視力を全く永久に失ったとき」に該当する場合には、保険料の払込を免除せず、また、高度障害保険金(高度障害状態に該当したことにより支払われる保険金、年金または給付金など)をお支払いしない方法です。

また、医療用保険料免除特約を付加した場合、以下に該当するときには、保険料のお払込みを免除しません。

・特約に定める就労不能状態のうち「両眼の視力または視野に著しい障害を残す状態」に該当するとき
・特約に定める障害等級1級または2級の第1号の状態に該当していると認定され、その認定された障害基礎年金の受給権が生じたとき

3. 契約内容変更等の制限について

特別条件が適用されている場合、変換・契約内容変更等の取扱いに制限がございます。また、制限を受ける内容はご契約内容によって異なりますのであらかじめご了承賜りますようお願い申し上げます。

4. 現在のご契約の解約等を前提としたお申込みの場合の注意点

このたびのお申込みに特別条件が適用されることにより、現在のご契約ではお支払いの対象となっている保険金・給付金などを支払えない場合があります。

(注)特に妊娠中の申込みの場合はご注意ください。

「特別条件承諾書[医療保険(MI-01)用]」ご記入例

●訂正される場合は、二重線で取り消し、正しい内容をご記入ください。また、取消線のそばに、フルネームでご署名のうえ、署名を○で囲ってください(訂正例をご参照ください)。訂正印による訂正も可能です。

法人契約の場合、ご契約者様が訂正する箇所については、取消線に重ねて法人契約者印による訂正印を押印してください。

訂正例

訂正する場合、ご契約者様と被保険者様による訂正が必要です。ご契約者様と被保険者様が同一の場合、被保険者様の訂正是不要です。

ご契約者様が自署してください。法人契約の場合、押印も必要です。

被保険者様が自署してください。ご契約者様と被保険者様が同一の場合、ご記入不要です。

特別条件承諾書[医療保険(MI-01)用]

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

先に申込みの生命保険契約について、保険約款記載の特定部位・指定疾病不担保法、特定高度障害不担保法^{*1}の取扱を承認のうえ、下記条件の付加および申込内容の変更を承諾します。

承諾日	令和△△年△△月△△日	申込番号
(自署)	向日葵 太郎	法人契約者印
保険契約者	(自署)	
被保険者 ^{*2}	(自署)	
	親権者 または 後見人	親権者 または 後見人
	様	様

*1 特定部位・指定疾病不担保法、特定高度障害不担保法の詳細は「ご契約のしおり・約款」の「特別条件をつける場合の特則」をご確認ください。
*2 保険契約者と同一の場合は、自署不要です。

2 不備回答時に必要な書類

【特別条件承諾書[医療保険(MI-01)用](手書き帳票)記入例】(ワープロ帳票803363)

特別条件承諾書 [医療保険 (MI-01) 用]				1582802
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛				ご契約者様は、控えとして本紙コピーを必ずお受け取りください
先に申込みの生命保険契約について、保険約款記載の特定部位・指定疾病不担保法、特定高度障害不担保法 ¹ の取扱を承知のうえ、下記条件の付加および申込内容の変更を承諾します。				
承諾日	令和 △△年 △△月 △△日	申込番号	1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0	
保険契約者 被保険者 ²	〈自署〉 向日葵 太郎 様	法人契約者印 親権者 ままたは 後見人	〈自署〉 様	
	〈自署〉 被保険者 ²	親権者 ままたは 後見人	〈自署〉 様	
<p>*1 特定部位・指定疾病不担保法、特定高度障害不担保法の詳細は「ご契約のしおり・約款」の「特別条件をつける場合の特則」をご確認ください。 *2 保険契約者と同一の場合は、自署不要です。</p>				
特別条件等		特別条件の詳細、申込内容変更等		
特定部位・指定疾病不担保法		対象となる主契約・特則・特約 特則・特約が付加されている場合、主契約と同一の分類番号・期間が不担保となります。		
		<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険 (MI-01) ・医療用新先進医療特約 ・医療用入院一時金特約 ・医療用通院特約 ・七大生活習慣病追加給付特則 ・新三大疾病支払日数無制限特則 ・医療用がん入院特約 ・医療用女性疾病入院特約 ・医療用新三大疾病一時金特約 ・医療用新がん診断給付特約 ・医療用新がん外来治療給付特約 ・医療用抗がん剤治療給付特約 ・医療用手術増額特約 ・医療用総合生活障害保障特約 ・医療用保険料免除特約 ・医療用特定疾病診断保険料免除特約 		
特定高度障害不担保法		給付金等をお支払いできない特定部位・指定疾病的分類番号および不担保期間		
		<p>分類番号 <u>1</u> 番 契約日から <u>5</u> (年間・終身)不担保 分類番号 <u> </u> 番 契約日から <u> </u> (年間・終身)不担保</p> <p>分類番号 <u>22</u> 番 契約日から <u>5</u> (年間・終身)不担保 分類番号 <u> </u> 番 契約日から <u> </u> (年間・終身)不担保</p>		
申込内容変更 (該当項目に□をご記入ください。)		対象となる主契約・特約		
		<p>適用します</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療保険 (MI-01) ・医療用保険料免除特約 ・定期保険特約 		
		下記給付金額、保険金額等を減額します。		
		<p>主契約給付金額を <input type="text"/> 億 <input type="text"/> 千万 <input type="text"/> 百万 <input type="text"/> 十万 <input type="text"/> 万 <input type="text"/> 千 <input type="text"/> 百 <input type="text"/> 十 <input type="text"/> 円に減額します。</p> <p>() 特則・特約保険金額等を <input type="text"/> 億 <input type="text"/> 千万 <input type="text"/> 百万 <input type="text"/> 十万 <input type="text"/> 万 <input type="text"/> 千 <input type="text"/> 百 <input type="text"/> 十 <input type="text"/> 円に減額します。</p>		
		下記特則・特約を取り消します。		
		<p><input type="checkbox"/> 医療用健康回復支援給付特約 (特定投薬治療給付型)</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用新先進医療特約</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用入院一時金特約</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用通院特約</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用がん診断給付特約</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用新がん外来治療給付特約</p> <p><input type="checkbox"/> 七大生活習慣病追加給付特則</p> <p><input type="checkbox"/> 新三大疾病支払日数無制限特則</p> <p><input type="checkbox"/> 介護一時金特約</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用女性疾病入院特約</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用新三大疾病一時金特約</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用手術増額特約</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用総合生活障害保障特約</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用保険料免除特約</p> <p><input type="checkbox"/> 医療用特定疾病診断保険料免除特約</p>		
変更後合計保険料 (合計保険料の変更が生じる場合、必ずご記入ください。)		合計保険料を <input type="text"/> 億 <input type="text"/> 千万 <input type="text"/> 百万 <input type="text"/> 十万 <input type="text"/> 万 <input type="text"/> 千 <input type="text"/> 百 <input type="text"/> 十 <input type="text"/> 円に変更します。		
<p>※分類番号の内容は、「特定部位・指定疾病不担保法により不担保とする特定部位および指定疾病」をご確認ください。</p> <p>この書類は、ご契約内容に関する重要な書類です。 保険契約成立時には、後日送付される保険証券と共に大切に保管ください。</p>				
			営業店受付日	本社担当者
			[803363] (24.10)	

②不備回答時に必要な書類

【「保険料等返金指図書」記入例】(ワープロ帳票730418)

保険料等返金指図書										0007009	
SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛 貴社からの返金は、以下のとおり送金してください。										請求日 令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日	
「請求日」「ご契約者(請求者)」「返金先口座」「お支払額」をボールペンでご記入ください。 太枠内を訂正する場合、「個人」は訂正署名(フルネーム)、もしくは訂正印を押印ください。「法人」はご契約者(請求者)欄の印と同一印を押印ください。											
SOMPOひまわり生命保険では、当帳票により取得した個人情報を次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。 ①保険料等の返金 ②その他保険に関連・付随する業務等											
ご 契 約 者 (請 求 者) 返 金 先 口 座	住 所 預 金 口 座	●●区 ■■ ■■ 丁目 ×-× (TEL 080-△△△△-△△△△)									
		【自署】 向日葵 太郎 (申込書・請求書または印鑑証明書と同一印)								法人 印	
【親権者・後見人】ご契約者(請求者)様が未婚の未成年の場合にご記入ください。											
※【自署】欄はご契約者(請求者)様ご自身がご記入ください。(当社で定める保険料等返金指図書取付基準に基づきます)											
お 支 払 額	申 込 書 類 送 り 状 番 号	続柄 (該当に○をしてください)									
		①本人 2 配偶者 3 親 4 子供									
		金融機関コード 0 1 2 3 支店コード 4 5 6 ①普通(総合) ②当座 預金種類 9.その他() 口座番号 9 8 7 6 5 4 3									
取扱い: ①普通(総合) ②当座 ③その他() ④定期 ⑤預金 ⑥定期預金 ⑦定期預金() ⑧定期預金() ⑨定期預金() ⑩定期預金()											
お支払額 ￥10000 ※必ず￥を入れてください。 ※右詰めでご記入ください。											
(会社記入欄)											
契約保険料以外の返金 (必要項目について記入・確認ください)										入金書類送り状 シェア 拠日 送り状番号 - - -	
<input type="checkbox"/> 誤入金による全額返金		返金事由()		<input checked="" type="checkbox"/>		振込人様名義の口座へ返金		<input type="checkbox"/>		自署 (法人の場合は記名・押印)	
申込番号/ 証券番号 (記入必須) (※)											
(1) 1 2 3 A 4 5 6 7 8 9 0 (2) (3)											
(※)契約成立後の場合は、証券番号の記入のみで可。											
SOMPOひまわり生命担当部署(営業店) 受付日 担当者 FAX /						SOMPOひまわり生命本社 担当者 確認者 承認者					
収納保全19.12(730418)											

2 不備回答時に必要な書類

【申込内容訂正請求書記入例】(ワープロ帳票803373)

申込内容訂正請求書					1482409
<small>当帳票は契約申込書の保険契約者氏名(法人印)、被保険者氏名、親権者・後見人氏名欄の訂正には使用できません。</small>					
SOMP Oひまわり生命保険株式会社 宛		ご契約者様は、控えとして本紙コピーを必ずお受け取りください			
貴社に申し込みました生命保険契約について、下記のとおり訂正を請求いたします。					
記入日	令和△△年△△月△△日	申込番号	1 2 3 - A 4 5 6 7 8 9 0		
保険契約者	<自署> 向日葵 太郎 様	法人契約者印	<自署> 親権者・後見人	様	
被保険者	<自署> (保険契約者同一の場合、自署不要) 向日葵 花子 様	親権者・後見人	<自署>	様	
<small>※1 ごども保険の場合、被保険者と読み替えます。 ※2 受取人を2名以上指定する場合、「別紙記載のとおり」にをつけ、別途受取人明細書をご提出ください。 ※3 賞与年金受取人の場合、記入できません。※4 給付金受取人の場合、記入できません。 ※5 ごども保険の場合、保険契約者と読み替えます。※6 保険種類により給付金日額・給付金月額等と読み替えます。 ※7 終身がん保険(C2)(がん治療給付型)、終身がん保険(C3)(がん診断給付型)の場合、第2回以後の払込保険料を記入します。</small>					
該当事項に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください					
訂正事項	訂正後内容				
<input type="checkbox"/> リビング・ニーズ特約	<input type="checkbox"/> 付加する <input type="checkbox"/> 付加しない	<input type="checkbox"/> 介護前払特約	<input type="checkbox"/> 付加する <input type="checkbox"/> 付加しない		
死亡保険金受取人 遺族年金受取人 養育年金受取人 死亡給付金受取人 災害死亡給付金受取人	<input type="checkbox"/> 保険契約者に同じ※1 <input type="checkbox"/> 右記のとおり <input type="checkbox"/> 別紙記載のとおり※2※3	フリガナ 氏名 様	性別 生年月日 年 月 日	被保険者から見た続柄 分割割合(%)※3	受取人人数※3 人
満期保険金受取人 給付金受取人 (がん保険(01)の場合)	<input type="checkbox"/> 保険契約者に同じ <input type="checkbox"/> 右記のとおり <input type="checkbox"/> 別紙記載のとおり※2※4	フリガナ 氏名 様	性別 生年月日 年 月 日	被保険者から見た続柄 分割割合(%)※4	受取人人数※4 人
<input checked="" type="checkbox"/> 指定代理請求特約 <input type="checkbox"/> 指定代理請求人	<input checked="" type="checkbox"/> 付加する <input type="checkbox"/> 付加しない	指定代理請求人氏名 向日葵 太郎 様	被保険者から見た続柄 夫		
	<input type="checkbox"/> 主契約保険金額※6を	億 千万 百万 十万 万 千 百 +	円に訂正します。		
	<input type="checkbox"/> () 特別保険金額※6を	億 千万 百万 十万 万 千 百 +	円に訂正します。		
下記特則・特約を取り消します。					
医療保険 (M1-01)	<input type="checkbox"/> 医療用健康回復支援給付特約 (特定投薬治療給付型) <input type="checkbox"/> 医療用新先進医療特約 <input type="checkbox"/> 医療用入院一時金特約 <input type="checkbox"/> 医療用通院特約 <input type="checkbox"/> 七大生活習慣病追加給付特則 <input type="checkbox"/> 新三大疾病支払日数無制限特則				
終身がん保険(C2) 終身がん保険(C3)	<input type="checkbox"/> 医療用がん入院特約 <input type="checkbox"/> 医療用女性疾病入院特約 <input type="checkbox"/> 医療用新三大疾病一時金特約 <input type="checkbox"/> 医療用新がん診断給付特約 <input type="checkbox"/> 医療用新がん外来治療給付特約 <input type="checkbox"/> 医療用抗がん剤治療給付特約 <input type="checkbox"/> 医療用特定疾病診断保険料免除特約				
限定期告知型医療保険 (M2) (入院治療給付型)	<input type="checkbox"/> 限定期告知医療用新三大疾病入院治療給付特約 <input type="checkbox"/> 限定期告知医療用新三大疾病支払回数無制限特則(主契約付帯) <input type="checkbox"/> 限定期告知医療用新三大疾病支払回数無制限特則(限定期告知医療用新三大疾病入院治療給付特約に付帯) <input type="checkbox"/> 限定期告知医療用新三大疾病支払回数無制限特則(限定期告知医療用新三大疾病保険料免除特約) <input type="checkbox"/> 限定期告知医療用新先進医療特約(支援給付金付) <input type="checkbox"/> 限定期告知医療用特定疾病診断保険料免除特約				
保障内容 合計保険料	<input type="checkbox"/> 定期保険特約 <input type="checkbox"/> 老年保険特約 <input type="checkbox"/> 災害死亡特約 <input type="checkbox"/> 介護一時金特約 <input type="checkbox"/> 大病・就労不能保険料免除特約 <input type="checkbox"/> 無解約返戻金型メンタル疾患保障付七大疾病保障特約 <input type="checkbox"/> 限定期告知介護一時金特約 <input type="checkbox"/> 限定期告知介護年金特約				
<small>健康体料率特約の申込料率変更 <input type="checkbox"/> 非喫煙者標準体保険料率へ変更 <input type="checkbox"/> 喫煙者健康体保険料率へ変更 <input type="checkbox"/> 健康体料率特約を取り消し(標準体保険料率)に変更される場合) 【終身がん保険(C2)(がん治療給付型)／終身がん保険(C3)(がん診断給付型)の場合】申込料率変更 <input type="checkbox"/> 喫煙者保険料率へ変更 <input type="checkbox"/> 標準保険料率へ変更(ご契約年齢20歳未満のみ) 【変額保険(V1)(就労不能・介護保障型)／変額保険(V2)(死亡保障型)の場合】健康ステージ変更 <input type="checkbox"/> 非喫煙者標準体ステージへ変更 <input type="checkbox"/> 喫煙者健康体ステージへ変更 <input type="checkbox"/> 健康ステージの適用なしへ変更 </small>					
<small>() を() に訂正します。</small>					
<small><input type="checkbox"/> 合計保険料※7を 億 千万 百万 十万 万 千 百 + 円に訂正します。</small>					
<small>終身がん保険(C2)(がん治療給付型)または終身がん保険(C3)(がん診断給付型)で、 払込方法が年払・半年払の場合、以下も必ずご記入ください。</small>					
<small><input type="checkbox"/> 第1回払込保険料を 億 千万 百万 十万 万 千 百 + 円に訂正します。</small>					
			営業店受付日	本社担当者	
			新契約 25.12(803373)		

②不備回答時に必要な書類

【新契約用】特別勘定割合変更依頼書(891940)

1501803																						
保険会社提出用																						
S O M P O ひまわり生命保険株式会社 宛																						
【新契約用】特別勘定割合変更依頼書																						
<p>今般申込みをする変額保険（V1）（就労不能・介護保障型）について、以下のとおり特別勘定への繰入割合の変更を依頼します。</p> <p>※特別勘定への繰入割合に変更のない箇所も含め、繰入割合合計が100%になるようご記入ください。</p>																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">特別勘定種類</th> <th style="text-align: center;">割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①バランス40型（安定型）</td> <td style="text-align: center;">50%</td> </tr> <tr> <td>②バランス60型（積極型）</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td>③国内株式型</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td>④先進国株式型</td> <td style="text-align: center;">50%</td> </tr> <tr> <td>⑤先進国株式アクティブ型</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td>⑥新興国株式型</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td>⑦先進国債券型</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td>⑧国内リート型</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td>⑨短期金融市場型</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合計</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </tbody> </table>	特別勘定種類	割合	①バランス40型（安定型）	50%	②バランス60型（積極型）	%	③国内株式型	%	④先進国株式型	50%	⑤先進国株式アクティブ型	%	⑥新興国株式型	%	⑦先進国債券型	%	⑧国内リート型	%	⑨短期金融市場型	%	合計	100%
特別勘定種類	割合																					
①バランス40型（安定型）	50%																					
②バランス60型（積極型）	%																					
③国内株式型	%																					
④先進国株式型	50%																					
⑤先進国株式アクティブ型	%																					
⑥新興国株式型	%																					
⑦先進国債券型	%																					
⑧国内リート型	%																					
⑨短期金融市場型	%																					
合計	100%																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">依頼日</td> <td style="width: 45%;">令和△△年△△月△△日</td> <td style="width: 15%;">申込番号 ※複数記入可</td> <td colspan="2" style="width: 25%;">123-A4567890</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保険契約者</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;"><自署> 向日葵 太郎 様</td> <td style="text-align: center;">法人契約者印</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">親 権 者 ま た は 後 見 人 様</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;"><自署></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者*</td> <td style="text-align: center;"><自署></td> <td style="text-align: center;">様</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	依頼日	令和△△年△△月△△日	申込番号 ※複数記入可	123-A4567890		保険契約者	<自署> 向日葵 太郎 様	法人契約者印	親 権 者 ま た は 後 見 人 様	<自署>		被保険者*	<自署>	様								
依頼日	令和△△年△△月△△日	申込番号 ※複数記入可	123-A4567890																			
保険契約者	<自署> 向日葵 太郎 様	法人契約者印	親 権 者 ま た は 後 見 人 様	<自署>																		
被保険者*	<自署>	様																				
※保険契約者と同一人の場合は、自署不要です。		ご契約者様は、控えとして本紙コピーを必ずお受け取りください																				
新契約部 24.03 (891940)	営業店受付日	本社担当者																				

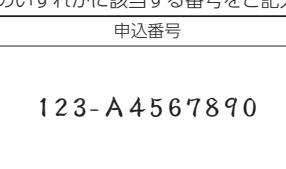
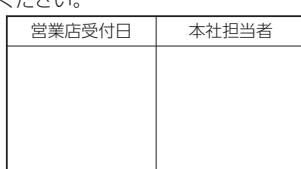
②不備回答時に必要な書類

【「米国納税義務者等についての確認書」記入例】(ワープロ帳票890447)

1424409												
<small>ご契約者は、控えとして本紙コピーを必ずお受け取りください。</small> 米国納税義務者等についての確認書 SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">申告日</td> <td style="width: 50%;">令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日</td> </tr> </table>	申告日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日										
申告日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日											
米国納税義務者等の確認欄												
ご署名欄（米国納税義務者の該当有無にかかわらずご署名ください。）												
＜確認対象者自署＞ 向田葵 太郎												
法人印 												
<small>法人の場合は法人印を押印ください。</small>												
いずれかに <input type="checkbox"/> 米国納税義務者等にあたらない方 <small>私は米国納税義務者（個人・法人）および米国納税義務者を実質的支配者に含む米国以外の事業体に該当しません。（各種申込書・請求書等における自己宣誓の内容が誤りの場合は訂正します。）</small>												
いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 米国納税義務者等にあたる方 <small>私は米国納税義務者（個人・法人）または米国納税義務者を実質的支配者に含む米国以外の事業体に該当します。貴社との生命保険契約※に関するすべての情報を米国内国税入庁（IRS）に提供することに同意します。※今回契約ならびに今後貴社と契約するすべての生命保険契約について同意します。</small>												
米国納税義務者等にあたる方は以下にもチェックしてください。												
<input checked="" type="checkbox"/> 確認対象者が米国納税義務者等	<input type="checkbox"/> 実質的支配者が米国納税義務者等かつ投資所得の割合が50%未満	<input type="checkbox"/> 実質的支配者が米国納税義務者等かつ投資所得の割合が50%以上										
実質的支配者のご署名欄												
＜自署＞												
法人印 												
<small>法人の場合は法人印を押印ください。</small>												
ご申告欄	<small>別紙を確認し、以下申告内容を米国内国税入庁（IRS）に提供することに同意します。</small>											
氏名・名称（ローマ字） <small>※名・姓の順でご記入ください ※法人名は英語表記も可</small>	<small>(記入例) 【個人の場合（氏名）】Taro Himawari 【法人の場合（法人名称）】Sompo Himawari Life Insurance Inc.</small>											
Taro Himawari												
住所・所在地（ローマ字） <small>※ご登録の通信先住所と同じ場合は○で囲んでください⇒</small>	<small>(記入例) △-△-△, Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo, 〒△△△-△△△△</small>											
<small>通信先住所に同じ</small>	<small>△-△-△, Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo, 〒△△△-△△△△</small>											
米国納税者番号 (TIN) <small>※いずれかを記載ください</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 社会保障番号 (SSN)	1	2	3	-	4	5	-	6	7	8	9
<input type="checkbox"/> 雇用者番号 (EIN)												
取扱者記入欄										営業店受付日	本社担当者	
申込番号	123-A4567890											
証券番号												
年金番号												
<small>新契約部 24.04 (890447)</small>												

②不備回答時に必要な書類

【特定取引に関する届出書【新契約訂正用】記入例】(ワープロ帳票890918)

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛		1426403																																																
特定取引に関する届出書【新契約訂正用】																																																		
[租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律]第10条の5の規定に基づき、以下のとおり届出します。																																																		
届出日	令和 △△年 △△月 △△日																																																	
氏名・法人名	【自署】 向日葵 太郎	法人印 																																																
住所・所在地																																																		
1 税法上の居住地国について、以下ご記入ください。																																																		
居住地国	<input checked="" type="checkbox"/> 日本国 <input type="checkbox"/> 日本国以外 上記居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。																																																	
居住地国名※1		外国納税者番号※2																																																
住所・所在地と居住地国が異なる理由※3																																																		
2 法人のお客様の場合、以下ご記入ください。																																																		
<input type="checkbox"/> 右記の法人に該当します。 <input checked="" type="checkbox"/> 右記の法人に該当しません。		A. 株式が日本国内外の金融商品取引所に上場している法人 B. 日本国内外の国・地方公共団体・中央銀行、国際機関 C. 上記B. により資本金等の二分の一以上を出資されている法人 D. 人格のない社団・財団 E. 独立行政法人																																																
 「右記の法人に該当しません。」にチェックされた場合、法人の実質的支配者についてご記入ください。																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">実質的支配者1</th> <th colspan="2">実質的支配者2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>氏名・名称</td> <td>向日葵 太郎</td> <td>氏名・名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>大正昭和平成令和 △△年△△月△△日</td> <td>生年月日</td> <td>大正昭和平成令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住所・所在地</td> <td>東京都●●区 ■■ △丁目×-×</td> <td>住所・所在地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>法人との関係性※4</td> <td>D</td> <td>法人との関係性※4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>外国P E P s</td> <td><input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要</td> <td>外国P E P s</td> <td><input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要</td> </tr> <tr> <td>居住地国</td> <td><input type="checkbox"/> 日本国 <input type="checkbox"/> 日本国以外</td> <td>居住地国</td> <td><input type="checkbox"/> 日本国 <input type="checkbox"/> 日本国以外</td> </tr> <tr> <td>住所・所在地と居住地国が異なる理由※3</td> <td colspan="2">住所・所在地と居住地国が異なる理由※3</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">上記居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。</td> </tr> <tr> <td>居住地国名※1</td> <td colspan="2">居住地国名※1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>外国納税者番号※2</td> <td colspan="2">外国納税者番号※2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約者の法人番号</td> <td colspan="2">契約者の法人番号</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			実質的支配者1		実質的支配者2		氏名・名称	向日葵 太郎	氏名・名称		生年月日	大正昭和平成令和 △△年△△月△△日	生年月日	大正昭和平成令和 年 月 日	住所・所在地	東京都●●区 ■■ △丁目×-×	住所・所在地		法人との関係性※4	D	法人との関係性※4		外国P E P s	<input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要	外国P E P s	<input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要	居住地国	<input type="checkbox"/> 日本国 <input type="checkbox"/> 日本国以外	居住地国	<input type="checkbox"/> 日本国 <input type="checkbox"/> 日本国以外	住所・所在地と居住地国が異なる理由※3	住所・所在地と居住地国が異なる理由※3			上記居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。				居住地国名※1	居住地国名※1			外国納税者番号※2	外国納税者番号※2			契約者の法人番号	契約者の法人番号		
実質的支配者1		実質的支配者2																																																
氏名・名称	向日葵 太郎	氏名・名称																																																
生年月日	大正昭和平成令和 △△年△△月△△日	生年月日	大正昭和平成令和 年 月 日																																															
住所・所在地	東京都●●区 ■■ △丁目×-×	住所・所在地																																																
法人との関係性※4	D	法人との関係性※4																																																
外国P E P s	<input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要	外国P E P s	<input type="checkbox"/> 該当する ※別紙の提出必要																																															
居住地国	<input type="checkbox"/> 日本国 <input type="checkbox"/> 日本国以外	居住地国	<input type="checkbox"/> 日本国 <input type="checkbox"/> 日本国以外																																															
住所・所在地と居住地国が異なる理由※3	住所・所在地と居住地国が異なる理由※3																																																	
上記居住地国が「日本国以外」の場合、以下ご記入ください。																																																		
居住地国名※1	居住地国名※1																																																	
外国納税者番号※2	外国納税者番号※2																																																	
契約者の法人番号	契約者の法人番号																																																	
3 特定組合に該当する場合、以下ご記入ください。																																																		
取引担当者名		取引担当者住所																																																
※1：居住地国を有しない場合、その旨をご記入ください。 ※2：法令により納税者番号の提供が禁止されている場合、「法令により提供禁止」とご記入ください。 ※3：住所・所在地と居住地国が異なる場合、その事情の詳細をご記入ください。 ※4：法人と実質的支配者の関係性は別紙2記載の「A～H」のいずれかに該当する番号をご記入ください。																																																		
代理店使用欄		申込番号 	営業店受付日 	本社担当者 																																														
		123-A 4567890																																																
890918 (20.10)																																																		

②不備回答時に必要な書類

【生命保険契約お引き受け見合わせのご案内】(ワープロ帳票801822)

令和△△年△△月△△日

(申込番号)
123-A4567890(保険契約者)
向日葵 太郎 様
(被保険者)
向日葵 花子 様

SOMPOひまわり生命保険株式会社

生命保険契約お引き受け見合わせのご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

このたびは弊社の生命保険契約にお申し込みいただきまして、誠にありがとうございます。

さて、生命保険は相互扶助の精神にもとづき、お客さまが危険に応じた保険料を公平に負担する制度です。このため、弊社ではお客さまのご健康状態や、すでにご加入いただいている生命保険契約などを総合的に勘案して、生命保険契約お引き受けの可否や条件等の判断をしております。

このたび、お客さまのお申し込みについて、慎重に検討いたしました結果、残念ながらお引き受けを見合わせさせていただくことになりました。

せっかくのお申し込みに対し、はなはだ心苦しいばかりではございますが、何とぞご了承いただきますようお願い申し上げます。

敬具

<お問い合わせ先>
ひまわり代理店
鈴木 一郎
〒 123-4567
東京都●●区■■

TEL: 03-1234-5678

新契約 19. 10
(801822)