

# 告知書(こども保険専用)

＜告知書の控え・告知サポート資料を必ず保管してください＞

告知書は両面コピーをお受け取りいただくか お客様ご自身でスマートフォン等で撮影のうえ、必ずお客様控えをお手元に残してください。  
※後日告知いただいた内容について確認させていただく場合があるため、全体が鮮明な状態で大切に保管してください。

## 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。

必ず保険契約者・被保険者ご本人が、そのままを正確に、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。

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 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。

●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できます。

お申込み内容により、保険契約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。

■喫煙状況については参考事項としてお伺いしており、ご回答いただかなくても保険加入可否に影響はございません。

## 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、見舞金・年金などをお支払いできないことがあります。

ご契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、死亡保険金以外の見舞金や年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。

告知記入等に関してご不明な点や告知していただいた内容に訂正や記入忘れがある場合、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

# 「告知書」記入例

●ご記入に際しては、告知サポート資料や下記記入例をよくお読みのうえ、黒ボールペンを使用し、楷書でご記入ください。  
●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、取消線のそばに告知いただいた方がフルネームでご署名のうえ、署名を○で囲ってください。訂正印による訂正も可能です。

## 1 告知日

ご記入いただいた日を和暦でご記入ください。

## 2 身長・体重

小数点以下の数値がわかる場合、また乳幼児の場合は、小数点以下までご記入ください。

## 3 年収

税引前の年収をご記入ください。

無職・主婦・主夫・学生などで収入がない場合は記入不要です。

## 4 親権者・後見人氏名

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をご確認・合意のうえ、その代表者がご記入ください。

※出生前加入特別を付加する場合、被保険者欄は記入不要です。

## 被保険者の告知

被保険者が15歳未満の場合、親権者・後見人の代表者による代理告知が可能です。

### 第1項

・最近3か月以内に、「医師にみてもらった」事実があれば、「はい」の告知が必要です。  
ただし、第4項に該当する検査※を「受診したこと」については第1項での「はい」の告知は不要です。  
※健康診断・人間ドック・自覚症状等がなく健康診断の一環として自発的に受診したがん検診・脳ドック・PET検査および、その再検査・精密検査・コンタクトレンズ処方時の検診・乳幼児健診・妊婦健診で、異常指摘を受けていない場合、「いいえ」の告知となります。(正常妊娠についても「いいえ」の告知となります。)

### 第3項

子宮頸部高度異形成やCIN3の診断を受けている場合は、「はい」の告知が必要です。

### 第4項

過去2年以内の健康診断・人間ドックで、「異常の指摘を受けた」事実があれば、「はい」の告知が必要です。  
その後の再検査や精密検査で「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」場合でも、「はい」の告知が必要です。

### 第7項

妊娠している場合、「はい」の告知が必要です。  
また、妊婦健診で異常指摘を受けている場合、第1項・第2項も「はい」の告知が必要です。  
**母子手帳で異常指摘の有無を確認のうえ、ありのままを告知してください。**

## 記入例のポイント



### 過去5年内の病気やけがに関する告知のポイント

以下のいずれのケースも「はい」の告知が必要です。

#### 7日間以上

通院回数にかかわらず、初診から最後に診察を受けた日が7日間以上である場合、定期的に検査通院している場合

なども、「はい」の告知が必要です。

入院や手術の後、または健康診断の際の異常指摘がきっかけで（5年以上前の入院や手術・健康診断も含みます）、現在医師による管理のもと定期的な検査・診察を受けています。

#### 定期的な検査・診察を受けている場合

初診 → 再診 → 再診 → …

#### 通院回数にかかわらず

初診から最後に診察を受けた日が7日間以上となった場合

初診 (4月1日) → 再診(最後の診察) (4月7日)

医師から再診を指示されているながら通院できなかった場合、通院しなかった場合も、「はい」の告知が必要です。

#### 通院が1回であっても、

#### 7日分以上の薬を処方された場合

薬を飲まなかった、薬を受け取らなかったとしても、「はい」の告知が必要です。

#### 入院

入院日数や治療の有無にかかわらず、日帰り入院や検査入院、教育入院の場合も、「はい」の告知が必要です。

#### 手術

入院をともなわない手術、開腹などをしない手術、出産にともなう帝王切開術の場合も、「はい」の告知が必要です。

#### 《開腹などをしない手術の例》

**ケース1**  
白内障により低下した視力回復のために行う  
**水晶体再建術**

**ケース2**  
結石を碎くために行う  
**体外衝撃波結石破砕術(ESWL)**

**ケース3**  
ポリープを取りために行う  
**内視鏡的ポリープ切除術**

**ケース4**  
流産・人工妊娠中絶などの後に行う  
**人工授精や採卵術**

**ケース5**  
不妊治療のために行う  
**内容除去術など**

## 記入例のポイント



### 健康診断・人間ドックの異常に関する告知のポイント

異常指摘内容の記入見本です。

| 異常指摘内容                   | 血液検査(肝機能)  | 乳がん検診  |
|--------------------------|--|--|
| 健康診断・人間ドック受診時期           | 令和△△年△△月   | 令和△△年△△月   |
| 健康診断・人間ドックの異常指摘について      | 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。                        | 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。                                |
| 再・精密検査受診時期               | 令和△△年△△月   | 令和△△年△△月   |
| 再・精密検査について               | 下記①のいずれかに○をしてください。<br>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 | 下記①のいずれかに○をしてください。<br>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         |
| 再・精密検査を受けた場合は下記もご記入ください。 | 検査名・部位<br>内視鏡検査<br>胃ホリープ<br>具体的な指示内容                   | 検査名・部位<br>血液検査(肝機能)<br>検査結果(数値・所見)<br>AST 32, ALT 52, γ-GTP 89 |
| 対象者<br>脾がないある部位・原因       | 対象者記入欄<br>脾がないある部位<br>脾がない程度・詳細                        | 対象者記入欄<br>脾がないある部位<br>脾がない程度・詳細                                |
| 症状の固定時期                  | 年　月  | 年　月  |
| 脾がない程度・詳細                | 脾がない程度・詳細  | 脾がない程度・詳細  |

再検査・精密検査を受けた場合は下記もご記入ください。

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

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

③ 1年後にまた来てくださいといわれた

④ に該当の場合、この欄は記入不要です。

## 血液検査の異常指摘

血液検査の異常指摘の場合、ご記入いただく具体的な項目名の例です。

### 肝機能(肝臓・肝炎)

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| AST(GOT)          | 直接bilirubin(D-Bil) |
| ALT(GPT)          | ZTT                |
| γ-GTP             | TTT                |
| 総bilirubin(T-Bil) | A/G比               |
| HBs抗原             | アルブミン(Alb)         |
| HCV抗体             | 総蛋白(TP)            |
| LDH               |                    |
| ALP               |                    |

### 脂質

|            |
|------------|
| LDLコレステロール |
| HDLコレステロール |
| 総コレステロール   |
| 中性脂肪(TG)   |

### 糖代謝

|                  |
|------------------|
| HbA1c(ヘモグロビンA1c) |
| 空腹時血糖(FBS)       |

### 貧血

|             |      |
|-------------|------|
| ヘモグロビン(Hb)  | MCH  |
| 赤血球数(RBC)   | MCHC |
| ヘマトクリット(Ht) | MCV  |

※内容により、詳細な告知や健康診断・人間ドックの結果などのご提出をお願いすることもありますので、あらかじめご了承ください。

# 告知書(こども保険専用)

お客様控え(コピーまたはカメラで撮影)を必ず保管してください

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

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。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。

|          |  |
|----------|--|
| 告知日      | 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日                       |
| 保険契約者 氏名 | フリガナ<br>(自署)<br>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 [ ] 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日<br>平成          |
| 身長       | [ ] cm<br>性別 男 女                           |
| 体重       | [ ] kg<br>年収(参考事項) 万円                      |

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。

|              |  |
|--------------|--|
| 告知日          | 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日                       |
| 被保険者(こども) 氏名 | フリガナ<br>(自署)<br>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         | 平成 [ ] 令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日                |
| 身長           | [ ] cm<br>性別 男 女                           |
| 体重           | [ ] kg<br>年収(参考事項) 万円                      |

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)  
被保険者との続柄 様  
親権者・後見人

被保険者がご記入ください。  
※15歳未満の場合、親権者・後見人の代理記入も可能です。

|   | 質問事項   | 保険契約者の告知                               | 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。<br><br>⚠ 「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。   | いいえ はい<br>はい いいえ                       |         |
| 2 | 過去5年内の病気やけがについておうかがいします。<br><br>①入院したこと、または手術を受けたことがありますか。<br>⚠ 「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。<br>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。<br><br>⚠ 「7日間以上」とは、初診から最後に診察を受けた日が7日間以上である場合を指します。<br>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。 | いいえ はい<br>はい いいえ<br>はい はい              |         |
| 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。<br><br>⚠ 「がん」には、白血病・骨髄腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。<br>⚠ 「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。  | いいえ はい<br>はい 告知不要                      |         |
| 4 | 過去2年内に、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。<br><br>⚠ 「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検診」などの検診や検査を含みます。  | いいえ はい<br>はい 告知不要<br>健康診断・人間ドックを受けていない |         |
| 5 | 身体の障がいについておうかがいします。<br><br>①視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。<br>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。<br>③背骨(脊柱)に変形や障がいがありますか。<br><br>⚠ 「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。   | いいえ はい<br>はい いいえ<br>はい はい              |         |
| 6 | 【20歳以上の方のみ】過去1年内に、喫煙またはタバコ商品を使用したことがありますか。<br><br>⚠ 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。<br>※健康体調特約を付加できない保険種類の場合、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)に加入しない場合、参考事項とさせていただきます。                        | いいえ はい<br>はい 告知不要                      |         |
| 7 | 18歳以上の女性におうかがいします。<br>現在、妊娠していますか。   | いいえ はい<br>はい 告知不要                      |         |

告知サポート資料をご確認のうえ、必ず保険契約者・被保険者ご本人が、そのままを正確に、もれなくご記入ください。  
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。

申込番号 [ ] - [ ]  
支店コード [ ] - [ ]

証券番号 [ ] - [ ]

| 対象者                | 保険契約者                          | 被保険者(こども)                     |
|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 病気やけがの正式診断名・部位・検査名 | 病気やけがの正式診断名                    |                               |
| 医療機関名              |                                |                               |
| 受診開始時期             | 年 [ ] 月 [ ] から                 | 年 [ ] 月 [ ] から                |
| 現在の状況              | 全治 [ ]<br>治療中 [ ]<br>経過観察中 [ ] | 全治时期<br>年 [ ] 月 [ ]           |
| 入院時期・期間            | 入院なし [ ]<br>入院あり [ ]           | 入院时期・期間<br>年 [ ] 月 [ ] (日間)   |
| 手術時期・手術名・部位        | 手術なし [ ]<br>手術あり [ ]           | 手術时期<br>年 [ ] 月 [ ]<br>手術名・部位 |
| 後遺症・合併症            | 後遺症・合併症なし [ ]<br>後遺症・合併症あり [ ] | 詳細内容                          |

| 対象者                | 保険契約者                          | 被保険者(こども)                     |
|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 病気やけがの正式診断名・部位・検査名 | 病気やけがの正式診断名                    |                               |
| 医療機関名              |                                |                               |
| 受診開始時期             | 年 [ ] 月 [ ] から                 | 年 [ ] 月 [ ] から                |
| 現在の状況              | 全治 [ ]<br>治療中 [ ]<br>経過観察中 [ ] | 全治时期<br>年 [ ] 月 [ ]           |
| 入院時期・期間            | 入院なし [ ]<br>入院あり [ ]           | 入院时期・期間<br>年 [ ] 月 [ ] (日間)   |
| 手術時期・手術名・部位        | 手術なし [ ]<br>手術あり [ ]           | 手術时期<br>年 [ ] 月 [ ]<br>手術名・部位 |
| 後遺症・合併症            | 後遺症・合併症なし [ ]<br>後遺症・合併症あり [ ] | 詳細内容                          |

▼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。

| 対象者       | 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 | 保険契約者 [ ]<br>最大(収縮期)血圧 [ ] mmHg<br>最小(拡張期)血圧 [ ] mmHg | 保険契約者 [ ]<br>総コレステロール (mg/dl)<br>LDLコレステロール (mg/dl) | 保険契約者 [ ]<br>インスリン治療 (有無 %)<br>HbA1c ( ) | 保険契約者 [ ]<br>ヘモグロビン(Hb) (g/dl)<br>赤血球数(RBC) (10 <sup>6</sup> /μl) |
| 直近の測定時期   | 年 [ ] 月 [ ]   | 年 [ ] 月 [ ]   | 年 [ ] 月 [ ]                              | 年 [ ] 月 [ ]   |

| 対象者                 | 保険契約者                           | 保険契約者       |
|---------------------|---------------------------------|-------------|
| 健康診断・人間ドック受診時期      | 年 [ ] 月 [ ]                     | 年 [ ] 月 [ ] |
| 健康診断・人間ドックの異常指摘について | 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。 |             |
|                     | 検査名・部位                          | 検査名・部位      |
|                     | 検査結果(数値・所見)                     | 検査結果(数値・所見) |

| 対象者        | 保険契約者  | 保険契約者  |
|------------|--|--|
| 再・精密検査受診時期 | 年 [ ] 月 [ ]  | 年 [ ] 月 [ ]  |
| 再・精密検査について | 再検査・精密検査を受けた場合は下記もご記入ください。   |  |
|            | 下記①②のいずれかに○をしてください。<br>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<br>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 | 下記①②のいずれかに○をしてください。<br>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<br>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 |
|            | 検査名・部位   | 検査名・部位   |
|            | 検査結果(数値・所見)  | 検査結果(数値・所見)  |
|            | 具体的な指示内容   | 具体的な指示内容   |

| 対象者         | 保険契約者                 | 被保険者(こども)            |
|-------------|-----------------------|----------------------|
| 障がいのある部位・原因 | 障がいのある部位              | 原因                   |
| 症状の固定時期     | 年 [ ] 月 [ ]           | 障害等級<br>(認定を受けている場合) |
| 障がいの程度・詳細   | 視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入 |                      |

| 対象者         | 保険契約者                 | 被保険者(こども)            |
|-------------|-----------------------|----------------------|
| 障がいのある部位・原因 | 障がいのある部位              | 原因                   |
| 症状の固定時期     | 年 [ ] 月 [ ]           | 障害等級<br>(認定を受けている場合) |
| 障がいの程度・詳細   | 視力障がいのある場合は左右の矯正視力を記入 |                      |

検査名と検査結果の記入例

| 検査名  | 尿検査                 |
|------|---------------------|
| 検査結果 | (例)尿蛋白+、尿糖2+、尿潜血3+等 |

| 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。 |

| 検査名  | 心電図検査                     |
|------|---------------------------|
| 検査結果 | (例)心室性期外収縮、I度房室ブロック、心房細動等 |

| 検査名  | 胸部X線、CT検査等            |
|------|-----------------------|
| 検査結果 | (例)○○性陰影、心陰影拡大、肺気腫疑い等 |

| 検査名  | 胃部X線、CT、内視鏡検査等 |
|------|----------------|
| 検査結果 | (例)胃炎、胃ポリープ等   |

| 検査名  | 腹部超音波、内視鏡検査等   |
|------|----------------|
| 検査結果 | (例)胆囊ポリープ、脂肪肝等 |

| 検査名  | 乳房超音波(エコー)、マンモグラフィ検査等 |
|------|-----------------------|
| 検査結果 | (例)乳腺のう胞、乳腺症疑い等       |

取扱記入欄

|             |
|-------------|
| 保険契約者追加・再告知 |
| 被保険者追加・再告知  |
| 詳細別紙あり      |

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つ以上の詳しいある場合、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。

対象者  
保険契約者 被保険者(こども)

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

年 [ ] 月 [ ]

# 病気やけがの名前により、詳しい内容の告知をお願いします。

下表の病気やけがについて告知をされる場合は、告知詳細記入欄にあらかじめ記載されている項目に加え、下表の内容を表面の告知詳細記入欄にご記入ください。

また、下表以外の病気やけがであっても、後日、具体的な治療内容などの詳細告知をお願いすることもありますので、あらかじめご了承ください。

| 分類   | 病気やけがの名前   | ご記入いただきたい詳細内容   |
|------|--|---|
| 外傷   | (外傷共通)<br>※けがの名前を必ずご記入ください。                                    | <input type="checkbox"/> 原因 (例)「交通事故」「転倒」「転落」など<br><input type="checkbox"/> 詳細な部位   |
|      | 骨折 (上肢・下肢)<br>コンセツ ヨウシ・カシ<br>骨折 (肋骨・鎖骨・骨盤)<br>コンセツ ロソク・サツク・コバン | <input type="checkbox"/> 原因 (例)「交通事故」「転倒」「転落」など<br><input type="checkbox"/> 詳細な部位 (例)「右(下肢)」「左(下肢)」「両方(下肢)」など<br><input type="checkbox"/> 固定用金属(プレート等)、除去の有無<br><input type="checkbox"/> 正式手術名および具体的な治療方法 (例)「骨折観血的手術」「観血的整復固定術」「関節形成術」「骨接合術」「プレート固定術」「抜釘術」「鋼線(ワイヤー)固定」など |
|      | 骨折 (脊椎)<br>コンセツ セキヅイ   | <input type="checkbox"/> 原因 (例)「交通事故」「転倒」「転落」など<br><input type="checkbox"/> 詳細な部位 (例)「頸椎」「胸椎」「腰椎」<br><input type="checkbox"/> 膀胱・直腸障害の有無  |
|      | 靭帯損傷<br>ジンタイシンショウ  | <input type="checkbox"/> 詳細な部位 (例)「右膝」「左膝」など  |
|      | 熱傷・火傷<br>ネッショウ ハケド   | <input type="checkbox"/> 熱傷分類 (例)「第Ⅰ度」「第Ⅱ度」「第Ⅲ度」「第Ⅳ度」   |
|      | 大腿骨頭壊死症<br>ダイガイコットウエシシヨウ                                       | <input type="checkbox"/> 原因(基礎疾患)の有無。有の場合、その詳しい内容   |
|      | 椎間板ヘルニア<br>ツイカンバン  | <input type="checkbox"/> 詳細な部位 (例)「頸椎」「胸椎」「腰椎」  |
|      | 内分泌系<br>コウジョウセンシキ  | <input type="checkbox"/> 正式な診断病名<br>(例)「結節性甲状腺腫」「単純性甲状腺腫」「非中毒性びまん性甲状腺腫」など<br><input type="checkbox"/> 原因(基礎疾患)の有無。有の場合、その詳しい内容  |
| 目    | 白内障<br>ハクナイショウ   | <input type="checkbox"/> 詳細な手術部位 (例)「右眼」「左眼」「両眼」  |
| ポリープ | 胃ポリープ<br>タツノウポリープ、大腸ポリープ<br>イ                                  | <input type="checkbox"/> 正式手術名 (例)「内視鏡的胃ポリープ粘膜切除術」「腹腔鏡下胆囊摘出術」など   |
| その他  | 胸膜炎<br>キョウマクエイン  | <input type="checkbox"/> 原因 (例)「細菌」「ウイルス」「マイコプラズマ」「寄生虫」など   |
|      | 腹膜炎<br>ブカブエイン  | <input type="checkbox"/> 原因 (例)「虫垂炎」など<br><input type="checkbox"/> 再発の有無。有の場合、その詳しい内容   |
|      | 過敏性大腸炎<br>カビンセイダイチヨウエン   | <input type="checkbox"/> 再発の有無。有の場合、その詳しい内容   |
|      | 腸閉塞、イレウス<br>チヨウハイソク  | <input type="checkbox"/> 原因 (例)「腸管狭窄」「便秘」「脊髄損傷」「腫瘍」など   |
|      | 腎結石、尿管結石、膀胱結石、尿道結石<br>シンケツセキ、ニオウカンケツセキ<br>ボウコウケツセキ、ニヨウダウケツセキ   | <input type="checkbox"/> 正式手術名 (例)「体外衝撃波結石破碎術」など<br><input type="checkbox"/> 再発の有無。有の場合、その詳しい内容   |
|      | めまい(眩暈)<br>メイマイ  | <input type="checkbox"/> 原因(基礎疾患)の有無。有の場合、その詳しい内容   |
|      | 貧血<br>ヒンケツ   | <input type="checkbox"/> 正式な診断病名 (例)「鉄欠乏性貧血」など  |
|      | リンパ節炎<br>リンパセツエン   | <input type="checkbox"/> 原因 (例)「ウイルス」「溶連菌」「フドウ球菌」など   |
|      | 憩室炎、憩室症<br>ケイシキエン、ケイシキショウ                                      | <input type="checkbox"/> 詳細な部位 (例)「食道」「胃」「十二指腸」「大腸」など   |
|      | 痔核、痔裂、裂肛、痔瘻<br>ジカク、ジレツ、レッコウ、ジロウ                                | <input type="checkbox"/> 正式手術名 (例)「根治術」「結紉術」「切開開放術」「切開排膿」など   |

## 個人情報の取扱いについて

### 【個人情報の取扱いに関する事項】

当社は、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。

- ①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
  - ②再保険契約の締結、再保険金の請求
  - ③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(※)
  - ④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
  - ⑤その他保険に関連・付随する業務等(※)
- ※お客様の属性情報、取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴等の情報を分析して、お客様のニーズにあった各種商品・サービスに関する広告等の配信等をすることを含みます。

### 【第三者への提供および第三者からの取得】

当社は、次の場合に本契約に関する個人情報を第三者に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。

- ①医療機関などの関係先(医師・面接士・契約確認会社等)に業務上必要な照会を行う場合
- ②再保険契約の締結や再保険金の受領等のために、国内外の再保険会社に必要な個人情報を提供する場合  
(再保険会社が国内外の別の再保険会社へ情報を提供する場合も含みます。)
- ③法令に基づく場合
- ④当社の業務遂行上必要な範囲で、募集代理店を含む委託先に提供する場合
- ⑤当社の国内外のグループ会社・提携会社との間で共同利用を行う場合
- ⑥契約内容登録制度、契約内容照会制度および支払査定時照会制度に基づき、他の生命保険会社、共済、(一社)生命保険協会との間において共同利用を行う場合

### 【契約内容登録制度・契約内容照会制度】

当社は、生命保険制度が健全に運営され、各種保険金・年金・給付金等のお支払いが正しく確実に行われるよう、「医療保障保険契約内容登録制度」「契約内容登録制度」に基づき、(一社)生命保険協会においてこれらの保険金・年金・給付金等のある保険契約および特約についての登録を実施し、生命保険会社との間で、個人データを共同利用します。平成14年4月以降の登録内容から、各生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会は「契約内容照会制度」に基づき相互に照会しております。

### 【支払査定時照会制度】

保険金等の請求があった場合や、これらに係る保険事故等が発生したと判断される場合に、(一社)生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会(以下「各生命保険会社等」)が、当社を含む各生命保険会社等に対し、「支払査定時照会制度」に基づき、(一社)生命保険協会を通じ、各生命保険会社等が保有する保険契約等に関する (1)被保険者の氏名、生年月日、性別、住所 (2)保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故(照会を受けた日から5年以内) (3)保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金等受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法等の全部または一部を照会した場合には、各生命保険会社等がそれらの照会に応じて情報を提供したり、これらの情報は各生命保険会社等による保険金等の支払等の判断の参考にすることあります。

### 【センシティブ情報の取扱い】

当社は、保健医療等のセンシティブ情報(要配慮個人情報を含みます。)の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細(国外在住者の個人情報を含みます。)、外国にある事業者等への個人情報の提供、グループ会社等については、当社公式ウェブサイト(<https://www.himawari-life.co.jp/>)をご覧ください。