

告知書 (がん保険専用)

告知書のお客さま控ととも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。

- 1

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。
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。

●あらかじめご了承ください。

- 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のある方は、ご契約をお引き受けできません。
- 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、お客さまのお仕事内容や他社契約を含む生命保険などのご加入状況により、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。
- 喫煙状況について告知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に関する事項について告知をお願いすることがあります。
万が一、故意または重大な過失によって、事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合には、「告知義務違反」としてご契約または特約を解除することがあります。
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。

●告知忘れが多い事例です。下記の場合も告知が必要です。

がん・ポリープ、がん検診

がん検診・手術後の検査	・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。 ・前立腺検査で、検査数値(PSA値)の異常を指摘されていた。 ・がんの根治術を受けた後、定期的に医師により転移・再発がないか検査を受けていた。 ・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。
ポリープ	・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。 ・内視鏡検査でポリープが発見され、その場で切除術を受けていた。

治療の中断・予防

治療の中断	・医師から1週間後に再度来るよう指示されたが、行かずにそのまま治療を中断した。 ・医師から7日分の薬を処方されたが、飲まずに捨てた。
予防のための投薬	・胃かきようを予防するため、医師から薬を処方されていた。

●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)」をともしない虫歯治療
- ・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。)

●がんに関する保障の開始は、保険期間の始期の属する日から3か月を経過した日(※1)の翌日となります。

現在のご契約の解約・減額を前提とした新たながん保険へのお申し込みの場合も、新たながん保険では保険期間の始期からその日を含めて3か月間は、がんに関する保障はございませんのでご注意ください。



●責任開始日の前日までにがんと診断確定された場合は保険契約は無効となります。

(※1)「3か月を経過した日」の応当日がない場合には、その月の末日を「3か月を経過した日」とし、その翌月1日から保障を開始します。

＜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。
お客さま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。

お客さま専用
告知お問い合わせ窓口
フリーダイヤル

0120-526-805

※お客さま以外の方は、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。

告知書(がん保険専用)

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

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、事実と相違ありません。

告知日

令和 年 月 日

被保険者氏名

フリガナ

(自署)

様

生年月日

昭和 平成 令和 年 月 日

身長

cm

性別

男 女

体重

kg

年収

万円

親権者・後見人氏名

(自署)

被保険者との続柄

親権者 後見人

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されても告知していただいたことにはなりません。

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2〜4の被保険者の告知が「はい」の場合、「A」「B」いずれか所定の欄内に詳細内容をご記入ください。

質問事項

被保険者の告知

1

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。

いいえ はい

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。
「健康診断・人間ドック(再検査・精密検査も含む)」異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

3

過去5年以内の【別表1】に掲げる病気についておうかがいします。
①入院したこと、または手術を受けたことがありますか。
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。
【別表1】

肺の病気

慢性気管支炎・肺気腫・間質性肺炎
気管支拡張症・肺線維症
慢性閉塞性肺疾患(COPD)
じん肺・珪肺・石綿肺・ペリリウム肺

子宮
乳房の病気

子宮筋腫・びらん
乳腺症・胎状奇胎

その他の病気

前立腺肥大症・停留精巣・睪炎
膠原病・血小板症・黄疸
鉄欠乏性貧血を除く貧血
血便・血尿
不正出血・吐血・喀血・下血

いいえ はい

4

過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、【別表2】の検査・検査項目について異常(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。
【別表2】

がん検診

X線(レントゲン)検査

腫瘍マーカー

乳房視触診

MRI検査

肝炎ウイルス検査

マンモグラフィー検査

CT検査

HBs抗原検査

組織診

超音波検査

HCV抗体検査

細胞診

内視鏡検査

尿潜血検査

病理検査

PET検査

尿沈渣検査

便潜血検査

いいえ はい

5

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、噛みタバコ、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。

いいえ はい

「はい」に該当する場合は、ご契約をお引き受けできません。

詳細内容1

詳細内容2

病気やけがの正式診断名・部位・検査名

部位 検査名

部位 検査名

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 治療中 経過観察中

全治時期 年 月

全治 治療中 経過観察中

全治時期 年 月

入院時期・期間

入院なし 入院あり

入院時期・期間 年 月 (日間)

入院なし 入院あり

入院時期・期間 年 月 (日間)

手術時期・手術名・部位

手術なし 手術あり

手術時期 年 月

手術名・部位

手術なし 手術あり

手術時期 年 月

後遺症・合併症

後遺症・合併症なし 後遺症・合併症あり

詳細内容

後遺症・合併症なし 後遺症・合併症あり

詳細内容

左記欄内に記入できない原因等の詳細、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。

健康診断・人間ドック受診時期

健康診断・人間ドックの異常指摘について

詳細内容1

詳細内容2

年 月

年 月

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)

再検査・精密検査を受けた場合は下記もご記入ください。

再・精密検査受診時期

再・精密検査について

年 月

年 月

下記①、②のいずれかに○をしてください。

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

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

●がん保険(01)をお申込みの場合、質問事項5のご回答は任意です。
(ご回答は商品・サービスの充実等のための参考とさせていただきます。)

取扱者記入欄
追加・再告知
詳細別紙あり

←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。

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（※）

※お客さまの属性情報、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、お客さま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行うことを含みます。

【第三者への提供および第三者からの取得】

当社は、次の場合を除き、ご本人の同意なく本契約に関する個人情報（センシティブ情報を含みます）を第三者に提供することはありません。

また、当社は、本契約に関する個人情報（センシティブ情報を含みます）を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があります。

【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。

告知書(がん保険専用)

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

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、事実と相違ありません。

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されても告知していただいたことにはなりません。

告知日	令和 年 月 日
被保険者氏名	フリガナ
	(自署)
	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
身長	cm
体重	kg
性別	男 女
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、その代表者をご記入ください。	
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2～4の被保険者の告知が「はい」の場合、「A」「B」いずれか所定の欄内に詳細内容をご記入ください。

質問事項		被保険者の告知	
1	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。	いいえ	はい
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。 ⚠ 「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
3	過去5年以内の【別表1】に掲げる病気についておうかがいします。 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日間以上で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。 【別表1】	いいえ	はい
4	過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、【別表2】の検査・検査項目について異常(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。 ⚠ 「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。 【別表2】	いいえ	はい
5	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、噛みタバコ、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。	いいえ	はい

「はい」に該当する場合は、ご契約をお引き受けできません。

詳細内容1		詳細内容2		左記欄内に記入できない原因等の詳細、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。
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	病気やけがの正式診断名		
部位	検査名	部位	検査名	
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 全治時期 治療中 経過観察中	全治 全治時期 治療中 経過観察中		
入院時期・期間	入院なし 入院あり 入院時期・期間	入院なし 入院あり 入院時期・期間		
手術時期・手術名・部位	手術なし 手術あり 手術時期 手術名・部位	手術なし 手術あり 手術時期 手術名・部位		
後遺症・合併症	後遺症・合併症なし 後遺症・合併症あり 詳細内容	後遺症・合併症なし 後遺症・合併症あり 詳細内容		
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・部位	検査名・部位		
	検査結果(数値・所見)	検査結果(数値・所見)		
再検査・精密検査を受けた場合は下記もご記入ください。				
再・精密検査受診時期	年 月	年 月		
再・精密検査について	下記①、②のいずれかに○をしてください。 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	下記①、②のいずれかに○をしてください。 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		
	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		

●がん保険(01)をお申込みの場合、質問事項5のご回答は任意です。
(ご回答は商品・サービスの充実等のための参考とさせていただきます。)



SAMPLE



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（※）

※お客さまの属性情報、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、お客さま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行うことを含みます。

【第三者への提供および第三者からの取得】

当社は、次の場合を除き、ご本人の同意なく本契約に関する個人情報（センシティブ情報を含みます）を第三者に提供することはありません。

また、当社は、本契約に関する個人情報（センシティブ情報を含みます）を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があります。

【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。