

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、よろしくお願い申し上げます。

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 | 時 | 分より |
| 診査場所 | | | | |

* 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い申し上げます。

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・後見人に告知して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い申し上げます。

!
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。



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。

診査報状

告知書の被保険者*様控とともに保管してください。

* 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。

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。
診査をお受けいただく前に重要事項1~6を必ずご確認ください。

告知書の質問事項について、診査医が口頭で質問しますので、
必ず被保険者*ご本人が、ありのままを正確に、もれなくお答えください。

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。

●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・診査内容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。

診査報状

告知書の被保険者*様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

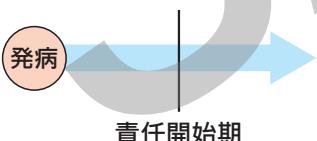
低出生体重、呼吸障害、心雜音などにより医師から指摘や治療の指示を受けた。

●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。



お支払事由発生

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。

*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。

診査医殿

様の診査のお願い

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。

- ① 一般診査（質問事項第0項～7項、検診）
- 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。
- ③ コチニン検査（喫煙検査）
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- ⑧ その他（ ）

2.診査時の本人確認について

- 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。
- 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。

3.同行者の有無について

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、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。

4.診査報状作成にあたってのご注意

- 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内容は先生が告知書にご記入ください。
- 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。
- 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。

<診査医殿>

- ・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。）

- 質問事項(第0項～第9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。第8項・第9項は介護一時金特約・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)に加入される方のみ告知が必要です。
- 第6項・第7項・第8項・第9項を除き、受診者の告知が「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。
- 質問事項に対する告知と詳細内容をご記入後、受診者に記入内容に誤りや告知忘れがないかをご確認いただき、受診者に告知日・氏名・生年月日などの記入をご依頼ください。

過去5年以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 いる場合

```
graph LR; A[初診] --> B[再診]; B --> C[再診]; C --> D[...]
```

The diagram illustrates a sequential process. It begins with a light blue box labeled '初診' (Initial Consultation). An arrow points from this box to a green box labeled '再診' (Follow-up). Another arrow points from this green box to a second green box labeled '再診' (Follow-up). A final arrow points from this second green box to a blue box containing three dots (...), indicating the continuation of the cycle.

入院

手術 入院をともなむ場合も、「はい」

第8項の「他の方の介助または補助具を必要」とは、他の方の手助けまたは補助具がないと日常生活の動作(歩行、衣服の着替え、入浴、食事、排せつ)ができないことをいいます。

補助具の例 杖、歩行器、歩行補助具、シルバーカー、義肢・装具、車椅子など

■以下の傷病名は、「直近の」測定時期と測定値をご記入ください。

- ・「高脂血症・脂質異常症」：総コレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪
 - ・「高尿酸血症・痛風」：尿酸値
 - ・「貧血」：ヘモグロビン、赤血球数
 - ・「糖尿病・高血糖」：HbA1c
インスリン治療有無もご記入ください。

■現在の状況が全治の場合には、全治年月もご記入ください。

A 本人確認・同行者

受診者に写真付身分証明書（「マイナンバーカード、運転免許証」など）の提示を求め、また同行者の有無につき確認した結果をご記入ください。

B 脉拍

1分間数が100以上または50以下の場合、間隔をあけてもう一度測定し、2回目にその結果をご記入ください。

C 血压

最大(収縮期)135mmHg、最小(拡張期)85mmHgの一方でも超えた場合、間隔をあけてもう一度測定し、2回目にその結果をご記入ください。

D 心電図・血液検査・肝炎検査

検査結果に検査実施日と受診者氏名の印字がない場合はご記入いただき、診査報状とともに原本を専用封筒でご送付ください。

Eコチニン検査(喫煙検査)

喫煙検査用のキットは受診者が持参します。唾液取得後の検体(唾液採取容器含む)は、キットの入ったビニール袋に入れて専用封筒でご送付ください。

契約の引き受けは受診者の仕事内容や他社契約を含む生命保険などの加入状況、当社における保険金・給付金などの請求歴や過去の申し込み歴などで総合的に判断します。医学的に異常を認めない場合も契約の引き受けができないことがありますので、受診者および当社代理店(募集人)・社員へ診査内容を告げることのないようお願い申し上げます。

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、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。
また、コチニン検査を実施する場合は私自身が行います。

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、あるいはままで正確に、もれなくお答えください。
15歳未満の場合、親権者・後見人の代理も可能です。

| | | | | | | | | |
|------|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| 申込番号 | 支社コード | 一 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|------|-------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|
| 証券番号 | 一 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|------|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|-------------|---|
| 告知日 | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| 被保険者* 氏名 | フリガナ (自署) 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。 様 |

| | |
|------|---|
| 生年月日 | 昭和 <input type="text"/> 平成 <input type="text"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
|------|---|

| | |
|----|---|
| 性別 | 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> |
|----|---|

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 | 被保険者 との続柄 様 | 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。**

| 質問事項 (すべての方) | | 被保険者*の告知 | |
|-------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| 健 最 近 状 態 | 0 <u>最近1週間以内</u> で、からだに具合の悪いところがありますか。 | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| | 1 <u>最近3か月以内</u> 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。 | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| の過去5年以内 | 2-① <u>過去5年以内</u> に、病気やけがで、 <u>入院</u> したことまたは <u>手術</u> を受けたことがありますか。 | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| | 2-② <u>過去5年以内</u> に、病気やけがで、 <u>7日間以上</u> にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは <u>7日分以上</u> の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。 | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| がん | 3 <u>今まで</u> 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。 | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| | ⚠ 「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 <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| 健 康 内 証 の2年 | 4 <u>過去2年以内</u> 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。 | 異常指摘なし <input type="radio"/> | 異常指摘あり <input type="radio"/> |
| | 健康診断・人間ドックを受けていない | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| 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。) | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| | 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。 | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| | 5-③ 背骨(脊柱)に変形や障がいがありますか。 | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| 喫煙 | 6 健康体験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】 <u>過去1年以内</u> 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。 | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| | 女性の18歳以上 | 7 <u>現在</u> 、妊娠していますか。 | いいえ <input type="radio"/> |

| 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 <u>現在</u> 、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 | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |
| | 9 <u>40歳以上の方</u> 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。 | いいえ <input type="radio"/> | はい <input type="radio"/> |

| ※「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。 | | | | | |
|--|-----------|------------|---------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 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 ※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 | | | | | |

*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

検診書 (診査報状)

2307015

| | | | | | | | |
|----|------|---|--|--|--|--|--|
| 10 | 本人確認 | いずれかに○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・未提示でも検診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、いずれかに○印をご記入ください。 | | | | | |
| | | ①同行者あり ②同行者なし | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----|------|---|----|----|---|--|--|--|
| 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、人体図に図示してください。 | | | |
| 13 | 特徴 | ②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) 年 年 年 (手術名・傷病名・原因) | | | |
| 14 | 呼吸器 | ①虫垂炎以外の手術痕 瘢痕・灸痕・奇形・いれずみ | なし | あり | | | | |
| 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 | | | | |
| 17 | 神経系 | 精神障がい・言語麻痺・振戦・麻痺 | なし | あり | | | | |
| 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 | ②聴力障がい その他感覚器の障がい | なし | あり | | | | |
| | | ①視力障がい ※矯正視力0.3以下のとき (あり)として下欄に記入 | なし | あり | | | | |
| | | 矯正視力 右() 原 左() 因 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---------|--|---|------|------|----|-----------|-------|-------|--------|------|
| 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 | なし あり | ※(あり)のとき記入 | | | | | | | | |
| 30 | 受診者との面識 | なし あり | ※(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 | 分 | 34 | その他の特殊検査料 | 診査料領収 | 円 1 済 | | |

検査医がご記入ください。

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。

[会社記入欄]

非喫煙希望 喫煙希望 社員 同業他社

心電図 血液 コチニン ゴム印 被保険

□1本 □2本 □左記以外

診査医ゴム印(当社ゴム印の押印をお願いします。)

印

(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。

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。

お客様がご記入ください。

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
対して告知し、内容は事実に相違ありません。
本日および以前に私を診査した診査医が、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、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。
また、コチニン検査を実施する場合は私自身が行います。

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、あるいは正確に、もれなくお答えください。
15歳未満の場合、親権者・後見人の代理も可能です。

| | | | | | | | |
|------|-------|--|--|--|--|--|--|
| 申込番号 | 支社コード | | | | | | |
|------|-------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|
| 証券番号 | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | |
|--|--------------|---|---|---------------|------|----|--------------|------------|---|---|---|
| 告知日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 生年月日 | 昭和 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者* 氏名 | フリガナ (自署) | | | | 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) | | 被保険者 との続柄 | 親権者 後見人 | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | |

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。

| 質問事項 (すべての方) | | 被保険者*の告知 | |
|--|-----|--|----|
| 健 康 最 近 状 態 | 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 | いいえ | はい |
| の 過 去 5 年 以 内 | 2-① | 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。 | |
| | 2-② | 過去5年以内に、病気やけがで、 <u>入院</u> したことまたは <u>手術</u> を受けたことがありますか。 | |
| が ん | 3 | 過去5年以内に、病気やけがで、 <u>7日間以上</u> にわたる医師による診察・検査・治療、あるいは <u>7日分以上</u> の投薬(薬の処方を含む)を受けたことがありますか。 | |
| | 4 | 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。 | |
| 健 康 内 過 診 の 2 年 以 内 | 5-① | 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。 | |
| | 5-② | 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。) | |
| 身 体 の 障 が い | 5-③ | 手・足・指について欠損または機能に障がいがありますか。 | |
| | 6 | 背骨(脊柱)に変形や障がいがありますか。 | |
| 喫 煙 | 7 | 過去2年以内に、 【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。 | |
| | 8 | 現在、妊娠していますか。 | |

| 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 護 日 常 の 動 作 | 9 | 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 | |
| | 8 | 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。 | |

| ※「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。 | | | | | |
|--|-----------|------------|---------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 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 ※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 | | | | | |

*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。

被保険者*様控

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。