

## お客さまへのお願い

治療経緯、内容等をお客さまや  
医療機関に確認させていただくことがあります。



ご提出いただいた書類では情報が足りない場合、治療経緯、内容等をお客さまや医療機関に確認させていただく場合がございますのでご了承ください。(これを「事実確認」といいます。)

### 事実確認の一般的な流れ

#### 1. お客さまとの面談

- 当社が委託する確認会社の担当者が訪問し、治療を受けられた経緯やこれまでの病気、ケガ等について質問させていただきます。
- 面談の際には「同意書(承諾書)」のご記入をお願いしています。(医療機関等への確認に同意いただいたことの証明として医療機関等へ提出します。)

#### 2. 医療機関への照会と回答

- 診断書の記載内容や治療内容などについて、医療機関等に面談、文書等により照会いたします。
- 医療機関等からの回答には多くの場合、1か月程度の日数がかかります。
- さらに日数がかかる場合は当社の担当者からお客さまへご連絡いたします。

#### 3. お支払い内容の確定

お客さまや医療機関等への確認の結果を受けて、お支払い内容を決定いたします。

## 生命保険

# 笑顔をまもる認知症保険 給付金お手続きガイド

ご不明点はお問い合わせください

### カスタマーセンター 保険金・給付金請求ダイヤル

お問い合わせは契約者・受取人(請求権者)ご本人さまからお願いします

0120-528-170

女性の  
お客さま  
専用

女性オペレーターが保険金・給付金等の請求に関するご連絡を受け付けております  
※お手続きの内容・状況によっては、一部対応できない場合がございます。

0120-528-208



#### 受付時間

月～金  
9:00～18:00

土  
9:00～17:00

(日・祝日・年末年始を除く)

SOMPOひまわり生命保険株式会社

〈公式ウェブサイト〉 <https://www.himawari-life.co.jp/>

SOMPOグループの一員です。

お問い合わせ先

「笑顔をまもる認知症保険」は、  
正式名称を「限定告知認知症一時金特約付払込期間中無解約返戻金限定告知骨折治療保険」といいます。

# 目次

|                              |      |
|------------------------------|------|
| ① 保険用語集                      | P.2  |
| ② ご請求からお支払いまでの流れ             | P.3  |
| ③ 必要な書類を準備する                 |      |
| ① 骨折の治療を受けたとき                | P.4  |
| ② 認知症または軽度認知障害の診断を受けたとき      | P.4  |
| ③ 所定の要介護状態になったとき             | P.5  |
| ④ 不慮の事故でお亡くなりになったとき          | P.6  |
| ⑤ 病気でお亡くなりになったとき             | P.7  |
| ⑥ 高度障害状態・身体障害状態になったとき        | P.8  |
| ⑦ がん(悪性新生物)、急性心筋梗塞、脳卒中になったとき | P.8  |
| ④ お手続きでお困りのときには              | P.9  |
| ⑤ お受け取りできる事例・できない事例          | P.10 |

## 1 保険用語集

本冊子で記載している、主な保険用語を説明します。

| 用 語           | 解 説                                                                                                                                                    |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受取人<br>(請求権者) | うけとりにん<br>(せいきゅうけんじゃ)<br>保険金・給付金などを受け取る権利のある人のことです。                                                                                                    |
| 解除            | かいじょ<br>保険期間の途中で、生命保険会社の意思表示によりご契約の効力を消滅させることです。                                                                                                       |
| 解約返戻金         | かいやく<br>へんれいきん<br>契約が解約された場合などに、ご契約者にお支払いするお金のことです。                                                                                                    |
| 給付金           | きゅうふきん<br>被保険者が入院、または手術を受けられたときなどにお支払いするお金のことです。                                                                                                       |
| 契約者           | けいやくしゃ<br>当社と保険契約を結び、ご契約上のいろいろな権利(契約内容変更などの請求権)と義務(保険料支払義務)を持つ人のことです。                                                                                  |
| 契約日           | けいやくび<br>通常は責任開始の日をいい、保険期間などの計算の基準日となります。ただし、保険料の払込方法などにより契約日と責任開始期が異なる場合があります。                                                                        |
| 告知義務          | こくちぎむ<br>契約者と被保険者は、契約のお申し込みをされるときに現在の健康状態や職業、過去の病歴など当社がおたずねする重要なことからを当社に報告していただきます。これを「告知義務」といいます。告知していただいた内容が事実と異なっていた場合には、告知義務違反として契約が解除されることがあります。  |
| 指定代理<br>請求人   | していだいり<br>せいきゅうにん<br>保険金・給付金などの受取人が給付金などを請求できない特別の事情があるときに備えて、ご契約者が被保険者の同意を得て、受取人の代理人としてあらかじめ指定した人のことをいいます。                                            |
| 主契約<br>特則・特約  | しゅけいやく<br>とくそく・とくやく<br>生命保険のベースとなる部分で、約款のうち普通保険約款に記載されているご契約内容を主契約といいます。特則は普通保険約款に、特約は普通保険約款とは別に記載されています。特則・特約は主契約の保障内容をさらに充実させることなどを目的に、主契約に付加するものです。 |
| 責任開始期<br>(日)  | せきにんかいしき<br>(び)<br>ご契約の保障が開始される時期を責任開始期といい、その責任開始期の属する日を責任開始日といいます。契約の途中で、復活・増額・特約中途付加が行われた場合は、その効力発生日が責任開始日となります。                                     |
| 被保険者          | ひほけんしゃ<br>生命保険の対象として保険がつけられている人のことです。                                                                                                                  |
| 保険証券          | ほけんしょうけん<br>ご契約の給付金額や保険期間、契約日、責任開始日などのご契約内容を具体的に記載した書類です。                                                                                              |
| 保険料           | ほけんりょう<br>ご契約者にお払込みいただくお金のことです。                                                                                                                        |
| 無効            | むこう<br>ご契約の当初から、その効力がなくなることをいいます。                                                                                                                      |

## 2 ご請求からお支払いまでの流れ

被保険者が骨折の治療や認知症の診断を受けられた場合や、お亡くなりになった場合は、契約者・受取人（請求権者）ご本人さまからご連絡ください。

**カスタマーセンター**  
保険金・給付金請求ダイヤル **通話料無料**  
**0120-528-170**  
【受付時間】 月～金 9:00～18:00/土 9:00～17:00  
(日・祝日・年末年始を除く)  
**0120-528-208**

**ホームページ**  
ひまわり生命保険金給付金請求 **検索**  
<https://www.himawari-life.co.jp/customer/seikyuu/>

**代理店・ライフカウンセラー**

**女性のお客さま専用**  
女性オペレーターが保険金・給付金等の請求に関するご連絡を受け付けております。  
※お手続きの内容・状況によっては、一部対応できない場合がございます。

### STEP1 当社へご連絡

お客さま ▶▶ 当社

- 契約者・受取人（請求権者）ご本人さまからご連絡ください。
- ご連絡いただいた際に以下の項目を伺います。  
お手元に「保険証券」などをご用意いただくとスムーズにお答えいただけます。

#### 骨折の治療や認知症の診断を受けた場合

保険証券番号 請求書類の送付先  
治療や診断などを受けた方のお名前  
請求の原因（事故・病気）

#### お亡くなりになった場合

保険証券番号 請求書類の送付先  
お亡くなりになった方のお名前  
お亡くなりになった日付と原因（事故・病気）

### STEP2 必要書類のお届け

当社 ▶▶ お客さま

- お申出内容をご契約内容から手続き方法をご案内のうえ必要な書類をお送りします。

### STEP3 必要書類の準備・提出

お客さま ▶▶ 当社

- 医療機関（病院など）に診断書などの発行をご依頼ください。
- 診断書の発行や公的書類の交付等にかかる費用はお客さまのご負担となります。

### STEP4 お支払い

当社 ▶▶ お客さま

- 必要書類が当社に到着した日の翌日から5営業日以内にお支払いします。
- ご契約の保険約款に従い、給付金などをご指定の口座にお支払いします。

- ご提出いただいた書類の内容によっては、当社より直接医療機関等へ確認させていただく場合もございます。  
この場合、ご提出いただいた書類が当社に到着した日の翌日から60日以内にお支払いします。  
（特別な照会・調査が必要となる場合は、内容に応じてお支払い期限が異なります。）
- 未払込保険料がある場合は、給付金から未払込保険料を差し引いてお支払いする場合がございます。
- ご契約の内容により、給付金をお支払いできない場合もございます。
- 当社所定の診断書原本をご提出いただいたにもかかわらず、お支払いの対象となるものがなかった場合、診断書代金をお支払いします。

## 3 必要な書類を準備する

当社からお送りする請求書類や必要書類をお取り揃えいただき、当社あてにご返送ください。

### 1 骨折の治療を受けたとき

被保険者が責任開始期以後に骨折をしたと医師により診断され、その骨折に対して初めて治療を受けたとき、骨折治療給付金をお支払いします。

|                |                                                       |                                                                                                 |
|----------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 必要な書類          | 保険金・給付金等請求書                                           | 受取人（請求権者）ご本人さまがご記入ください。                                                                         |
|                | 同意書                                                   | 被保険者ご本人さまがご記入ください。                                                                              |
|                | 入院・手術・通院等証明書                                          | 医師にご記入いただき、その原本をご提出ください。                                                                        |
| 必要な書類<br>場合により | 受取人（請求権者）の<br>印鑑証明書または<br>登記事項証明書（登記簿謄本）<br>※いずれもコピー可 | 受取人（請求権者）を法人と指定されていて、代表者変更や組織変更があった場合は、印鑑証明書または登記事項証明書をご提出ください。<br><b>発行から6か月以内のものをご提出ください。</b> |

### 2 認知症または軽度認知障害の診断を受けたとき

#### 認知症・軽度認知障害を保障する「限定告知認知症一時金特約」に加入の場合

被保険者が保険期間の始期の属する日から起算して180日経過後に、初めて認知症・軽度認知障害と医師により診断確定されたとき、認知症一時金・軽度認知障害一時金をお支払いします。

|                |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                  |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 必要な書類          | 保険金・給付金等請求書                                                                                                                                  | 受取人（請求権者）ご本人さまがご記入ください。                                                                                                                          |
|                | 同意書                                                                                                                                          | 被保険者ご本人さまがご記入ください。                                                                                                                               |
|                | 介護診断書                                                                                                                                        | 医師にご記入いただき、その原本をご提出ください。                                                                                                                         |
| 必要な書類<br>場合により | 次のいずれかの書類をご提出ください。                                                                                                                           |                                                                                                                                                  |
|                | 受取人（請求権者）が個人の場合<br>保険証券（原本）・免許証・戸籍謄本・<br>住民票・マイナンバーカード（表面のみ）・<br>資格確認書等（コピー可）<br>※資格確認書等を提出される場合は、<br>被保険者記号・番号を読めないように<br>塗りつぶしたうえでご提出ください。 | 受取人（請求権者）が法人の場合<br>保険証券（原本）・印鑑証明書・<br>登記事項証明書（コピー可）<br>※代表者変更や組織変更があった場<br>合は、印鑑証明書または登記事項証<br>明書をご提出ください（コピー可）。<br><b>発行から6か月以内のものをご提出ください。</b> |
| 必要な書類<br>場合により | [認知症一時金特約専用]<br>年金基金設定書兼申込書                                                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|                | 認知症一時金のお支払いを、一時金にかえて年金でのお受け取りをご希望される場合はご提出ください。                                                                                              |                                                                                                                                                  |

3

必要な書類を準備する

3

所定の要介護状態になったとき

介護を保障する「**限定告知介護一時金特約**」や「**限定告知介護年金特約**」に加入の場合  
被保険者が責任開始期以後につぎのいずれかに該当したとき、介護一時金・介護年金を  
お支払いします。

- ① 公的介護保険制度で要介護認定を受けた場合※
- ② 満65歳未満の被保険者が所定の要介護状態に該当し、その状態が180日以上継続したと医師により診断確定  
された場合※
- ③ 所定の高度障害状態の場合
- ※ 「限定告知介護一時金特約」と「限定告知介護年金特約」でお支払要件が異なります。

必要な書類

必要な書類

場合により必要な書類

|                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                                           |                                                                                                                               |                                                                                                   |                        |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------|
| 保険金・給付金等請求書                                                                                                                   | 受取人(請求権者)ご本人さまがご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                           |                                                                                                                               |                                                                                                   |                        |       |
| 同意書                                                                                                                           | 被保険者ご本人さまがご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                           |                                                                                                                               |                                                                                                   |                        |       |
| 診断書等                                                                                                                          | <div>請求内容により各診断書等をご提出ください。</div> <table><tr><td>公的介護保険制度で<br/>要介護認定を受けた場合</td><td>介護保険被保険者証または<br/>介護保険要介護・<br/>要支援等結果通知書のコピー</td></tr><tr><td>会社所定の要介護状態に<br/>該当する場合</td><td>介護診断書</td></tr><tr><td>会社所定の高度障害<br/>状態に該当する場合</td><td>障害診断書</td></tr></table> <div>※介護診断書、障害診断書は医師にご記入いただき、ご提出ください。</div>                                                                                                    | 公的介護保険制度で<br>要介護認定を受けた場合 | 介護保険被保険者証または<br>介護保険要介護・<br>要支援等結果通知書のコピー | 会社所定の要介護状態に<br>該当する場合                                                                                                         | 介護診断書                                                                                             | 会社所定の高度障害<br>状態に該当する場合 | 障害診断書 |
| 公的介護保険制度で<br>要介護認定を受けた場合                                                                                                      | 介護保険被保険者証または<br>介護保険要介護・<br>要支援等結果通知書のコピー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                                           |                                                                                                                               |                                                                                                   |                        |       |
| 会社所定の要介護状態に<br>該当する場合                                                                                                         | 介護診断書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                           |                                                                                                                               |                                                                                                   |                        |       |
| 会社所定の高度障害<br>状態に該当する場合                                                                                                        | 障害診断書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                           |                                                                                                                               |                                                                                                   |                        |       |
| 受取人(請求権者)の<br>本人確認書類                                                                                                          | <div>次のいずれかの書類をご提出ください。</div> <table><tr><td>受取人(請求権者)が個人の場合</td><td>受取人(請求権者)が法人の場合</td></tr><tr><td>保険証券(原本)・免許証・戸籍謄本・<br/>住民票・マイナンバーカード(表面のみ)・<br/>資格確認書等(コピー可)<br/><br/>※資格確認書等を提出される場合は、<br/>被保険者記号・番号を読めないように<br/>塗りつぶしたうえでご提出ください。</td><td>保険証券(原本)・印鑑証明書・<br/>登記事項証明書(コピー可)<br/><br/>※代表者変更や組織変更があった場<br/>合は、印鑑証明書または登記事項証<br/>明書をご提出ください(コピー可)。</td></tr></table> <div>発行から6か月以内のものをご提出ください。</div> | 受取人(請求権者)が個人の場合          | 受取人(請求権者)が法人の場合                           | 保険証券(原本)・免許証・戸籍謄本・<br>住民票・マイナンバーカード(表面のみ)・<br>資格確認書等(コピー可)<br><br>※資格確認書等を提出される場合は、<br>被保険者記号・番号を読めないように<br>塗りつぶしたうえでご提出ください。 | 保険証券(原本)・印鑑証明書・<br>登記事項証明書(コピー可)<br><br>※代表者変更や組織変更があった場<br>合は、印鑑証明書または登記事項証<br>明書をご提出ください(コピー可)。 |                        |       |
| 受取人(請求権者)が個人の場合                                                                                                               | 受取人(請求権者)が法人の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                                           |                                                                                                                               |                                                                                                   |                        |       |
| 保険証券(原本)・免許証・戸籍謄本・<br>住民票・マイナンバーカード(表面のみ)・<br>資格確認書等(コピー可)<br><br>※資格確認書等を提出される場合は、<br>被保険者記号・番号を読めないように<br>塗りつぶしたうえでご提出ください。 | 保険証券(原本)・印鑑証明書・<br>登記事項証明書(コピー可)<br><br>※代表者変更や組織変更があった場<br>合は、印鑑証明書または登記事項証<br>明書をご提出ください(コピー可)。                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                           |                                                                                                                               |                                                                                                   |                        |       |
| [介護一時金特約専用]<br>年金基金設定書兼申込書                                                                                                    | 介護一時金のお支払いを、一時金にかえて年金でのお受け取り<br>をご希望される場合はご提出ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                                           |                                                                                                                               |                                                                                                   |                        |       |

4

不慮の事故でお亡くなりになったとき

被保険者が責任開始期以後に不慮の事故または感染症により死亡したとき、災害死亡給付金をお支払  
いします。

| 必要な書類                                                                                                                     | 保険金・給付金等請求書                                                                                   | 受取人（請求権者）ご本人さまがご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                 |                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                           | 同意書                                                                                           | ご遺族の方がご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                 |                                                                                                                           |
|                                                                                                                           | 死亡証明書<br>※コピー可                                                                                | 医師にご記入いただき、ご提出ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                 |                                                                                                                           |
|                                                                                                                           | 受取人（請求権者）の<br>本人確認書類                                                                          | <div>次のいずれかの書類をご提出ください。</div> <table><tr><th>受取人（請求権者）が個人の場合</th><th>受取人（請求権者）が法人の場合</th></tr><tr><td>保険証券（原本）・免許証・戸籍謄本・<br/>住民票・マイナンバーカード（表面のみ）・<br/>資格確認書等（コピー可）<br/>※資格確認書等を提出される場合は、<br/>被保険者記号・番号を読めないように<br/>塗りつぶしたうえでご提出ください。</td><td>保険証券（原本）・印鑑証明書・<br/>登記事項証明書（コピー可）<br/>※代表者変更や組織変更があった場<br/>合は、印鑑証明書または登記事項証<br/>明書をご提出ください（コピー可）。</td></tr></table> <div>発行から6か月以内のものをご提出ください。</div> | 受取人（請求権者）が個人の場合 | 受取人（請求権者）が法人の場合 | 保険証券（原本）・免許証・戸籍謄本・<br>住民票・マイナンバーカード（表面のみ）・<br>資格確認書等（コピー可）<br>※資格確認書等を提出される場合は、<br>被保険者記号・番号を読めないように<br>塗りつぶしたうえでご提出ください。 |
| 受取人（請求権者）が個人の場合                                                                                                           | 受取人（請求権者）が法人の場合                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                 |                                                                                                                           |
| 保険証券（原本）・免許証・戸籍謄本・<br>住民票・マイナンバーカード（表面のみ）・<br>資格確認書等（コピー可）<br>※資格確認書等を提出される場合は、<br>被保険者記号・番号を読めないように<br>塗りつぶしたうえでご提出ください。 | 保険証券（原本）・印鑑証明書・<br>登記事項証明書（コピー可）<br>※代表者変更や組織変更があった場<br>合は、印鑑証明書または登記事項証<br>明書をご提出ください（コピー可）。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                 |                                                                                                                           |
| 場合により必要な書類                                                                                                                | 保険金等請求内容確認書                                                                                   | 受取人（請求権者）を法人と指定されている場合はご提出くだ<br>さい。<br><div>ただし、被保険者がお亡くなりになった時点で、被保険者が法人代表<br/>者または法人からの役員報酬のみを受け取る役員であった場合は<br/>必要ありません。</div>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                 |                                                                                                                           |
|                                                                                                                           | 受取人（請求権者）の<br>戸籍謄本（抄本）<br>※コピー可                                                               | <div>以下のいずれかに該当する場合はご提出ください。</div> <ul style="list-style-type: none"><li>● 受取人（請求権者）に改姓があった場合、改姓事実が確認できる戸<br/>籍書類をご提出ください。</li><li>● 受取人（請求権者）が死亡されている場合、死亡された受取人（請求<br/>権者）の死亡時の法定相続人等が受取人（請求権者）になります。死<br/>亡された受取人（請求権者）の法定相続人等を確認できる戸籍書類<br/>をご提出ください。</li></ul> <div>発行から6か月以内のものをご提出ください。</div>                                                                                              |                 |                 |                                                                                                                           |
|                                                                                                                           | 死亡通知書                                                                                         | 契約者と受取人（請求権者）が別人、かつ解約返戻金がある<br>場合、契約者ご本人さまがご記入のうえ、ご提出ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                                                                                                                           |

3

必要な書類を準備する

5

病気でお亡くなりになったとき

被保険者が病気でお亡くなりになったとき、未経過保険料や解約返戻金がある場合は、ご契約者にお支払いします。

※「笑顔をもる認知症保険」には、被保険者が病気でお亡くなりになったときにお支払いする保険金・給付金はありません。

必要な書類

死亡通知書

契約者ご本人さまがご記入ください。  
(契約者が死亡されている場合は法定相続人の方がご記入ください。)

受取人(請求権者)の  
本人確認書類

次のいずれかの書類をご提出ください。

| 受取人(請求権者)が個人の場合                                                                                                           | 受取人(請求権者)が法人の場合                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険証券(原本)・免許証・戸籍謄本・<br>住民票・マイナンバーカード(表面のみ)・<br>資格確認書等(コピー可)<br>※資格確認書等を提出される場合は、<br>被保険者記号・番号を読めないように<br>塗りつぶしたうえでご提出ください。 | 保険証券(原本)・印鑑証明書・<br>登記事項証明書(コピー可)<br>※代表者変更や組織変更があった場<br>合は、印鑑証明書または登記事項証<br>明書をご提出ください(コピー可)。 |

発行から6か月以内のものをご提出ください。

場合により必要な書類

受取人(請求権者)の  
戸籍謄本  
※コピー可

未経過保険料や解約返戻金のお支払いがあり、契約者が死亡  
されている場合は契約者の法定相続人等が確認できる戸籍  
謄本(抄本)をご提出ください。

発行から6か月以内のものをご提出ください。

6

高度障害状態・身体障害状態になったとき

被保険者が責任開始期以後に不慮の事故によりその日から180日以内に所定の高度障害状態または所定の身体障害状態に該当したとき、以後の保険料のお払込みを免除します。

| 必要な書類                                                                                                     | 保険金・給付金等請求書                                                                       | 契約者ご本人さまがご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                 |                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                           | 同意書                                                                               | 被保険者ご本人さまがご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                 |                                                                                                           |
|                                                                                                           | 障害診断書                                                                             | 医師にご記入いただき、その原本をご提出ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                 |                                                                                                           |
|                                                                                                           | 受取人(請求権者)の<br>本人確認書類                                                              | <div>次のいずれかの書類をご提出ください。</div> <table><tr><th>受取人(請求権者)が個人の場合</th><th>受取人(請求権者)が法人の場合</th></tr><tr><td>保険証券(原本)・免許証・戸籍謄本・住民票・マイナンバーカード(表面のみ)・資格確認書等(コピー可)<br/>※資格確認書等を提出される場合は、被保険者記号・番号を読めないように塗りつぶしたうえでご提出ください。</td><td>保険証券(原本)・印鑑証明書・登記事項証明書(コピー可)<br/>※代表者変更や組織変更があった場合は、印鑑証明書または登記事項証明書をご提出ください(コピー可)。</td></tr></table> <div>発行から6か月以内のものをご提出ください。</div> | 受取人(請求権者)が個人の場合 | 受取人(請求権者)が法人の場合 | 保険証券(原本)・免許証・戸籍謄本・住民票・マイナンバーカード(表面のみ)・資格確認書等(コピー可)<br>※資格確認書等を提出される場合は、被保険者記号・番号を読めないように塗りつぶしたうえでご提出ください。 |
| 受取人(請求権者)が個人の場合                                                                                           | 受取人(請求権者)が法人の場合                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                 |                                                                                                           |
| 保険証券(原本)・免許証・戸籍謄本・住民票・マイナンバーカード(表面のみ)・資格確認書等(コピー可)<br>※資格確認書等を提出される場合は、被保険者記号・番号を読めないように塗りつぶしたうえでご提出ください。 | 保険証券(原本)・印鑑証明書・登記事項証明書(コピー可)<br>※代表者変更や組織変更があった場合は、印鑑証明書または登記事項証明書をご提出ください(コピー可)。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                 |                                                                                                           |

7

がん(悪性新生物)、急性心筋梗塞、脳卒中になったとき

特定疾病に罹患したときに保険料のお払込みを免除する  
「**限定告知医療用特定疾病診断保険料免除特約**」に加入の場合

被保険者が責任開始期以後に診断確定された悪性新生物、発病した急性心筋梗塞・脳卒中により保険料払込免除事由に該当されたとき、以後の保険料のお払込みを免除します。

| 必要な書類                                                                                                     | 保険金・給付金等請求書                                                                       | 契約者ご本人さまがご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|
|                                                                                                           | 同意書                                                                               | 被保険者ご本人さまがご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                 |
|                                                                                                           | 入院・手術・通院等証明書                                                                      | 医師にご記入いただき、その原本をご提出ください。                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |
|                                                                                                           | 受取人(請求権者)の<br>本人確認書類                                                              | 次のいずれかの書類をご提出ください。                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                 |
|                                                                                                           |                                                                                   | <table><tr><th>受取人(請求権者)が個人の場合</th><th>受取人(請求権者)が法人の場合</th></tr><tr><td>保険証券(原本)・免許証・戸籍謄本・住民票・マイナンバーカード(表面のみ)・資格確認書等(コピー可)<br/>※資格確認書等を提出される場合は、被保険者記号・番号を読めないように塗りつぶしたうえでご提出ください。</td><td>保険証券(原本)・印鑑証明書・登記事項証明書(コピー可)<br/>※代表者変更や組織変更があった場合は、印鑑証明書または登記事項証明書をご提出ください(コピー可)。</td></tr></table> | 受取人(請求権者)が個人の場合 | 受取人(請求権者)が法人の場合 |
| 受取人(請求権者)が個人の場合                                                                                           | 受取人(請求権者)が法人の場合                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                 |
| 保険証券(原本)・免許証・戸籍謄本・住民票・マイナンバーカード(表面のみ)・資格確認書等(コピー可)<br>※資格確認書等を提出される場合は、被保険者記号・番号を読めないように塗りつぶしたうえでご提出ください。 | 保険証券(原本)・印鑑証明書・登記事項証明書(コピー可)<br>※代表者変更や組織変更があった場合は、印鑑証明書または登記事項証明書をご提出ください(コピー可)。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                 |
| 発行から6か月以内のものをご提出ください。                                                                                     |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                 |

## 4 お手続きでお困りのときには

受取人(請求権者)である被保険者が意識障害・認知症などでご請求が困難な場合、「指定代理請求人」によるご請求が可能です。



次のケース①、②のような被保険者ご本人さまが給付金をご請求できない特別な事情がある場合に、あらかじめ指定された「指定代理請求人」がご請求できる制度があります。

### ケース①

被保険者が事故や病気などで昏睡・寝たきりの状態となり、ご自身で請求の意思表示ができない。

### ケース②

被保険者が認知症で意識障害があり、ご自身で請求の意思表示ができない。

### 指定代理請求特約を付加している場合

あらかじめ指定いただいた指定代理請求人の方が、被保険者ご本人さまに代わって、ご請求いただけます。  
※必要書類が異なるため、ご請求時は必ず事前にカスタマーセンターにご相談ください。

ご高齢の方や障がいをお持ちの方などでご請求が困難な場合、請求手続き支援サービスをご利用できます。



ご請求される方がご高齢の方(70歳以上の方)や障がいをお持ちの方で次のケース①、②のような事情がある場合には、お客さまの事情に応じてご請求手続きに関する支援をいたします。

### ケース①

歩行が困難で病院に診断書を取りにいけない。

### ケース②

請求書類の記入方法がわからない。

医療機関からの診断書取得を代行します。

書類の記入でお困りの場合は、当社担当者がお電話で記入方法をご案内します。

※診断書代金はお客さまの負担となります。当社が診断書を代行して取得する際に発生する診断書代金は、お支払いする保険金・給付金から控除させていただきます。

※お申し出内容によっては、サービスをご利用いただけない場合がございますので、ご了承ください。

成年後見人の選任手続きをサポートする司法書士のご紹介サービスをご利用できます。



次のケース①、②のような事情の場合には、司法書士をご紹介いたします。

### ケース①

指定代理請求特約の付加をしておらず、代理人による請求ができない。

### ケース②

成年後見人を選任したいが、どうすればいいのかわからない。

- 受取人(請求権者)ご本人さまによる保険金・給付金のご請求が困難で、指定代理請求特約の付加がない等、代理の方によるご請求ができない場合は、成年後見人を選任する必要があります。
- 専門機関である公益社団法人成年後見センター・リーガルサポートと協定し、司法書士をお客さまにご紹介することが可能です。(司法書士との相談等は有料となります。)

## 5 お受け取りできる事例・できない事例

### 正しい告知をしなかった場合

ご加入前の「骨粗しょう症」での入院について、告知せずに加入

1年後

「骨粗しょう症」が原因ではない事故による「骨折」で療養を受けた場合

ご加入前の「骨粗しょう症」での入院について、告知せずに加入

1年後

「骨粗しょう症」を原因とする「骨折」で療養を受けた場合

○ お受け取りいただけます

✕ お受け取りいただけません

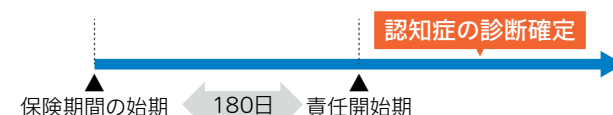
ご契約の際は、その時の被保険者の健康状態を正確に告知いただく必要があります。

故意または重大な過失によって事実を告知しなかった場合や、事実と異なる内容を告知した場合は、ご契約は解除となり、給付金等はお支払いすることができません。ただし、告知義務違反の対象となった事実と請求原因となった傷病との間に全く因果関係が認められない場合は、給付金等をお支払いします。

### 責任開始期後の発病と責任開始期前の発病

責任開始期以後に「認知症」と医師により診断確定された場合

責任開始期より前に「認知症」と医師により診断確定された場合



○ お受け取りいただけます



✕ お受け取りいただけません

認知症一時金は、責任開始日以後に認知症と医師により診断確定された場合にお支払いします。

※認知症一時金または軽度認知障害一時金については、保険期間の始期の属する日からその日を含めて180日経過した日の翌日が責任開始日となります。責任開始日より前に認知症または軽度認知障害と医師により診断確定されていた場合については、ご契約者または被保険者がその事実を知っている・いないにかかわらず、限定告知認知症一時金特約は無効となり、認知症一時金または軽度認知障害一時金はお支払できません。

### お支払事由に該当しない場合

転倒による「骨折」で骨折治療給付金が支払われた後、この骨折治療給付金が支払われることとなった骨折治療を受けた日から起算して180日経過後に交通事故による「骨折」で治療を受けた場合



○ お受け取りいただけます

転倒による「骨折」で骨折治療給付金が支払われた後、この骨折治療給付金が支払われることとなった骨折治療を受けた日から起算して180日以内に交通事故による「骨折」で治療を受けた場合



✕ お受け取りいただけません

骨折治療を複数回受けた場合、骨折治療給付金が支払われることとなった直前の骨折治療を受けた日から起算して180日の間に1回の給付が限度となります。