





# 同意書

5012700

## (個人情報の取扱・事実の確認等について)

私は、本「同意書」に記載の説明事項を確認し、当社ホームページに記載のSOMPOひまわり生命保険株式会社（以下「SOMPOひまわり生命」といいます。）の保険契約に関する個人情報の取扱いおよび以下に記載の各事項について同意します。

### (事実の確認について)

保険契約の存続および保険金や給付金などの支払可否の検討に必要な事実の確認の目的で、以下に記載する各関連医療機関のそれぞれの医師や担当者の方が、本状の提示により、SOMPOひまわり生命の職員または当社が委託した者（以下「SOMPOひまわり生命担当者」といいます。）に対し、以下に記載する各情報の開示等を行うことに同意します。また、SOMPOひまわり生命担当者が、医師や医療機関に傷病内容、保険契約の内容（責任開始日、告知日、告知内容など）および事故状況などを開示することについても同意します。なお、上記の使用目的のために作成された本書の複写も、本書と同じ効力があるものとします。

医師、医療機関のご担当者様におかれましては、SOMPOひまわり生命担当者の求めに応じ、説明、証明書（診断書）の発行などにご協力くださいますようお願いいたします。

#### 【関連医療機関】

- ①SOMPOひまわり生命に提出した診断書、報告書、領収証などの発行医療機関
- ②上記診断書などに記載された前医、紹介医
- ③下記被保険者からの聴取により判明した受診先医療機関
- ④判明している受診先医療機関に確認を行った結果判明した別の受診先医療機関

#### 【開示等の内容およびその対象となる情報】

- ①下記被保険者に関する、傷病内容（傷病名・症状・治療内容・検査結果・入通院歴・既往傷病など）、飲酒数値（血中アルコール濃度・呼気アルコール濃度）や定期健康診断、あるいは事故状況についての説明
- ②カルテ・問診表・検査記録・治療費用などの診療に関する記録を開示・提供すること

### (保険金・給付金などの受取人が法人の場合)

下記被保険者加入の保険契約の保険金・給付金などの受取人が法人の場合には、当該法人が弔慰金規程など（あるいは契約時に取り交わした「生命保険付保に関する同意書」または「契約者告知書および被保険者同意確認書」※）に従い、保険金・給付金などを福利厚生目的で使用するために受け取ることに同意します（下記被保険者が当該法人の役員である場合には、福利厚生目的での使用に限らず当該法人が保険金・給付金などを受け取ることに同意します）。

※旧日本興亜生命保険株式会社契約は、「生命保険契約付保に関する規定」または「被保険者同意確認書」に読み替えます。

## 1 同意書の記入日

年	月	日
---	---	---

## 2 被保険者の氏名・生年月日

被保険者名 (患者名)	生年月日	年	月	日生
----------------	------	---	---	----

## 3 同意者(※)の住所・署名

住所	電話番号	( )
----	------	-----

氏名 <sup>※</sup> (自署)	被保険者との続柄 (本人) (配偶者) (父) (母) (子) (その他)
-------------------------	--

※原則、被保険者ご本人様をご記入ください。被保険者が未成年の場合や、亡くなられている場合などでご本人様が記入できないケースの記入方法については、別紙の「記入例」をご確認ください。

# 「同意書」記入例

本同意書は同意者をご記入ください。同意者となる方は下の  をご確認ください。

 **同意者としてご記入いただく方を必ずご確認ください。**

**同意者は、原則ご病気やおケガをされた方(被保険者)です。**

ただし、以下のケースに該当する場合は、ご病気やおケガをされた方(被保険者)以外の方となりますので、ご注意ください。

今回のご請求が以下のどのケースに該当するかご確認ください。		同意者としてご記入いただく方
ケース 1	被保険者がお亡くなりになった場合	被保険者のご遺族様
ケース 2	被保険者が未成年の場合や、後見人を選任されている場合	被保険者の親権者または後見人
ケース 3	被保険者が以下の事情等で、代理請求となる場合 ● 事故や病気などで意識不明の場合 ● 認知症などで意思表示ができない場合 ● 治療上のご都合で、ご本人ががんなどの病名や余命の告知をされず、ご家族のみが知っている場合	代理請求人

## 1 同意書の記入日

本同意書をご記入いただいた日付をご記入ください。

## 2 被保険者の氏名・生年月日

今回ご病気やおケガをされた方、お亡くなりになった方のお名前と生年月日をご記入ください。

## 3 同意者(※)の住所・署名

同意者の住所、電話番号、お名前、被保険者との続柄をご記入ください。

### 同意書

(個人情報の取扱・事実の確認等について)

※旧日本興亜生命保険株式会社契約は、「生命保険契約付保に関する規定」または「被保険者同意確認書」に読み替えます。

**1 同意書の記入日**

2024 年 2 月 1 日

**2 被保険者の氏名・生年月日**

被保険者名 (患者名)	ひまわり 太郎	生年月日	1970 年 6 月 7 日生
----------------	---------	------	-----------------

**3 同意者(※)の住所・署名**

住所 東京都千代田区霞が関 X-X-X 電話番号 03 (9999) 9999

氏名 (自署)	ひまわり 太郎	被保険者との続柄	本人 (配偶者) (父) (母) (子) (その他)
------------	---------	----------	----------------------------

※原則、被保険者ご本人様をご記入ください。被保険者が未成年の場合や、亡くなられている場合などでご本人様が記入できないケースの記入方法については、別紙の「記入例」をご確認ください。

## 訂正方法

ご記入誤りを訂正する場合は、修正箇所を二重線で消し、余白に修正後の内容をご記入ください。

被保険者名 (患者名)	ひまわり 太郎 <del>ひまわり 花子</del>	生年月日	1970 年 6 月 7 日生
----------------	-------------------------------	------	-----------------

# 睡眠時無呼吸症候群専用診断書

該当する項目は漏れなく記入・○印をお願いします。

1. 氏名	カルテ番号 ( )		性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	(昭和) 年 月 日 (平成) 年 月 日 (令和) 年 月 日
2. 傷病名	睡眠時無呼吸症候群 睡眠時無呼吸症候群疑い	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	転帰	<input type="radio"/> 全治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 経過観察中 <input type="radio"/> 転院 <input type="radio"/> その他 ( )	
3. 入院	年 月 日 ~ 年 月 日			入院回数	<input type="radio"/> 初回 <input type="radio"/> 2回以上 ( 回) 10. 罹患歴も記入してください	
4. 前医・紹介医	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 傷病名	医療機関名	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
5. 既往歴	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 傷病名	医療機関名	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
6. 初診時詳細	発症から受診までの経過、受診経緯、前医紹介内容、初診時主訴					
7. 入院経緯詳細	① 在宅簡易検査施行	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒「有」の場合、検査日： 年 月 日		検査結果：(AHI) ____ 回/時		
	② 3.の入院契機	<input type="radio"/> 医師指示 <input type="radio"/> 患者希望	③	3.の入院目的		<input type="radio"/> 検査 <input type="radio"/> 治療
	④ 3.の入院に至った経緯・目的の詳細					
8. 検査・治療	① 「睡眠時無呼吸症候群」の診断確定有無	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒「有」の場合、診断確定日： 年 月 日				
	② 上記診断(判断)根拠	・検査日： 年 月 日 ・検査内容 <input type="radio"/> 終夜睡眠ポリグラフィ <input type="radio"/> その他( )		・検査結果：(AHI) ____ 回/時 ・重症度 <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 軽症 <input type="radio"/> 中等症 <input type="radio"/> 重症		
	③ 病名告知	本人： 年 月 日頃に 病名 ( ) と告げた				
	④ 患者様への結果・病状、治療方針(経過観察、マウスピース作成要否、CPAP治療要否など)にかかると説明内容の詳細	・ご説明日： 年 月 日 ・他院への紹介： <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒「有」の場合、医療機関名： ・ご説明内容詳細(経過観察、マウスピース・CPAP治療の要否、他院への紹介内容など)：				
	⑤ 入院中の治療の有無	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒「有」の場合、実施された治療内容： <input type="radio"/> 手術 <input type="radio"/> マウスピース治療 <input type="radio"/> CPAP治療 <input type="radio"/> その他( )				
※上記で手術に○をした場合		手術種類： <input type="radio"/> 直視下 <input type="radio"/> 内視鏡下 <input type="radio"/> 喉頭直達鏡下 <K・J - ( ) > 右・左・両側		手術名：		手術日： 年 月 日
9. 発病時期	貴院診断病名の発病時期と判断理由	① 傷病発生年月日	年 月 日 (頃)			
		② ①の判断理由				
10. 罹患歴	3.の入院以前の「睡眠時無呼吸症候群」の診断有無	①	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒「有」の場合、診断確定日： 年 月 日			
	※「有」の場合、診断から3.の入院までの経過を記入してください	②	①の診断確定から3.の入院までの経過			
病院(診療所)名・診療科		上記のとおり証明(診断)します。			年 月 日	当診断書料金
所在地		医師名			印	金 _____ 円
電話番号						※税込

# 封筒貼付用あて先用紙

## <長3封筒用>

- ①このPDFファイルをA4サイズで印刷してください。
- ②点線にそって右の「封筒貼付用あて先用紙」を切り取ってください。
- ③切り取った「封筒貼付用あて先用紙」にお客さまのご住所とお名前を記入し、封筒のおもて面にはがれないように貼り付けてください。
- ④必要な書類を封筒に入れ、しっかりと閉封してください。
- ⑤ポストへ投函してください。切手の貼り付けは不要です。

## <ご郵送いただける郵便の種類> 第一種郵便物（長3封筒）

横10m

キリトリ線 ✂



料金受取人払郵便  
赤坂局承認  
7615

# 107-8780

312  
(定形郵便物)

差出有効期間  
2025年11月  
30日まで

(受取人)  
日本郵便株式会社  
赤坂郵便局 私書箱第28号

## SOMPOひまわり生命保険株式会社

保険金サービス部 行

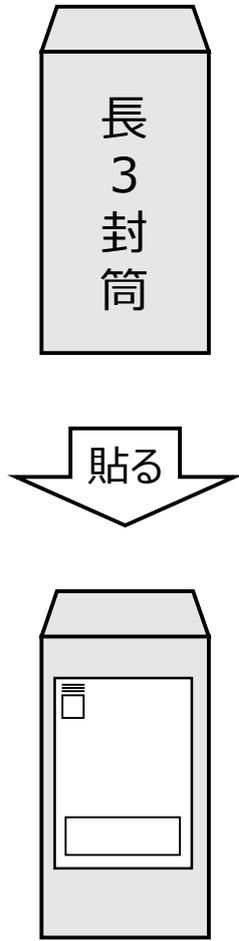


保険金・給付金等請求専用  
(カスタマーセンター)

差出人	〒	
お名前		

キリトリ線 ✂

縦14cm



# 封筒貼付用あて先用紙

## <角2封筒用>

- ①このPDFファイルをA4サイズで印刷してください。
- ②点線にそって右の「封筒貼付用あて先用紙」を切り取ってください。
- ③切り取った「封筒貼付用あて先用紙」にお客さまのご住所とお名前を記入し、角2封筒のおもて面の左上に合わせて、はがれないように貼り付けてください。
- ④必要な書類を封筒に入れ、しっかりと閉封してください。
- ⑤ポストへ投函してください。切手の貼り付けは不要です。

## <ご郵送いただける郵便の種類> 第一種郵便物（角2封筒）

横10m

キリトリ線 ✂

料金受取人払郵便

赤坂局承認

7616

差出有効期間  
2025年11月  
30日まで

107-8780  
312  
(定形外郵便物)

(受取人)  
日本郵便株式会社  
赤坂郵便局 私書箱第28号

キリトリ線 ✂

SOMPOひまわり生命保険株式会社  
保険金サービス部 行

保険金・給付金等請求専用  
(カスタマーセンター)

差出人	〒
ご住所	
お名前	

縦14cm

