

給付金請求書(個人・疾病用)

5011800

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

私は、貴社普通保険約款・特約条項の規定に基づき、貴社ホームページに記載の「個人情報の取扱い（<https://www.himawari-life.co.jp/company/info/privacy/detail/>）」を確認・同意のうえ、給付金を請求します。なお、医療機関発行の書類の記載内容や入院・手術内容について、貴社が必要に応じて医療機関等に照会することを承諾します。支払金がある場合、下記口座への送金完了をもって本請求への支払金を受領したものと認めます。



SOMPO

SOMPOひまわり生命

●受取人がご記入ください ※親権者による記入可能

旧日本興亜生命の証券番号は4行目にご記入ください

①	記入日	2	0	年	月	日	証券 番号	第					—			号					
	被保険者名											第					—			号	
												第					—			号	
	生年月日	昭	平	令		年		月	日	第							—			号	

②	フリガナ	セイ		メイ		親権者 受取人が未成年の場合は、 親権者ご自身が署名、□に し点チェックしてください。
	受取人ご本人 もしくは親権者 【自署】	姓		名		

●受取人名義の振込先をご記入ください

※記入が漏れていた場合は、前回請求時のお振込先へお支払いいたします

③	AとBは どちらか1つに 記入ください。	A	金融機関名 (ゆうちょ銀行 以外)	銀行 信託 信組 信金 農協 労金					
			種目	普通(総合) 当座		口座番号 (右つめ)	本店 支店 出張所		
B	ゆうちょ銀行	通帳 記号	1		0	通帳 番号	1		
	口座名義 (カタカナで記入)	セイ		メイ					

●今回の「お支払い手続き完了のお知らせ」等の送付先住所をご記入ください

④	郵便番号	〒				日中連絡先	—	—
	都道府県			都 府	道 県	市区町村		
	番地、アパート・ マンション名							

●代筆請求の要件に該当し、代筆請求される場合のみ、ご記入ください

代筆者氏名、理由 受取人との続柄	氏名		続柄	
	理由			

取扱者・会社使用欄

取扱者 受付日欄	受付日				年		月		日	取扱者名 (自署)		【注意】お客さまに請求書を渡した日付ではなく、 受領した日付を必ずご記入ください。
-------------	-----	--	--	--	---	--	---	--	---	--------------	--	--

【ST室使用欄】申し送り		
到着経路	○本・○CC・○営・○代	
両社加入 □	スキャン 枚数	枚
診断書	○鉛・○印なし・○不明	
証券番号	①記入なし ②同時請求(被別)	

営業店使用欄	
営業店受付日	営業店発送日

本社使用欄	
本社到着日	本社書類完備日

見やすいデザイン
UCDA
第三者認証
1C2412002(1)

- 取扱者・会社使用欄

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同社が委託した者（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ついて同意します（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ついて同意します）。

※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 [※] (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。

保険金24.12(892169)

「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に、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 ひまわり 花子	生年月日	1970 年 6 月 7 日生
------------	-------------------------------	------	-----------------

治療状況報告書
(お客さまご記入用)

5042100

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

■記入事項に相違はありません。
■貴社の【個人情報の取扱いに関する事項】、【第三者への提供および第三者からの取得】、【センシティブ情報の取扱い】について確認し、被保険者とともに同意します。
【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※ご提出いただいた診断書等の書類について、国内の委託先を通じて外国企業等に翻訳業務を委託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。
■法人が受取人(請求権者)の場合、病院等に照会または事実確認することについて、被保険者から同意を得ています。

記入日	年 月 日	
受取人 (請求権者 または 親権者・後見人)	必ずお名前をご記入ください。 (自署) 様 ※親権者・後見人の請求の場合は、請求書をご記入 いただいた親権者・後見人がご記入ください。	
被保険者	必ずお名前をご記入ください。 様	性別 男性 女性 被保険者 生年月日 年 月 日
病気やケガの 名前	必ず傷病名をご記入ください。 以下の傷病において、投薬治療を受けている場合は、 チェックをしてください。 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症(高コレステロール血症、高脂血症) ☐ 高血糖症(糖尿病)	
ケガの 部位	該当する部位に○印をご記入ください。 頭部 頸部(く) 腹部 腕(手) 足 その他	→ 投薬治療開始日をご記入ください。 年 月 日
ケガの 状態	該当する状態に○印をご記入ください。 打撲 捻 骨折 脱臼 その他	
病気やケガの 発生時期	ご病気の場合は症状を自覚されたおおよその時期を、おケガの場合は受傷された日をご記入ください。 年 月 日	
分娩日 (分娩予定日)	妊娠に伴うご傷病名の場合のみご記入ください。※正常妊娠、正常分娩による入院・通院はお支払い対象になりません。 年 月 日 (現在妊娠 週)	
治療期間	初診日	当該傷病の初診日を分かる範囲でご記入ください。 年 月 日
	現在の受診 状況	※通院中の場合は現在通院中に○印、通院が終了している場合は終診に、○印をご記入ください。 ※終診の場合は、終診に○印をし、最終の受診日をご記入ください。 年 月 日 終診 現在通院中
入院	※日帰り入院の場合は、入院日・退院日それぞれに同日をご記入ください。 第1回 年 月 日 ~ 年 月 日 第2回 年 月 日 ~ 年 月 日 第3回以降はこちらへご記入ください。	
	受けられた手術の日付をご記入ください。 眼の手術の場合は、いずれかの部位に○印をご記入ください。 第1回 年 月 日 (手術部位: 右眼 左眼 両眼) 第2回 年 月 日 (手術部位: 右眼 左眼 両眼)	
	カレンダーに「年月」をご記入のうえ、通院日に○印をご記入ください。 2か所の医療機関に通院された場合、下欄「治療先②」への通院日は△印をご記入ください。	
通院	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日
今回の治療先 ※治療先が1か所で、ご提出いただく領収証コピー等で医療機関名・診療科が確認できる場合は、ご記入不要です。		
治療先①	医療機関名	診療科
治療先②	医療機関名	診療科

「治療状況報告書」記入例

＜＜受取人（請求権者）ご本人様をご記入ください＞＞

1

本治療状況報告書をご記入いただいた日付をご記入ください。

2

「保険金・給付金等請求書」にご記入いただいた受取人（請求権者）ご本人様が自署してください。

3

今回ご病気やおケガをされた方のお名前をご記入ください。

4

病気やケガの名前を医師に診断されていない場合や不明な場合は、症状をご記入ください。（例：腹痛、めまいなど）

5

該当の病名にチェックし、投薬治療開始日をご記入ください。

6

おケガをされた場合、該当する部位および状態に○印をご記入ください。

7

発生時期または受傷日が不明な場合は、おおよその日付をご記入ください。

8

手術を受けられた日付をご記入ください。眼の手術の場合は、手術部位のいずれかに○印をご記入ください。同じ手術を別日で実施した場合はそれぞれの日付をご記入ください。

9

実際に通院された日付に○印をご記入ください。2か所の医療機関に通院された場合は、「治療先①」にご記入の通院日には○印を、「治療先②」にご記入の通院日には△印をご記入ください。※ご契約に通院の保障がない場合は、ご記入は不要です。

治療状況報告書 (お客さまご記入用)

5042100

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

■記入事項に相違はありません。
■貴社の【個人情報の取扱いに関する事項】、【第三者への提供および第三者からの取得】、【センシティブ情報の取扱い】について確認し、被保険者とともに同意します。
【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、再保険会社の請求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・歯医者・契約確認会社等)に業務上必要な取扱いを行う場合②再保険契約の締結や再保険会社の受領等のために、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を含みます。)(③法令に基づく場合④当社の業務遂行上必要な範囲で、事業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※ご提出いただいた診断書等の書類について、国内の委託先を通じて外国企業等に翻訳業務を委託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、法令等に準拠し、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。
■本人が受取人(請求権者)の場合、病院等に顔見または事実確認することについて、被保険者から同意を得ています。

1 入日	2024年 5月 5日
2 受取人(請求権者)または(医師・後見人)	必ずお名前をご記入ください。 (自署) ひまわり 太郎 様
3 保険者	必ずお名前をご記入ください。 ひまわり 太郎 様
4 病気やケガの名称	性別 ☒ 男性 ☐ 女性 白内障
5 ケガの部位	被保険者生年月日 1975年 6月 7日
6 ケガの状態	該当する部位に○印をご記入ください。 (頭部) (頭部) (腕部) (脚部) (手) (足) (その他) { } 該当する状態に○印をご記入ください。 (打撲) (捻挫) (骨折) (脱臼) (その他) { } 下の疾患において、投薬治療を受けている場合は、チェックしてください。 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症(高コレステロール血症、高脂血症) ☐ 高血糖症(糖尿病) →投薬治療開始日をご記入ください。 年 月 日
7 やケガの生時期	ご病気の場合は症状を自覚されたおおよその時期を、おケガの場合は受傷された日をご記入ください。 2024年 4月 12日
分娩日(分娩予定日)	妊娠に伴うご病名の場合のみご記入ください。※正常妊娠、正常分娩による入院・通院はお支払い対象になりません。 年 月 日 (現在妊娠 週)
治療期間	初診日 当該病名の初診日を分ける範囲で記入ください。 2024年 4月 13日 現在の受診状況 ※通院中の場合は現在通院中に○印、通院が終了している場合は終診に、○印をご記入ください。 2024年 4月 26日 (終診) (現在通院中)
入院	※日帰り入院の場合は、入院日・退院日それぞれに同日をご記入ください。 第1回 2024年 4月 13日 ~ 2024年 4月 19日 第2回 年 月 日 ~ 年 月 日 第3回以降はこちへご記入ください。
8 手術	受けられた手術の日付をご記入ください。眼の手術の場合は、いずれかの部位に○印をご記入ください。 第1回 2024年 4月 13日 (手術部位: ☒ 右眼 ☐ 左眼 ☐ 両眼) 第2回 2024年 4月 18日 (手術部位: ☐ 右眼 ☒ 左眼 ☐ 両眼)
9 通院	カレンダーに「年月」をご記入のうえ、通院日に○印をご記入ください。 2か所の医療機関に通院された場合、下欄「治療先②」への通院日は△印をご記入ください。 2024年 4月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 2 日 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日
10 通院の治療先	※治療先が1か所で、ご提出いただく領収証コピー等で医療機関名・診療科が確認できる場合は、ご記入不要です。 治療先① 医療機関名 ひまわり病院 診療科 眼科 治療先② 医療機関名 新宿ひまわり病院 診療科 眼科

保険金24.10(891112)

訂正方法

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。

受取人(請求権者)または(親権者・後見人)	必ずお名前をご記入ください。 (自署) ひまわり 太郎 様 ひまわり 花子
-----------------------	--

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

差出有効期間
2025年11月
30日まで

107-8780

312

(定形郵便物)

(受取人)

日本郵便株式会社

赤坂郵便局 私書箱第28号

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)

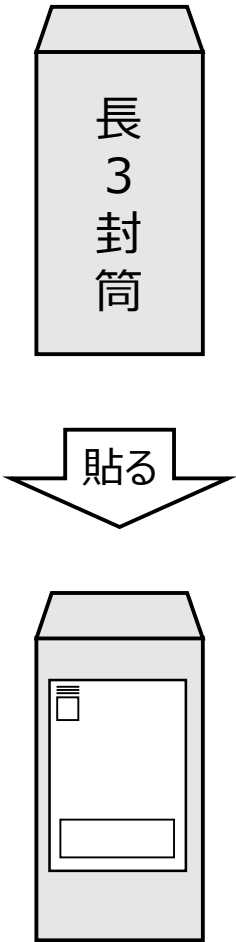
〒

ご住所

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

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

角 2 封 筒

貼る