事故状況報告書について

ケガによるご請求の場合、「事故状況報告書」のご提出をお願いいたします。

「保険金・給付金お手続きガイド」

https://www.himawari-life.co.jp/customer/seikyu/notes/guide/の必要書類欄に「事故状況報告書」についての記載はありませんが、必要となります。

給付金請求書(個人•疾病用)

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木き水への支払金を受領したものと認めます。



SOMPOひまわり生命

党即	2人がご記	入く	ださ	に) ※	親権者は	による記	入可能				IB	日本與	東亜生 症	命の証	券番号	号は4行	目に	ご記入・	くださし	٦)
	記入日	2	0		年		月		E	3	第						<u> </u>			
•	地 /DIC		 :	'		:				証券	\$ ^第	;					_			
1	被保険者名									番号							_			
	生年月日	(昭)(平	(金)		年		月		E	3	第								_	-
	フリガス	-	セイ						メイ								親権	置者		
2	受取人ご	人本														受取人:			1	
4	もしくは 親 る 【 自署 】		姓						名							レ点チ	ェックし	てくださ	をい。 でい。	
	1067		_																	
受取	人名義の	振込	先を	とご記	入く	ださし	١ -	※記入	が漏れ	ていた	:場合	は、前	回請求	対時の	お振辺	と 先へお	支払	いいた	します	
			П	金融榜	整型夕								銀行	(信託)(信	組)(信	金)([農協)(労金)	
	Δ. Β		Α	(ゆうち	よ銀行	:									(4	店)(支店		張所)	
	A と B どちらか1つ		П	以	ያ ኑ)	種目	普通	風(総合)) (選	巫	口座都 (右づ									
3	記入くださ	را _°			.	通帳	4	i	1			通帳								
			В	ゆうち	よ銀行	記号	1			()	番号								
	□座名義	1	21						メイ											
	(カタカナで記)	入)																		
今回	の「お支払	ムい	手続	き完	了のは	お知ら	せ]ŧ	等の流	送付	先住	所を	そご	己入	くだ	さい	1			_	
	郵便番号	₹			-				日中連	終先			_			_				
4	都道府県						15-21	(道) (県)	市区日	町村										
	番地、アパート・						(19)	(10)												
15.44-	マンション名	> 1		/ IS && = -1	- 15	!-														
筆力	請求の要件に	こ該当	áU√	代筆請	求され	てる場合	<u>うのみ</u>	<u>ナ</u> 、ご言	記人<	くださ	<i>ل</i> ا				\neg					
	者氏名、理由	氏名									続柄									
受取	人との続柄	理由																		
								T- IT +		+										
						_		取扱者	*会在19	史用懶 -				【注	意】お客	ろうさまに	吉 求書	を渡し	た日付	† ではな・
 钑者	受付日		1	年		月	E	-1 1	署)							頂したE				
									営業ル	吉使用欄					本	生使用欄				やすいデザー
扱者 付日欄		使用欄						14 Mr	7.1.	312.0	٠ ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ								│	UCDA
	【ST室 ①本・①CC スキャン						Ė	営業店受	受付日	営業	美店発	送日		本社至	着日	本社	土書類:	完備日		UCDA 第三者認証
計日欄	○本・○CC	・○営	•01			枚	Ė	営業店受	受付日	営業	美店発	送日		本社至	着日_	本社		完備日		

「給付金請求書(個人·疾病用)」記入案内

① 被保険者名

今回ご病気をされた方のお名前を ご記入ください。

1 証券番号

被保険者さま、受取人さまが同一となるご契約が複数ある場合は、 すべての証券番号をご記入ください。

2 自署

受取人さまが未成年の場合は、 親権者さまが、ご自身のお名前を ご記入ください。

③ 振込先

②に記載された受取人ご本人さま、 もしくは親権者さま名義の口座を ご記入ください。

配偶者さまなど、ご家族名義の 口座はご利用できません。

代筆請求(必要時)

受取人さまのご病状から、書類の 記入が困難な場合、ご家族の方に 代筆いただくことができます。

※受取人ご本人さまが給付金請求 の意思表示ができる場合に限ります。 理由欄の例:利き手を骨折しているため

②で親権者さまからのご請求の場合、 代筆請求欄のご記入は不要です。

法

5011800 給付金請求書(個人・疾病用) SOMPOひまわり生命保険株式会社 朔 SOMPO 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配載の「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、責社 SOMPOひまわり生命 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。 ●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列目にご記入ください 薬 記入日 2 0 年 Ħ B 証券 第 9 0 被保険者名 番号 ※ ŋ 生年月日 報子帝 Œ H 9 H フリガナ 21 21 親権者 受取人が未成年の場合は、 受取人ご本人 2 親権者ご自身が署名、□に もしくは親権者 8 姓 レ点チェックしてください。 [白馨] ●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 (銀行)(信託)(信組)(信金)(養協)(労金 金融機関名 本店 | 支店 | 出張所 (ゆうちょ銀行 ALBIA 以外) 口座番号 種目 (普通(総合)) 当度 どちらか1つに (右づめ) 3 記入ください。 通報 番号 1 0 ゆうちょ銀行 1 口座名義 xx ●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 郵便指导 日中連絡先 郵道 4 都道府県 市区町村 府庫 器地、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 13.65 代第老氏名, 理由 受取人との統柄 理由 取现者,会社使用權

 がまわり花子

同 意 書

(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することに同意します。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	己人日								
	年	月	В						
2 被保険者の	の氏名・生年	月日							
被保険者名 (患者名)				生年月日		年	F	1	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		(配偶者)	·····································	到(字)

「同意書」記入例

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

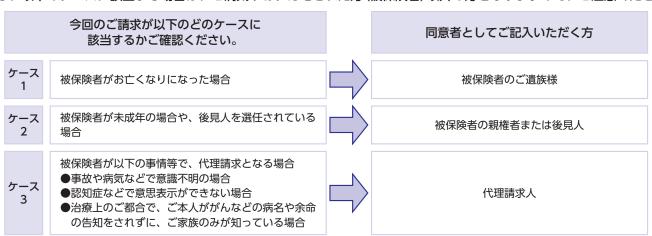




同意者としてご記入いただく方を必ずご確認ください。

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。



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。

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。

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。



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。



事故状況報告書

受取人(請求権者)氏名

親権者または後見人

記入日	令和	年	8	日
記入口	TPATU		л	

被保険者名				(男)	4	(昭和)	_	_	_
(受傷者名)				(男) (女)	生年月日	、平成人	年	月	日
受傷の日時	年	月	日((午前)	(午後)	時	5	分頃	
受傷の場所									
受傷の 原因・状況	<u>※おケガをされ</u>	た時の原因、	<u>状況をできる</u>	<u>だけ詳</u>	細にご記入ぐ	<u>(ださい。</u>			

交通事故の場合には、下欄にもご記入ください。

<事故の場合>	(運転中)・(同乗中)・(歩行中)・(その他)()	飲酒(無)・(有	
※全項目をご記入ください	警察への届出 (無)・(有) 有の場合→		署へ提出	
<自動車・バイクを	{免許証番号}			
運転中の場合>	{免許証種類} (大型) (中型) (普通) (大自二) (普自二》(原	付いその他)()
※全項目をご記入ください	{免許証有効期限} 年 月	日		

SOMPOひまわり生命保険株式会社

事故状況報告書

記入日 令和 元 年 10 月 1 日

受取人 (請求権者) 氏名
ひまわり 太郎

親権者または後見人

被保険者名 (受傷者名)	ひまわり 太郎 生年月日 (平成) 45年 6月 7日 (全和)
受傷の日時	令和 元 年 9 月 15 日 (午前) 午後 1 時 50 分頃
受傷の場所	東京都中央区京橋 3 - 3 0
受傷の 原因・状況	※おケガをされた時の原因、状況をできるだけ詳細にご記入ください。 銀座方面にむかって普通乗用車を運転中に左脇道より一旦停止せずに出てきた相手方の小型トラックに衝突されたため、頭部を強打した。

交通事故の場合には、下欄にもご記入ください。

<事故の場合>	運転中・「同乗中」・「歩行中」・「その他」() 飲酒 無・	(有)
※全項目をご記入ください	警察への届出 (無)・有 有の場合→ 中央 署へ提出	
<自動車・バイクを	{免許証番号} 101011223344	
運転中の場合>	[免許証種類] (大型) (中型) 普通 (大自二) (第自二) (原付) (その他) ()
※全項目をご記入ください	{免許証有効期限} _{令和 2} 年 7月 7日	

SOMPOひまわり生命保険株式会社

治療状況報告書

(お客さまご記入用)

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	必ずお名前を3 (自署)	ご記入ください。			146	┃ ┃※親権者・	後見人の請求	の場合は、	請求書をご記	入
または 親権者・後見人)					様		た親権者・後			
	必ずお名前を	ご記入ください。		性	:別	被保険者		_	_	
被保険者			様	(男性)	(女性)	生年月日		年	月	日
病気やケガの	必ず傷病名を	ご記入ください。	,	•				変治療を受け	けている場合は、	_
名前						」 アエックを 」 □高血原	<u>してください。</u> 王症			
ケガの	該当する部位に			V 7 0 11 V			異常症(高コレ 糖症(糖尿病)		ル血症、高脂	血症)
部位		(く)(腹部)(/こ/ O印をご記入くだ		人その他人			席延 (裾)水衲 / ミ治療開始日をこ		LV.	
ケガの 状態		(骨折)(脱臼					年	- 107 (720	~ 。 月	日
病気やケガの	`\/` '\/	<u>、</u>	/ \/\C	<u>期</u> を、おケガの:	場合は受傷さ	<u>↓</u> れた日をご記 <i>力</i>				
発生時期			年		日					
分娩日 (分娩予定日)	妊娠に伴うご傷病	病名の場合のみこ	ご記入ください。 年		E常分娩によ 日 (現在な		お支払い対象にな	りません。 週)		
(7)%, 1 / (1)		当該傷病の初診	•	* =		工列区		迎 /		
	初診日		:	年 .	月	日				
治療期間	現在の受診	※通院中の場合 ※終診の場合は					、〇印をご記入くた	ごさい 。		
	状況				月	日	(終診)(3	見在通院中	
	※日帰り入院の	場合は、入院日・	退院日それぞれ	1に同日をご記	入ください。					
2 70台	第1回	年	月	日 ~	年	月	日			
入院	第2回	年	月	日 ~ 日 ~	年 年	月月	B B			
入院	第2回 第3回以降は	年 こちらへご記。	月入ください。	日 ~	年	月	B			
入院	第2回第3回以降は受けられた手術の	年こちらへご記んの日付をご記入く	月 入ください。 ださい。 眼の	日 ~	年 いずれかの8 /	月	日記入ください。			
入院 手術	第2回 第3回以降は	年 こちらへご記。	月 入ください。 ださい。眼の『 月 日	日 ~ 手術の場合は、 (手術部(年 いずれかのき 立: (右眼	月 アログログ アログラ アログラ アログラ アログラ アログラ アログラ アログ	B			
	第2回 第3回以降は 受けられた手術の 第1回 第2回	年 こちらへご記え の日付をご記入く 年 年	月 入ください。 ださい。眼の 月 日 月 日	日 ~ 日 ~ 手術の場合は、 (手術部((手術部(・ 年 いずれかの部 立: (右眼 立: (右眼	月	日記入ください。			
	第2回 第3回以降は 受けられた手術の 第1回 第2回 カレンダーに	年 こちらへご記。 の日付をご記入ぐ 年	月 入ください。 ださい。眼の 月 日 月 日	日 ~ 手術の場合は、 (手術部は (手術部は 売日にO印を	かずれかのき 立: (石眼 立: (石眼 立: (石眼	月の中をご、人を眼、一を眼、一を眼、一を眼、一を眼、一を眼、一を眼、一を眼、一を眼、一を眼、一	記入ください。			
	第2回 第3回以降は 受けられた手術の 第1回 第2回 カレンダーに 2か所の医療	年 こちらへご記え の日付をご記入く 年 年 「 年月」をご記 え 張機関に通院さ	月 入ください。 ださい。 眼の 月 日 月 日 入のうえ、通防 れた場合、下	日 ~ 手術の場合は、 (手術部(手術部(売日に〇印を : 欄「治療先②	年 いずれかの部立: (右眼立: (右眼立) (右眼直) (右眼) (右眼神) (右眼神) (右眼神) (右眼神)	月 『位に〇印をご が、左眼 にい。 は△印をご	日 記入ください。 (両眼)) (両眼)) 記入ください。	25 26 27	⁷ 28 29 30 31	計日
	第2回 第3回以降は 受けられた手術の 第1回 第2回 カレンダーに 2か所の医療	年 こちらへご記入 の日付をご記入く 年 年 「年月」をご記入 議機関に通院さ	月 入ください。 ださい。眼の 月 日 月 日 入のうえ、通防 れた場合、下7	日 ~ 手術の場合は、 (手術部に (手術部に 売日に〇印を 。 欄「治療先② 11 12 13	年 いずれかの記 立: (石眼 立: (石眼 ご記入くださ 」への通院E	月 『位に〇印をご 、 (左眼 、 た眼 にい。 日は△印をご 17 18 19 20	日 記入ください。 (両眼)) に入ください。 21 22 23 24		7 28 29 30 31 7 28 29 30 31	1
	第2回 第3回以降は 受けられた手術の 第1回 第2回 カレンダーに 2か所の医療 年 月	年 こちらへご記入の日付をご記入く 年 年 「年月」をご記入 様機に通院さ 1 2 3 4 5	月 入ください。 ださい。眼の 月 日 日 入 のうえ、通防 れた場合、下 6 7 8 9 10 6 7 8 9 10	日 ~ 手術の場合は、 (手術部は (手術部は 売日に〇印を 欄「治療先② 11 12 13	かずれかの音 立: (石販 立: (石販 立: (石販 14 15 16 14 15 16	月 P位に〇印をご 上 に に は 上 に に に に に に に に に に に に に	日記入ください。 (両眼)) ((両眼)) (記入ください。 (21 22 23 24 21 22 23 24 24 21 22 23 24	25 26 27		計 日
手術	第2回 第3回以降は 受けられた手術の 第1回 第2回 カレンダーに 2か所の医療 年 月	年 こちらへご記入 年 年 第機関に通院さ 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 0	月 入ください。 眼の 月 日 月 日 入 のうえ、通防 れた場合、下 678910 678910	日 ~ 手術の場合は、 (手術部に (手術部に 売日に〇印を : 欄「治療先② 11 12 13 11 12 13	中 いずれかの部立: (右眼立: (右眼立: (右眼立)への通院E 14 15 16 14 15 16	月 A	日記入ください。 (両眼)) (両眼)) 記入ください。 0 21 22 23 24 0 21 22 23 24	25 26 27 25 26 27	7 28 29 30 31	計日
手術	第2回 第3回以降は 受けられた手術の 第1回 第2回 カレンダーに 2か所の医療 年 月 年 月	年 こちらへご記入 年 年 (年月」をご記入 (本年) 1 2 3 4 5 1 1 2 3 4 5 1 1 2 3 4 5 1 1 2 3 4 5 1	月 入ください。眼の ださい。眼の 月 日 入のうえ、通防 れた場合、下 6 7 8 9 10 6 7 8 9 10 6 7 8 9 10 6 7 8 9 10	日 ~ 手術の場合は、 (手術部に	年 いずれかの音 立: (右眼 立: (右眼 立: (右眼 14 15 16 14 15 16 14 15 16	月 『位に〇印をご 「左眼」 「た眼」 「17 18 19 20 17 18 19 20 17 18 19 20 17 18 19 20	日記入ください。 (両眼)) に入ください。 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24	25 26 27 25 26 27 25 26 27	7 28 29 30 31 7 28 29 30 31	計 日 計 日 計 日 計 日
手術	第2回 第3回以降は 受けられた手術の 第1回 第2回 カレンダーに 2か所の医療 年月年月年月年月	年 こちらへご記入ぐ 年 年 「年月」をご記入ぐ 年 1 2 3 4 5 1 1 2 3 4 5 1	月 入ください。眼の手 月 日 八のうえ、通防 れた場合、下 6 7 8 9 10 6 7 8 9 10	日 ~ 手術の場合は、 (手術部位 (手術部位 (手術部位 に	本 いずれかの語 立: (右眼 立: (右眼 立: (右眼 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16	月 『位に〇印をご (左眼 『	日記入ください。 (両眼)) (元限)) (記入ください。 21 22 23 24 21 22 23 24	25 26 27 25 26 27 25 26 27 25 26 27	7 28 29 30 31 7 28 29 30 31 7 28 29 30 31 7 28 29 30 31 7 28 29 30 31	計 日 計 日 計 日 計 日
手術通院	第2回 第3回以降は 要けられた手術の 第1回 第2回 カレンダの 年 月 年 月 年 年 月 年 年 月	年 こちらへご記入 年 年 (年月」をご記入 (年月」をご記入 (大田) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1	月 入ください。眼の手 月 日 入のうえ、通防 れた場合、下 6 7 8 9 10 6 7 8 9 10	日 ~ 手術の場合は、 (手術部に	年 いずれかの音 立: (右眼 立: (右眼 立: (右眼 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16	月 『位に〇印をご 「左眼」 「た眼」 「7 18 19 20 17 18 19 20	日記入ください。 (「両眼」)) に入ください。 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24	25 26 27 25 26 27 25 26 27 25 26 27 25 26 27 25 26 27	7 28 29 30 31 7 28 29 30 31	計 日 計 日 計 日 計 日 計 日
手術 通院 今回の治療	第2回 第3回以降は 第1回 第2回 カレン 第0回 カレン 第年 年年 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月	年 こちらへご記入 年 年 (年月」をご記入 (年月」をご記入 (大田) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1	月 入ください。眼の手 月 日 入のうえ、通防 れた場合、下 6 7 8 9 10 6 7 8 9 10	日 ~ 手術の場合は、 (手術部に	年 いずれかの音 立: (右眼 立: (右眼 立: (右眼 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16	月 『位に〇印をご 「左眼」 「た眼」 「17 18 19 20 17 18 19 20 「17 18 19 20 「17 18 19 20	日記入ください。 (「両眼」)) に入ください。 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24	25 26 27 25 26 27 25 26 27 25 26 27 25 26 27 25 26 27	7 28 29 30 31 7 28 29 30 31 7 28 29 30 31 7 28 29 30 31 7 28 29 30 31	計 日 計 日 計 日 計 日 計 日
手術通院	第2回 第3回以降は 要けられた手術の 第1回 第2回 カレンダの 年 月 年 月 年 年 月 年 年 月	年 こちらへご記入 年 年 (年月」をご記入 (年月」をご記入 (大田) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1	月 入ください。眼の手 月 日 入のうえ、通防 れた場合、下 6 7 8 9 10 6 7 8 9 10	日 ~ 手術の場合は、 (手術部に	年 いずれかの音 立: (右眼 立: (右眼 立: (右眼 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16 14 15 16	月 『位に〇印をご 「左眼」 「た眼」 「7 18 19 20 17 18 19 20	日記入ください。 (「両眼」)) に入ください。 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24 21 22 23 24	25 26 27 25 26 27 25 26 27 25 26 27 25 26 27 25 26 27	7 28 29 30 31 7 28 29 30 31	計 日 計 日 計 日 計 日 計 日

「治療状況報告書」記入例

<<受取人(請求権者)ご本人様がご記入ください>>

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

「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

L1

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

方のお名前をご記入ください。

(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

6 おケガをされた場合、該当す る部位および状態にO印をご 記入ください。

発生時期または受傷日が不明 確な場合は、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 かに〇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〇 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〇印 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 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。 ■責社の信例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・ご維持・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、本人確認之再

保険契約の締結、再保験金の顕求立限連会社・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・サービスの充実がその他保険に 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開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】

18かニョー・ツが近れおより第二日からから付け、 番社は、次の場合に未実的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 機関などの関係夫(医師・函物士・契約部設会社等)に実際主必要な図会を行う場合で再度接受約の締結や再保接をの受領等のために、国内外の再保験会社に必要な個人情報を提供する場合 る場合(再保験会社が国内外の別の再保験会社へ情報を提供する場合も含みます。)②法令任意が場合(国内を限金)を表現した。要な範囲で、募集代理店を含む委託先に提供する場合 (※)②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に契約内容を経験度、契約可能機会制度おび支払登定時間会制度に基づき、他の生命保険会社、同席、 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。

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、業界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。 生人が受取人(請求権者)の場合、病院等に開会または事実確認することについて、被保険者勤ら同意を得ています。

1 入日		5月 5日	1			_							
受取人 ② 求権者 たは ・後見人)	(食糧)	ひまわ	り太郎	郭	様			人の請求の				λ	
3 保険者	ひまね	わり太郎	3 様	男性	対性	被保防生年月		1	.975#	6	A 7	7 8	
4 名前		・											
ケガの 部位	(頭部) 頭部	〇印をご記入ください (く)(腹部)(腕)(年)(足)	その他)		口高	血糖症(E(高コレ糖尿病)			、高脂	血症))
状態	(打撲)(捻)	〇印をご記入ください (骨折)(脱臼)((+0)					年	EAVE	A		E	B
7 たケガの 生時期		<u>症状を自覚されたお</u> 2024	4年 4	月 12	B		17 11 15 5	8					
分娩日 (分娩予定日)	妊娠に伴うご傷痕	病名の場合のみご記 	年	月	日(現在		記念支払	ハ対象になり	させん。 週)				
the wage	初診日	当該傷病の初診日 ※通院中の場合は	2024	4	月 13		AI- 0.00		***				
治療期間	現在の受診 状況	※終診の場合は、終	2024年	、最終の受診	月 26	ください。	sic, Oni	(NB	,	現在通院中	0		
	※日帰り入院の 第1回 202	場合は、入院日・選集 24 年 4	月 13日			4 月	19 🖪						
入院	第2回	年にちらへご記入く		~	年	月	B						
8	受けられた手術の 第1回 20	の日付をご記入ぐだる 24 年 4 月 24 年 4 月	13日	(手術部位	ž: (51	D (E	() (両	暇)					
		「年月」をご記入の を機関に通院された					ご記入ぐ	etv.					
	202年 4月 年 月	1 2 3 4 5 6	7 8 9 10 1 7 8 9 10 1									計	2 E
9 產院	年 月	1 2 3 4 5 6										21	E
	年 月	1 2 3 4 5 6									-	計	E
	年 月 年 月	1 2 3 4 5 6										2t 2t	E
1		111 A 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	提出いただ	〈領収証コ	ピー等で図	療機関名	·診療科	が確認で	きる場合	は、ご記	入不要	です。	
10回の治療	先 ※治療先	במיומיות כ. ב	METTIO.1-1-	A LOS DA HINT									
治療先①	先 ※治療先 医療機関名		わり病院			診療科		眼	科				

10

診療を受けた医療機関名・診療科 をご記入ください。

2か所で治療を受けられた場合は、 「治療先②」も同様にご記入くだ さい。

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 親権者·後見人)

必ずお名前をご記入ください。 ひまりり太郎

様

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。

3 1 2

<ご郵送いただける郵便の種類> 第一種郵便物(長3封筒)

107-8780 料金受取人払郵便 赤坂局承認 (定形郵便物) 7615 差出有効期間 (受取人) 2025年11月 30日まで

横10m

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

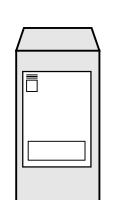
保険金サービス部 行

իլիվովիկիկիկիոլիկիկիկուկորկիկուկութերեր

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	

長 3 封 筒



貼る

IJ 線

X

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。

くご郵送いただける郵便の種類> 第一種郵便物(角2封筒)



