

資料編

ここでは、実際に使用されている帳票類を掲載していますので、参考としてご覧ください。

意向確認書(一般用)	153
意向確認書(銀行窓販用)	154
生命保険契約申込書	155
注意喚起情報(一般用)	157
注意喚起情報(銀行窓販用)	165
転換比較表	172
告知書	177
取引時確認報告書	181
第一回保険料充当金領収証	182
生命保険証券	183
特別条件承諾書	185
特別条件付契約のしおり	186
ご契約内容のお知らせ	188
指定代理請求特約付加請求書	190
保険料未入金時の通知	192
保険料自動振替貸付適用時の通知	194
失効契約に対する通知	195
復活請求書	196
解約請求書	197
契約者貸付請求書	198
生命保険料控除証明書	200
契約更新の確認通知	202
更新完了通知	203
契約内容変更完了通知	204
死亡保険金請求書	205
高度障害診断書	206
給付金請求書	208
入院・通院・手術・特定疾病証明書	210
介護保障用診断書	211
支払完了通知	213

保険契約者さまへ

生命保険契約ご加入にあたっての意向確認書

このたびは、当社の生命保険契約へのご加入を検討いただき、誠にありがとうございます。当書面により、お客さまのご意向に沿った内容となっているかをご確認ください。

保険契約者 文化 千太 様

(被保険者 文化 千太 様)

お客さまの生命保険契約に関するご意向(レ点部分)について

就労不能・介護の保障 ☒ 就労不能状態や要介護状態になった場合に備えたい	保険料の払込みが免除となる保障 ☒ 就労不能状態や要介護状態になった場合に備えたい ☒ がんになった場合に備えたい ☒ 生活習慣病(3大成人病や5つの重度慢性疾患、重度の動脈疾患)になった場合に備えたい
万一の場合の保障 ☒ 死亡した場合に備えたい	資産形成や計画的な貯蓄など ☐ 積立金で計画的に貯蓄したい ※積立金が月額5,000円以上の場合にレ表示しています。 ☒ 終身保険が持つ資産形成機能がほしい ☐ 満期のときに満期保険金等を受け取りたい ☐ 将来のために年金を準備したい ☐ 保険期間中に生存給付金等を受け取りたい
生活習慣病や入院・手術などについての保障 ☒ 生活習慣病(3大成人病や5つの重度慢性疾患、重度の動脈疾患)になった場合に備えたい ☒ 入院前後の諸費用に備えたい ☒ 入院に備えたい ☒ 手術に備えたい ☒ がんになった場合に備えたい	

今回の保険加入にあたって、上記の記載以外に特に記載すべきご意向がある場合は、以下の特記事項欄にご記入ください。なお、ご記入いただく事柄がご不明な場合は、募集担当者におたずねください。

※特に記載すべきご意向…保険期間、保険料、保険料払込方法、保険金額、およびその他特別なご意向等

【その他特記事項欄】

お客さまへのご提案について

現在ご提案している生命保険契約については、お客さまよりお伺いした上記のご意向をもとに設計しておりますので、お客さまのご意向に沿った内容になっていると考えます。お手元の設計書(契約概要)、申込書等で最終的にご確認ください。また、お客さまのご意向と相違があれば募集担当者にお申し出ください。

募集担当者

〇〇生命保険
〇〇支社 〇〇 〇〇

契約内容に関するご意向確認について(「はい」「いいえ」のいずれかに○印をご記入ください。)

① 保険金・給付金等の保障内容(支払理由等)は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。特にがん保障は、【設計書(契約概要)】をご確認・ご了承いただいていますか。	① はい いいえ
② 保険金額・給付金額等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。特に、特約部分には災害死亡時以外の死亡保険金がないことおよび解約返戻金がないこと(保険料払込満了後の総合医療特約を除く)をご了承いただいていますか。	② はい いいえ
③ 保険期間は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	③ はい いいえ
④ 保険料・保険料払込期間は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。	④ はい いいえ
⑤ 当初のご意向と最終的なご意向を比較し、相違点等についてご確認いただきましたか。	⑤ はい いいえ

■すべて「はい」である場合は下記にご確認日をご記入・ご署名をお願いします。

■1つでも「いいえ」がある場合は、再度ご意向に沿った内容で提案させていただきます。

上記の内容について確認しました。

ご確認日	平成	年	月	日
フリガナ	ブンカ センタ			
保険契約者(自署)				

〇〇生命保険 御中

意向確認書

5年ごと利差配当付一時払増終身保険

当書面は、ご提案内容がお客様の保険に対する要望や意向を反映した内容となっているか、お客様にご確認いただくものです。お客様の要望や意向等と相違があれば、あらためて確認させていただきますのでお申し出ください。

1. 保険加入にあたってのお客様の要望や意向【取扱者記入欄】

- 一生涯の死亡保障を確保すること
- あらかじめ定められた額の一時金(または年金)を準備すること

特記事項欄(取扱者記入欄)※記載の内容では満たせないお客様の要望・意向がある場合や、上記の他にお客様が特に強い要望・意向をお持ちの場合等に取扱者が記入

上記のとおりお客様の意向等を確認させていただき、当保険商品がお客様の意向に沿ったものと考え、ご提案させていただきました。下記「2. お申込みいただくにあたり特にご確認いただきたい事項」によって、お客様の要望・意向等に相違がないかを十分にご確認のうえお申込みください。

取扱金融機関

取扱者(自署)

2. お申込みいただくにあたり特にご確認いただきたい事項【必ずお客様ご自身がご記入ください】

ご提案内容がお客様の意向に沿った内容となっているか、下記の項目について、「はい・いいえ」のどちらかにチェックをお願いします。確認日を記入のうえご署名ください。

はい いいえ
☒ ☐
(例)

① 保障内容(保険金・給付金のお支払事由、金額)は、お客様の意向に沿った内容となっていますか。

はい いいえ
☐ ☐

② 保険料およびそのお払込方法(一時払)は、お客様の意向に沿った内容となっていますか。

はい いいえ
☐ ☐

③ 保険期間は、お客様の意向に沿った内容となっていますか。

はい いいえ
☐ ☐

④ 以下の点について、ご理解をいただいていますか。

- ・この商品は〇〇生命を引受保険会社とする生命保険であり、預金とは異なります。
- ・ご解約された場合の返戻金額は、ご契約後一定期間内は一時払保険料を下回り、また、第1保険期間中(ご契約から10年間)は一時払保険料を上回ることはありません。

はい いいえ
☐ ☐

上記のご回答に「いいえ」がある場合は、ご契約をお引受けすることができないため、再度ご提案させていただきます。

本書面の記載内容について、確認・了解しました。

※保険契約者が未成年または成年後見制度の対象の場合は、親権者(後見人)全員が合意のうえ、代表者1名がご署名ください(当確認書を確認した代表者が保険契約申込書「親権者(後見人)自署」欄にご署名ください)。

確 認 日	平成	年	月	日	親権者(後見人)	様
保 険 契 約 者					自 署(※)	
自 署						

個人情報の取扱いについて

<個人情報の利用目的>

- ◆ お客様とのお取引を安全かつ確実に進め、より良い商品・サービスをご提供させていただくために、ご契約のお申込みに際して、お客様情報を取得させていただきます。なお、〇〇生命は取得させていただきましたお客様情報を、必要に応じ、以下の目的で利用させていただきます。
 - ・各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
 - ・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、ご契約の維持管理
 - ・〇〇生命の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
 - ・その他保険に関連・付随する業務

※〇〇生命におけるお客様に関する情報の取扱いについては、ホームページ(<http://www.〇〇〇〇/>)をご覧ください。

生命保険契約申込書

〇〇生命保険 御中

本申込書裏面記載の確認事項に被保険者ととも同意し、貴社定款および該当する普通保険約款ならびに特約付の場合にはそれぞれの特約条項承知のうえ、被保険者の同意を得て保険契約を申し込みます。

※今回のお申込みにあたっては、「設計書(契約概要)」「注意喚起情報」「ご契約のしおり(一定款)・約款」などをお渡ししておりますので、申込日までに受領書兼確認書にて確認のうえ、ご署名ください。

① 保険契約者(申込人)・被保険者	申込日	平成	年	月	日	(署名欄)
	氏名 生年月日 等	ブン カ セン タ 文化 千太 様 (満年齢方式) 昭和44年4月12日生 男性 契約年齢47歳				様 生年月日 大・昭・平 年 月 日生 性別 男・女
	通信先 ※保険証券等 の送付先	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇-〇-〇				
	現住所	※通信先として現住所以外を記入された場合は、 右欄に現住所をご記入ください。				
	TEL	03-0000-0000	携帯 TEL	☐ 電話番号を2つ記入された場合、「携帯TEL」欄の番号を 通常の連絡先とされるときはチェック☑してください。		
職業	勤務先(告知事項)	職業の具体的内容(告知事項)	勤続年数	年収(副業・兼業を含む) ※該当に○【税込】		
米国納税 義務者に 関する確認	「外国口座税務コンプライアンス法(FATCA)」に基づく確認のため、下記事項に該当する場合は右欄に○をご記入ください。					
	あなたは、「米国市民(米国籍)」、「米国居住者※」のいずれかに該当しますか。 記入された場合、別途書類記入を ※直近3年間で183日以上米国に滞在した方 または 永住権所有者をいいます。 ご案内いたします。					

② 受取人等 記入欄	特約死亡保険金受取人		指定代理請求人	
	氏名・フリガナ フリガナ ブン カ ハナ コ 氏名 文化 花子	生年月日 大・昭・平46年1月21日生	被保険者からみた続柄	分割割合
				特約死亡保険金受取人と 同一人としてします。
				※特約死亡保険金受取人を2名以上指定する 場合は、最も上部に記入された方を 指定代理請求人としてします。

主契約・特約	5年ごと利差配当付医療保険					初回保険料 合計(円)	8,157		
	種 類	入院給付日額(円)	保険期間	払込期間	保険料(円)	次回以降 保険料(円)	8,157		
	主契約 180日型	10,000	10年間	10年間	5,320	保 険 料 払 込 方 法	払込回数	年12回	
	傷害特約	▽	2,000,000	10年間	10年間				110
	入院一時金特約	▽	40,000	10年間	10年間		560	払込経路	預貯金口座からの 自動振替 (保険料口座振替特約)
	成人病入院特約 180日型	▽	4,000	10年間	10年間		552		
	がん入院特約	▽	5,000	10年間	10年間		365	配当金受取方法	積立配当
	抗がん剤治療特約	▽	100,000	10年間	10年間		1,130		
	先進医療特約（通算支払限度額）	▽	20,000,000	10年間	10年間		120		
	更新満了年齢80歳	指定代理請求特約							

・「主契約・特約」欄の主契約および▽印の特約に解約返戻金はありません。

・死亡保険金のある特約の付加をとりやめる旨請求する場合、上記の特約死亡保険金受取人を死亡時支払金受取人として指定します。ただし、特約死亡保険金受取人を複数指定した場合には、改めて死亡時支払金受取人を指定します。

・被保険者が死亡した場合も、指定代理請求人は被保険者の法定相続人である場合に限り、代理人として引き続き保険金等の請求が可能です。

裏面

その他申込内容・追加欄

親権者または 後見人	契約者または被保険者の親権者（後見人）全員の合意のうえ、 その代表者として契約締結に同意します。	続柄	以下について了承・同意いただいたうえで本契約の申込手続きを される場合は右記「はい」に○をしてください。 ・紛失した保険証券は、後日発見されても無効とします。 ・本件が成立しなかった場合、紛失した保険証券を再発行いたします。	はい
		様		

【確認事項】

■個人情報の取扱いについて■

- 当社は個人情報を以下の目的達成に必要な範囲で取り扱います。保健医療など特に取扱いに注意を要する個人情報は、保険業法施行規則により利用目的が限定されており、保険業の適切な運営を確保するため業務上必要な範囲で取り扱います。
 - ・各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
 - ・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、ご契約の維持管理
 - ・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
 - ・その他保険に関連・付随する業務
- 当社では、引受リスクを適切に分散するために再保険を行うことがあり、再保険会社における当該保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等支払いに関する利用のために、契約内容、健康状態および診断書類等、当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することがあります。
- 当社は、当社グループ会社との間で、別途記載の「個人情報の利用目的」の範囲で個人データを共同利用することがあります。詳細は、当社ホームページ「個人情報保護に関する基本方針」をご確認ください。

■契約内容登録制度、契約内容照会制度、支払査定時照会制度について■

- 上記制度に基づく個人情報の取扱いについて、詳細を「ご契約のしおり」で確認し、被保険者とともに同意します。

■確認について■

- 当社職員または当社で委託した担当者が、申込内容および告知内容についてご確認にお伺いすることがあります。

■更新満了年齢について■

- 自動更新特約が付加された特約の更新満了年齢は、ご契約のしおりに記載の年齢とします。

■転換初回保険料キャッシュレスについて■

- （分割）転換後契約の初回・2回目保険料相当額（*）を転換の際に貴社から貸付を受け、（分割）転換後契約の保険料に充当するとともに、（分割後）被転換契約の保険料積立金等から差し引くことで返済に代える制度です（貸付金の利息はありません）。
- （*）（分割）転換後契約が年1回払・年2回払である場合は、上記の「初回・2回目保険料相当額」を「初回保険料相当額」と読み替えます。

重要事項説明書 (注意喚起情報)

この「重要事項説明書(注意喚起情報)」は、
お申込みにあたって特に注意いただきたいことを記載しています。
必ず内容をご確認・ご了解のうえ、お申込みください。

※この「重要事項説明書(注意喚起情報)」のほか、契約内容に関する事項や保険金などの支払事由
およびお支払いできない場合などは、「ご契約のしおり・約款」・「保険金などのご請求手続きと
お支払事例」に記載していますので、あわせてご確認ください。

- 1 責任開始期についてP〇
- 2 クーリング・オフについてP〇
- 3 告知義務についてP〇
- 4 保険料の払込みが滞った場合P〇
- 5 保険金などがお支払いできない場合P〇
- 6 ご加入の契約を見直す場合の留意点P〇
- 7 解約した場合P〇
- 8 保険会社が経営破綻した場合P〇
- 手続き・問い合わせについて.....P〇
- 苦情・相談について.....P〇

必ず、ご一読いただくとともに、後ほどお送りする
保険証券とともに大切に保管してください。

お問い合わせは、
〇〇生命 コールセンター

 **0120-000-000**

受付時間 月～金曜日 9:00～18:00
土・日曜日 9:00～17:00
(祝日・年末年始を除く)

1 責任開始期について

責任開始期(保障を開始する時)は、初回保険料の払込みと告知が、ともに完了した時点となります。

- 保険契約はお客さまからの申込みを〇〇生命が承諾したときに有効に成立します。営業担当者などは、お客さまと〇〇生命の保険契約締結の媒介を行う者であり、保険契約締結の代理権はありません。
- 決済端末を使用してカードで払い込まれた場合は、手続きした日が初回保険料の払込日となります。
- 健康状態などの告知を不要とする場合の責任開始期は、〇〇生命が申込みを承諾し契約が成立した場合、契約の申込みと初回保険料の払込みがともに完了した時点となります。

より詳しい内容をお知りになりたい場合は

詳細に関しては「ご契約のしおり」の目くじを参照し、「ご契約の成立と保障の責任開始期」をご確認ください。

2 クーリング・オフについて

クーリング・オフが可能な期間は、契約の申込日またはこの冊子を受け取った日のいずれか遅い日から、その日を含めて8日以内(土・日・祝日、年末年始の休日を含みます。消印有効)となります。

- 〇〇生命指定の医師による診査が終了した場合など、クーリング・オフのお取扱いができないことがあります。
- クーリング・オフは、書面で行います。書面の発信時(郵便の消印日付)に効力が生じますので、郵便にて取扱支社または本店あてお申し出ください。
- クーリング・オフがあった場合は、払い込まれた金額は全額お返しします。

より詳しい内容をお知りになりたい場合は

詳細に関しては「ご契約のしおり」の目くじを参照し、「クーリング・オフ制度(ご契約のお申込みの撤回またはご契約の解除)」をご確認ください。

3 告知義務について

健康状態などについて、ありのままを告知してください。
正しく告知いただけない場合、契約や特約が解除され、保険金などをお支払いできないことがあります。
なお、営業担当者などに口頭で話されても告知したことにはなりません。

告知

- 被保険者（または契約者）には傷病歴・現在の健康状態・身体の障害状態・職業などについて、医師や告知手続きの質問事項に対し、事実を漏れなく正確に答える義務があり、これを告知義務といいます。（※1）
（※1）告知を不要とする場合もあります。告知を不要とする場合でも、入院中ではないなどの所定の条件を満たすことが必要です。
- 営業担当者などには告知受領権はありません。

正しく告知いただけない場合の取扱い

- 事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知されたことが判明した場合、〇〇生命は「告知義務違反」として契約または特約を解除することがあります。その場合、解除時点での解約返戻金があればその金額を契約者にお支払いします。なお、すでに払い込まれた保険料はお返ししません。
- 告知義務違反があった場合で、その内容が特に重大な場合、詐欺による取消を理由として保険金などのお支払いや保険料の払込みの免除ができないことがあります。また、解約返戻金もお支払いできません。

傷病歴などがある場合のお引受け

- 傷病歴などがある場合でも、告知された傷病、商品の種類・内容によってはお引き受けすることがあります。なお、申込みをお断りすることや「保険料の割増」「保険金額の削減」「特定部位不担保」などの特別な条件を付けてお引き受けすることもあります。

申込内容または請求内容などの確認

- 申込み後、または保険金などや保険料の払込免除のご請求時に、〇〇生命職員または〇〇生命が委託した者が、申込内容・請求内容などについて確認する場合があります。

より詳しい内容をお知りになりたい場合は

詳細に関しては「ご契約のしおり」のもくじを参照し、「告知義務」をご確認ください。

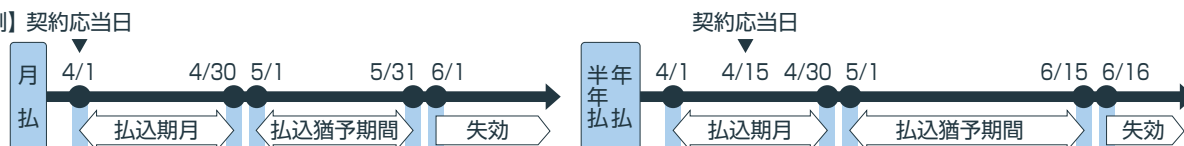
4 保険料の払込みが滞った場合

所定の期間内に保険料を払い込んでください。
期間内に保険料の払込みがない場合、契約の効力がなくなり、
保険金などのお支払いができません。

保険料の払込・猶予期間・失効

- 保険料は払込期月内に払い込む必要がありますが、払込みがない場合のために猶予期間を設けています。**猶予期間内に払込みがなければ、契約の効力はなくなります(失効)**。なお、猶予期間は保険料の払込方法により異なります。
- ただし、猶予期間内に払込みがない場合でも、**あらかじめお申し出がない限り、解約返戻金の範囲内で自動的に保険料を立て替えて(自動貸付)、契約を継続させます。その場合、所定の利率で利息がかかります**。(この利息は複利にて計算されます。)なお、商品によっては、立替え(自動貸付)ができない商品もあります。

【例】契約応当日



契約の復活

- 失効日から3年以内(※1)であれば、所定のお手続きにて契約の復活の申込みができます。なお、健康状態などによっては、復活できないこともあります。
(※1)商品によって取扱いが異なります。
- 復活時の責任開始期は、**復活保険料の払込みをした時と告知(または〇〇生命指定の医師による診査)をした時のいずれか遅い時点となります**。これを「復活日」といいます。

より詳しい内容をお知りになりたい場合は

詳細に関しては「ご契約のしおり」の目録を参照し、「払込猶予期間とご契約の効力」「効力を失ったご契約の復活」「お払込みが困難なときの継続方法」をご確認ください。

5 保険金などがお支払いできない場合

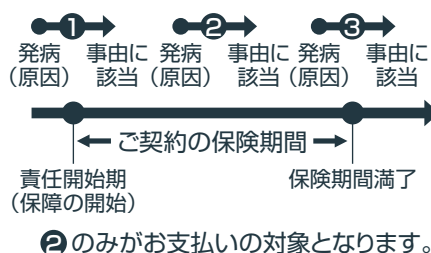
責任開始期前に病気やケガが発生していた場合など、
保険金などがお支払いできないことや
保険料の払込みの免除ができないことがあります。

保険金などがお支払いできない主な場合

■責任開始期(または復活日)より前からすでに発生していた病気(※1)やケガを原因とする、死亡保険金以外の請求の場合

(※1)その病気およびその病気と医学上重要な関係にある病気について、責任開始期より前に次のいずれかがある場合

- ・医師の診断を受けたことがある。
- ・健康診断等において異常の指摘(要経過観察の指摘を含む)がある。
- ・被保険者(子ども保険の場合は契約者含む)が自覚可能な身体の異常が存在した、または契約者が認識可能な被保険者の身体の異常が存在した。



ただし、その病気に関して〇〇生命が告知などによって知った事実をもとに承諾したとき(※2)や、責任開始期(または復活日)から2年経過後に入院を開始または手術を受けたときなどは、約款の規定により例外としてお支払いの対象となることがあります。

(※2)悪性新生物を支払事由とした特定疾病保険金請求など、告知されていても対象とならないケースがあります。

■「告知義務違反」により契約や特約が解除された場合

■責任開始期(または復活日)から3年以内に自殺した場合など、約款に定める免責事由に該当する場合

■保険料の払込みがなく、契約が失効した後に保険金などの支払事由に該当した場合

■保険金などを詐取する目的で事故を起こしたときや、契約者、被保険者または保険金などの受取人が暴力団関係者その他の反社会的勢力に該当すると認められたときなど、重大事由により契約または特約が解除された場合

■保険契約について詐欺の行為により契約が取消になった場合、または保険金などの不法取得目的があつて契約が無効になった場合

より詳しい内容をお知りになりたい場合は

詳細に関しては「ご契約のしおり」の目録を参照し、「保険金などをお支払いできない場合」をご確認ください。

6 ご加入の契約を見直す場合の留意点

現在ご加入の契約について、転換などの保障見直し・解約・減額のうち、新しい契約に加入されると、予定利率が変更となり主契約の保険料が高くなるなど、お客さまにとって不利益となる場合があります。

※既にお渡ししている保険設計書(契約概要)の注意喚起情報部分をご確認ください。

より詳しい内容をお知りになりたい場合は

詳細に関しては「ご契約のしおり」のもくじを参照し、「保障内容の見直しを検討されているお客さまへ」「現在のご契約の解約・減額を前提として新たなご契約のお申込みを検討されているお客さまへ」をご確認ください。

7 解約した場合

生命保険は預貯金と異なり、解約されると多くの場合、解約返戻金額は払込保険料合計額よりも少なくなります。

- 解約返戻金は、保険の種類・契約年齢・性別・経過年数などによっても異なりますが、特に契約後短期間の場合、まったくないか、あってもごくわずかです。なお、商品によっては、保険期間を通じて解約返戻金がない場合もあります。

より詳しい内容をお知りになりたい場合は

詳細に関しては「ご契約のしおり」のもくじを参照し、「解約と解約返戻金」をご確認ください。

8 保険会社が経営破綻した場合

保険会社が経営破綻した場合など、契約時にお約束した保険金額・年金額・給付金額が削減されることがあります。

- 〇〇生命は生命保険契約者保護機構に加入しています。生命保険契約者保護機構の会員である生命保険会社が経営破綻に陥った場合には、生命保険契約者保護機構により、保険契約者保護の措置が図られますが、契約時にお約束した保険金額・年金額・給付金額の削減など、契約条件を変更することがあります。

より詳しい内容をお知りになりたい場合は

詳細に関しては「ご契約のしおり」のもくじを参照し、「保険金額などの削減」「生命保険契約者保護機構」をご確認ください。

保険金などの支払事由に「該当するのでは?」と思われる場合など、
ご加入の生命保険に関する「手続き・問い合わせ」については、
担当者かお近くの〇〇生命窓口、
またはコールセンターへご連絡ください。

〇〇生命 コールセンター



0120-000-000

※受付時間 月～金曜日 9:00～18:00
土・日曜日 9:00～17:00
(祝日・年末年始を除く)

- 支払事由について不明な点が生じた場合などにつきましても上記の問い合わせ先へご連絡ください。ご加入の契約内容によっては、保険金などの支払事由に複数該当することがあります。
- 「保険金などの支払事由」、「ご請求手続きの流れ」、「保険金などをお支払いできる場合またはお支払いできない場合」については、「**ご契約のしおり・約款**」・「**保険金などのご請求手続きとお支払事例**」および「**ホームページ**」に記載しています。
- 「指定代理請求特約」を付加している場合の取扱いと留意事項
 - ・被保険者が保険金などを請求できない特別な事情がある場合、所定の条件を満たす指定代理請求人が代理人として請求することができます。
 - ・万一の際に備え、支払事由および代理請求できる旨をあらかじめ指定代理請求人などにお伝えください。
- 転居などにより**届け先住所が変更になった場合は、必ず〇〇生命へご連絡**ください。ご連絡いただけなかった場合、お客さまへ大切なご案内ができなくなるおそれがあります。

より詳しい内容をお知りになりたい場合は

詳細に関しては「ご契約のしおり」のもくじを参照し、「保険金などのご請求方法」「通信先変更などの場合」をご確認ください。

ご加入の生命保険に関する「苦情・相談」については、
お客さま相談室またはお近くの営業所へご連絡ください。

【〇〇生命の苦情・相談窓口】 お客さま相談室 03-0000-0000(大代表)

※受付時間9:00～17:00(土・日・祝日・年末年始を除く)

- (一社)生命保険協会の「生命保険相談所」について
この商品に係る指定紛争解決機関は(一社)生命保険協会になります。
(一社)生命保険協会の「生命保険相談所」では、電話・文書(電子メール・FAXは不可)・来訪により生命保険に関する相談・照会・苦情をお受けしています。また、全国各地に「連絡所」を設置し、電話にてお受けしています。
(ホームページ:<http://www.seiho.or.jp/>)
なお、生命保険相談所が苦情のお申し出を受けたことを生命保険会社に連絡し、解決を依頼した後、原則として1か月を経過しても、契約者などと生命保険会社との間で解決がつかない場合は、指定紛争解決機関として、生命保険相談所内に裁定審査会を設け、契約者などの正当な利益の保護を図っています。

個人情報の取扱い

個人情報の利用目的

当社では、お客さまの個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。

- 各種保険契約のお引受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
- 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、ご契約の維持管理
- 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
- その他保険に関連・付随する業務

機微(センシティブ)情報の取扱い

被保険者さまの健康状態・医療に関する情報は、保険業法施行規則により利用目的が限定されています。当社では、同意いただいた利用目的の範囲内で取得、利用させていただくとともに、適正な保管・管理をいたします。

個人情報の第三者提供 再保険の取扱い

当社は、引受リスクを適切に分散するために再保険を行うことがあります。再保険会社における当該保険契約の引受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等支払いに関する利用のために、契約内容に関する情報、健康状態に関する情報など、当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することがあります。

契約内容登録制度・契約内容照会制度

当社は、(一社)生命保険協会、(一社)生命保険協会加盟の他の各生命保険会社(※)および全国共済農業協同組合連合会とともに、保険契約等のお引受けの判断あるいは保険金等のお支払いの判断の参考とすることを目的として、「契約内容登録制度」(全国共済農業協同組合連合会との間では「契約内容照会制度」といいます)に基づき、当社の保険契約等に関する所定の登録事項(保険契約者および被保険者の氏名、死亡保険金額、入院給付金日額等)を共同して利用しております。

(※)詳細は、(一社)生命保険協会ホームページ(<http://www.seiho.or.jp/>)の「加盟会社」をご参照ください。

支払査定時照会制度

当社は、(一社)生命保険協会、(一社)生命保険協会加盟の他の各生命保険会社(※)、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とともに、お支払いの判断または保険契約等の解除、取消もしくは無効の判断の参考とすることを目的として、「支払査定時照会制度」に基づき、当社を含む各生命保険会社等の保有する保険契約等に関する所定の相互照会事項の情報(被保険者の氏名、保険事故発生日、保険種類、死亡保険金額、給付金日額等)を共同して利用しております。

(※)詳細は、(一社)生命保険協会ホームページ(<http://www.seiho.or.jp/>)の「加盟会社」をご参照ください。

個人情報の取扱いについての詳細は、「ご契約のしおり」「約款」または当社ホームページでご確認ください。

注意喚起 情報 について

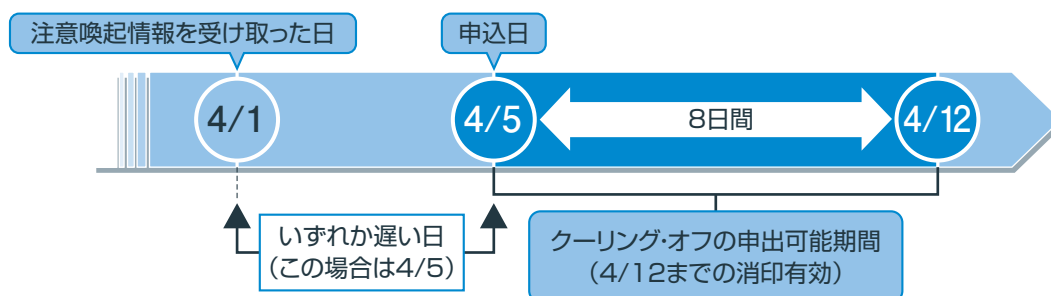
- この「注意喚起情報」には、ご契約のお申込みに際し、特にご注意ください事項を記載しています。
- ご契約前に必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえ、お申込みください。
- 特に、死亡保険金をお支払いできない場合等、お客様にとって不利益となることが記載された部分については、必ずご確認ください。
- 現在のご契約を解約・減額して新しいご契約のお申込みをする場合は、お客様にとって不利益となる可能性がありますので、十分にご注意ください。

「特にご注意ください事項」		記載 ページ
1	クーリング・オフ制度 ▶ 制度の利用期間には制限があります。	▶ P.○
2	告知義務等の内容	▶ P.○
3	責任開始(保障の開始)	▶ P.○
4	死亡保険金をお支払いできない場合	▶ P.○
5	解約と解約返戻金 ▶ 解約返戻金額は一時払保険料を下回ることがあります。	▶ P.○
6	生命保険会社が経営破綻した場合等	▶ P.○
7	預金ではないこと ▶ この商品は、〇〇生命を引受保険会社とする生命保険であり、預金とは異なります。	▶ P.○
8	相互会社運営	▶ P.○
9	現在のご契約を解約・減額して新しいご契約のお申込みをする場合	▶ P.○
10	2つの保険契約の型	▶ P.○
11	適用される予定利率・通増率	▶ P.○
12	税金の取扱い	▶ P.○
13	ご相談・ご照会・苦情のお問い合わせ先	▶ P.○
14	死亡保険金のご請求	▶ P.○

この「注意喚起情報」のほか、お支払事由および制限事項の詳細やご契約の内容に関する事項は、「 **ご契約のしおり一定款・約款**」に詳しく記載しておりますので、あわせてご確認ください。

1. ご契約の申込日または注意喚起情報を受け取った日のいずれか遅い日から、その日を含めて8日以内であれば、書面によるお申し出により、ご契約のお申込みの撤回またはご契約の解除ができます。

■クーリング・オフ〈例〉



- クーリング・オフは、書面の発信時(郵便の消印日付)に効力を生じます。郵便により上記期間内(8日以内の消印有効)に、当社宛にお申し出ください。
- クーリング・オフを行った場合、払い込まれた金額は全額お返しします。

■書面に記載いただく事項

- ① お申込みを撤回もしくはご契約を解除する意思(理由の記載は任意)
- ② 申込番号(「契約申込書契約者控」の上部の○桁の数字)
- ③ 一時払保険料
- ④ 取扱金融機関名・支店名
- ⑤ 返金先口座(銀行名、支店名、預金種目、口座番号、口座名義人)
- ⑥ 書面作成日
- ⑦ 申込者またはご契約者の住所・電話番号
- ⑧ 申込者またはご契約者の氏名(自署)
- ⑨ 契約申込書と同一印の押印

(記入例)

〇〇生命保険 行

- ① 私は保険契約の申込みの撤回を行います。
(理由)〇〇〇〇〇〇
- ② 申 込 番 号 〇〇〇〇〇〇〇
- ③ 一時払保険料 ××,×××,×××円
- ④ 取扱金融機関 〇〇銀行 〇〇支店
- ⑤ 返 金 先 口 座 〇〇銀行 〇〇支店
普通×××××××
口座名義人〇〇〇〇
- ⑥ 平成××年××月××日
- ⑦ 住所 〇〇県〇〇市〇〇町×丁目
×番地×号
電話番号 ××××-××-××××
- ⑧ 氏名 文化 千太 印 ⑨

■書面の郵送先

〒000-0000

東京都〇〇区〇〇〇-〇-〇

〇〇生命保険

2. この保険は、健康状態や職業等についての告知が不要です。

- この保険は健康状態や職業等についての告知が不要です。
- 〇〇生命または〇〇生命が委託した者が、お申込内容、または死亡保険金のご請求内容等を確認させていただくことがあります。

3. 〇〇生命がご契約のお申込みを承諾した場合、一時払保険料(相当額)のお払込みが完了した時から、契約上の責任(保障)を開始します。

■責任開始(保障の開始)〈例〉

〇〇生命がご契約のお申込みを承諾した場合、お払込みが完了した時にさかのぼって、責任(保障)を開始します。お払込みが完了した時とは、一時払保険料(相当額)が〇〇生命指定の金融機関の口座に着金した時をいいます。



- 生命保険募集人*は、契約締結の代理権を有さないため、お申込みを承諾する権限がなく、ご契約を成立させることができません。
*募集代理店および募集代理店の取扱担当者を含みます。
- ご契約は、お客様からのお申込みを〇〇生命が承諾したときに成立します。

4. 死亡保険金をお支払いできない場合があります。

代表的なものは、次のとおりです。

- お支払事由に該当しない場合
- 免責事由に該当した場合
 - ー責任開始の日から3年以内の被保険者の自殺
 - ーご契約者または死亡保険金受取人の故意
- 詐欺・不法取得目的によるものとして、ご契約が取消・無効とされた場合
(この場合、すでに払い込まれた保険料を払い戻しません。)
- 死亡保険金を詐取する目的で事故を招いたときや、ご契約者、被保険者または死亡保険金受取人が、暴力団関係者、その他の反社会的勢力に該当すると認められたとき等、重大事由により、ご契約が解除された場合

5. 解約返戻金額は一時払保険料を下回ることがあります。

- 解約返戻金は、その経過した年月日数により計算され、期間の経過とともに増加します。ただし、死亡保険金額を上限とします。
- 払い込まれた保険料は預貯金とは異なり、一部は死亡保険金のお支払い、ご契約の締結や維持・管理に必要な経費にあてられます。このため、ご契約後一定期間内に解約された場合の解約返戻金額は、一時払保険料を下回ります。
- 解約返戻金額は、適用される予定利率、被保険者の年齢、性別、保険契約の型により異なります。
- 基本保険金額を減額し、減額分に対応する解約返戻金を受け取ることができます。基本保険金額を減額した場合は、同時に死亡保険金額も同じ割合で減額されます。減額後の基本保険金額が200万円を下回る場合は、減額をお取扱いできません。
- 保険料を借入金で調達した場合は、解約返戻金等で借入元金を返済できなくなることがあります。したがって、借入金を一時払保険料に充当してお申込みいただくことはできません。

6. 生命保険会社の業務もしくは財産の状況の変化、または経営破綻等により、保険金額・年金額・給付金額等が削減されることがあります。

- 〇〇生命は生命保険契約者保護機構に加入しています。万一、経営破綻に陥った場合には、生命保険契約者保護機構により、保険契約者保護の措置が図られることとなりますが、この場合にも、保険金額・年金額・給付金額等が削減されることがあります。

7. この商品は預金ではありません。

- この商品は、〇〇生命を引受保険会社とする生命保険です。預金とは異なり、預金保険制度の対象ではありません。
- この保険に関して、募集代理店(生命保険募集人)による保証はありません。

8. ○○生命は相互会社です。 相互会社では、ご契約者が社員となります。

- ○○生命は保険業法にもとづき、株式会社の株主総会に相当する意思決定機関として、社員の中から選出された「総代」により構成される「総代会」を設置しています。
- 社員の権利には、社員配当請求権等、単独で行使可能な権利のほか、一定数以上の社員による、臨時総代会の招集請求権、総代会の議題提案権等があります。また、総代の選出に関する社員投票や総代会の傍聴を行うことができます。

9. 現在のご契約を解約・減額して新しいご契約のお申込みをする場合、お客様にとって不利益となる事項があります。

- 解約・減額したご契約を元に戻すことはできません。
- 解約・減額時の返戻金は、多くの場合、お払込保険料の合計額よりも少ない金額となります。保険種類やご契約後の経過年月数によっては、まったくないこともあります。
- 解約・減額した場合は、解約・減額せずにご契約を継続した場合に比べて、配当金が少なくなることがあります。
- 詐欺による取消の規定等について、新しいご契約の締結に際しての詐欺の行為等が適用の対象となります。
- 新しいご契約については、責任開始の日から3年以内の自殺の場合等には、死亡保険金をお支払いできない場合があります。
- 保険料の基礎となる予定利率等は、現在のご契約と新しいご契約とで異なることがあります。新しいご契約の予定利率が現在のご契約の予定利率より低いとき、同一保険料の場合は、通常、死亡保険金額が少なくなります。

10. この保険には、「3年ごと逦増型」と「毎年逦増型」があります。

- 「3年ごと逦増型」と「毎年逦増型」では、ご契約いただける被保険者の年齢範囲が異なります。〔3年ごと逦増型:満年齢〇歳～〇歳／毎年逦増型:満年齢〇歳～〇歳〕
- 被保険者が満年齢〇歳～〇歳の場合、2つの保険契約の型で死亡保険金額・解約返戻金額の推移が異なることをご理解いただいたうえで、どちらか一方を選択してください。
参照 以下の商品イメージ図および推移イメージ図をご覧ください。
 〈商品イメージ図〉3年ごと逦増型「商品パンフレット [P.〇](#)」
 毎年逦増型 「商品パンフレット [P.〇](#)」
 〈推移イメージ図〉「契約概要 [P.〇](#) 下段」
- ご契約締結の際に選択いただいた保険契約の型は、変更できません。

11. この保険は〇〇生命の責任開始の日が契約日となり、ご契約後当初15年間の予定利率は契約日時点の予定利率となります。

- 予定利率は毎月1日に国債の流通利回り等をもとに設定され、ご契約後当初15年間(第1保険期間)の予定利率は、契約日(一時払保険料(相当額)が〇〇生命指定の金融機関の口座に着金した日)における予定利率となります。また、第1保険期間の予定利率は保険契約の型により異なります。
- 逓増率は、契約日における予定利率・被保険者の年齢・性別・保険契約の型により異なります。
- 申込日から契約日までの間に予定利率・逓増率が変更となった場合、契約日の率が適用されます。
- ご契約後15年経過以後(第2保険期間)の予定利率は、以下の予定利率計算基準日に更改され、更改後の予定利率は次の予定利率計算基準日まで10年間保証されます。
 〈第1回予定利率計算基準日〉
 契約日から15年後の契約応当日(第2保険期間開始日)
 〈第2回以後の予定利率計算基準日〉
 直前の予定利率計算基準日の10年ごとの契約応当日

税金の取扱い

12. この保険の税金についてご確認ください。 (平成28年〇月現在)

- 以下の内容は、平成28年〇月現在の税制にもとづくもので、将来変更されることがあります。また、解約返戻金、死亡保険金にかかる税金につきましては、実際にお支払事由等が発生した時点の税法の取扱いによります。個別の税務取扱いにつきましては、所轄の国税局・税務署や税理士等にご確認ください。
 ※所得税の納付に際しては、復興特別所得税が別途課税されますのでご注意ください。

ご契約時	一時払保険料は、一般生命保険料控除の対象です。(他の保険料控除の対象とはなりません。)一時払のため、控除対象はご契約の年のみとなります。対象となるご契約は、納税する人が保険料を支払い、死亡保険金受取人が自己または配偶者その他の親族であるご契約となります。この場合、他の生命保険料と合算して、1年間の正味払込保険料の一定額が所得税と地方税(住民税)の課税対象となる所得から控除されます。																										
解約返戻金にかかる税金	解約返戻金と一時払保険料との差額(解約差益)のお取扱いは次のとおりです。 解約返戻金と一時払保険料の差額 所得税(一時所得*1*2)+住民税 *1 一時所得の課税対象額={ (解約返戻金)+(配当金)-(一時払保険料)-(特別控除額50万円)}×1/2 ※特別控除額50万円は各々のご契約についてではなく、年間の一時所得合計に対して適用されます。 *2 一時所得の場合は、他の所得と合算して所得税が総合課税されます。																										
死亡保険金にかかる税金	死亡保険金にかかる税金はご契約者・被保険者・受取人の関係によって異なります。 (保険料負担者はご契約者とします。) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ご契約内容</th><th colspan="3">ご契約例</th><th rowspan="2">税の種類</th></tr> <tr> <th>ご契約者</th><th>被保険者</th><th>死亡保険金受取人</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①ご契約者と被保険者が同一人の場合</td><td>本人</td><td>本人</td><td>配偶者 (または子)</td><td>相続税</td></tr> <tr> <td>②ご契約者と受取人が同一人の場合</td><td>本人</td><td>配偶者 (または子)</td><td>本人</td><td>所得税(一時所得) +住民税</td></tr> <tr> <td>③ご契約者、被保険者、受取人がそれぞれ異なる場合</td><td>本人</td><td>配偶者 (または子)</td><td>子 (または配偶者)</td><td>贈与税</td></tr> </tbody> </table>				ご契約内容	ご契約例			税の種類	ご契約者	被保険者	死亡保険金受取人	①ご契約者と被保険者が同一人の場合	本人	本人	配偶者 (または子)	相続税	②ご契約者と受取人が同一人の場合	本人	配偶者 (または子)	本人	所得税(一時所得) +住民税	③ご契約者、被保険者、受取人がそれぞれ異なる場合	本人	配偶者 (または子)	子 (または配偶者)	贈与税
ご契約内容	ご契約例			税の種類																							
	ご契約者	被保険者	死亡保険金受取人																								
①ご契約者と被保険者が同一人の場合	本人	本人	配偶者 (または子)	相続税																							
②ご契約者と受取人が同一人の場合	本人	配偶者 (または子)	本人	所得税(一時所得) +住民税																							
③ご契約者、被保険者、受取人がそれぞれ異なる場合	本人	配偶者 (または子)	子 (または配偶者)	贈与税																							

13. 生命保険に関するご相談・ご照会・苦情の お問い合わせ先についてご確認ください。

- 生命保険に関するご相談・ご照会・苦情につきましては、次の連絡先へお問い合わせください。

〇〇生命保険  **0120-000-000** (通話料無料)

[受付時間] 月～金曜日 9:00～17:00(祝日、12/31～1/3を除く)

生命保険に関するご相談・ご照会・苦情等のお問い合わせについて

- この保険に係る指定紛争解決機関は一般社団法人生命保険協会です。
- 一般社団法人生命保険協会の「生命保険相談所」では、電話・文書(電子メール・FAXは不可)・来訪により生命保険に関するさまざまな相談・照会・苦情を受け付けています。また、全国各地に「連絡所」を設置し、電話にて受け付けています。

ホームページアドレス <http://www.seiho.or.jp/>

- なお、生命保険相談所が苦情の申し出を受けたことを生命保険会社に連絡し、解決を依頼した後、原則として1カ月を経過しても、ご契約者等と生命保険会社との間で解決がつかない場合には、指定紛争解決機関として、生命保険相談所内に裁定審査会を設け、ご契約者等の正当な利益の保護を図っています。

死亡保険金のご請求

14. 死亡保険金のお支払事由に該当した場合は、すみやかに〇〇生命にご連絡ください。 上記の場合だけでなく、お支払いの可能性があるとされる場合や ご不明な点が生じた場合等にもご連絡ください。

- 死亡保険金のお支払事由、ご請求手続等については、「ご契約のしおり一定款・約款」にも記載していますので、あわせてご確認ください。
- 〇〇生命からの大切なお知らせが届けられなくなる場合がありますので、住所等を変更した場合には、必ずご連絡ください。

〈補助資料〉転換による保障見直しのご提案

必ず「保険設計書(契約概要)」とあわせてご覧ください。

転換による保障見直しのご提案

被保険者 文化 千太 様

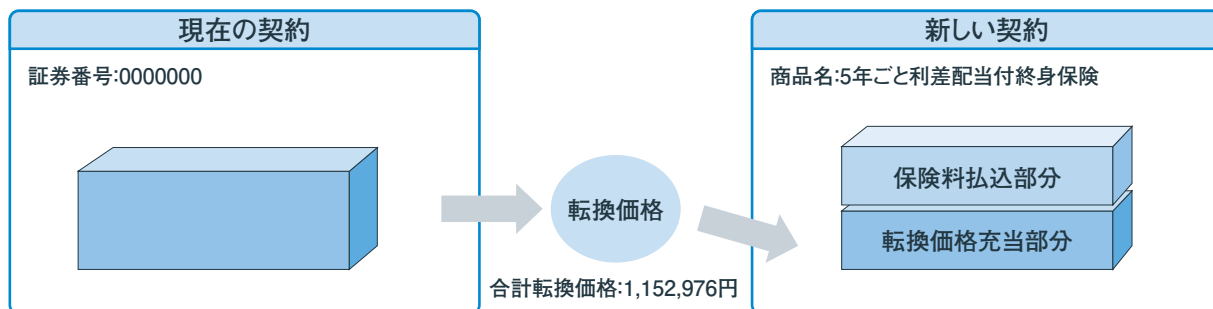
■生年月日：昭和42年11月11日 ■性別：男性

転換制度のしくみ

保険の種類や保障額・特約など、保障を総合的に見直すことができる制度です。

現在の契約の責任準備金や配当金など(転換価格)を新しい契約の一部に充当する方法です。**現在の契約は消滅します。**

新しい契約の保険料は、転換制度ご利用時の契約年齢、保険料率により計算します。



転換価格の充当方式には、転換価格を新しい契約の主契約のみに充当する方法(基本転換)と、転換価格を新しい契約の主契約と所定の特約に充当する方法(比例転換)があります。

注意喚起情報

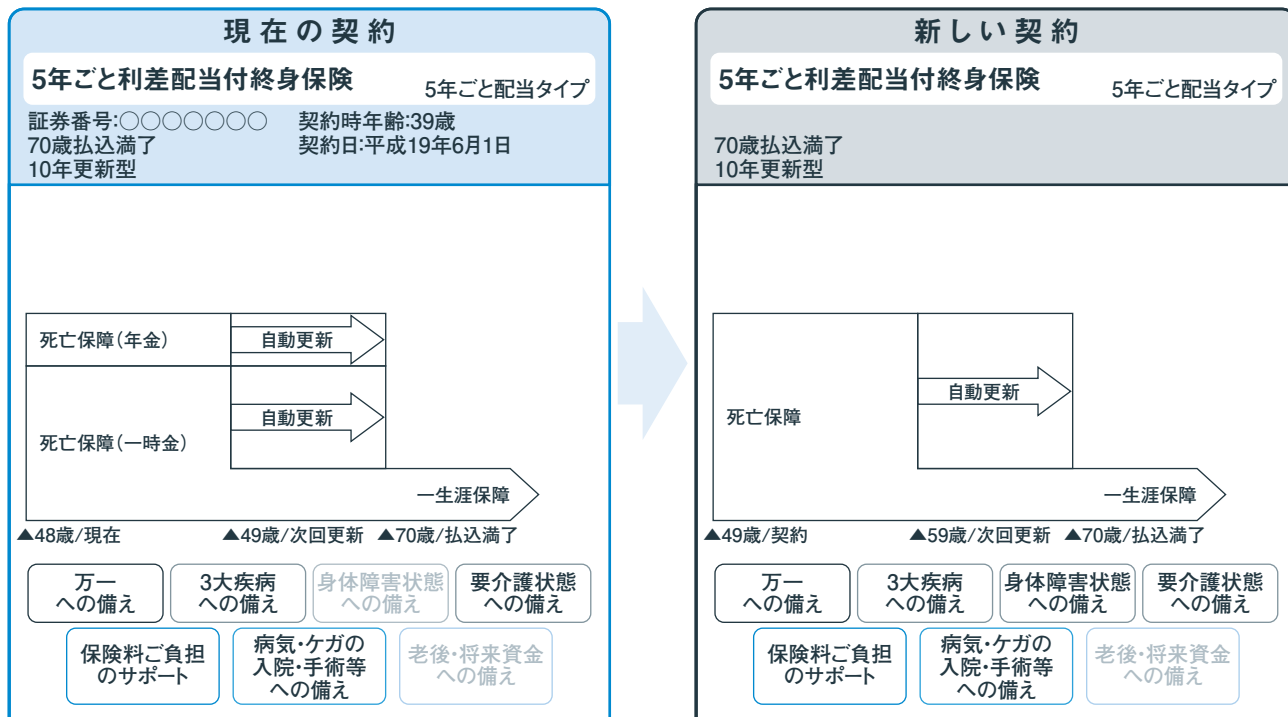
制度ご利用時の留意事項

- 【1】転換制度のご利用により新しい契約となります。現在の契約と新しい契約の保障内容等について**対比のうえ、ご意向に沿った提案内容であることをご確認ください。**
⇒次ページの「今回のご提案に関する留意事項」欄もご参照ください。
- 【2】保険料の基礎となる予定利率が**現在の契約より低い場合は、保険料が高くなり不利益となることがあります。**
⇒次ページの「今回のご提案に関する留意事項」欄もご参照ください。
- 【3】現在の契約の**配当金や据置金は、転換価格に含まれるため、転換後は引き出せなくなります。**
⇒次ページの「今回のご提案に関する留意事項」欄もご参照ください。
- 【4】新しい契約を解約されたときの解約返戻金は、現在の契約を解約されたときの解約返戻金よりも少なくなる場合があります。
- 【5】口座振替などの保険料引去前に制度をご利用になる場合、転換価格からは申込月における現在の契約の保険料分を控除しています。なお、保険料振替口座などから申込月における現在の契約の保険料を引き去る場合がありますが、翌月にお返しします。
- 【6】新しい契約のお申込みには一般の契約と同様に告知義務があり、健康状態などによっては加入できない場合があります。告知が必要な傷病歴などを告知されなかった場合、告知義務違反による解除などが適用されることがあります。
- 【7】現在の契約のままであればお支払いできる場合であっても、新しい契約で、責任開始期より前にすでに発生していた病気やケガがあった場合など、保険金・給付金などのお支払いができない場合があります。

- 現在の契約と新しい契約の保障内容の概要および制度ご利用時の留意事項を記載していますので、必ずすべてのページをご確認ください。
- 記載の保障内容にはそれぞれ所定の基準があり、支払対象とならない場合もあります。また、この資料はすべての保障内容を記載しているものではありません。例えば、入院保障における複数回入院した場合の取扱いや支払事由の相違など、保障内容の詳細はこの資料だけではご確認いただけません。ご検討にあたっては必ず「保険設計書(契約概要)」、現在の契約の「保険証券」「ご契約のしおり」「約款」をあわせてお読みください。
- 現在の契約についての記載内容は、作成日現在のものです。(すでにお支払いしている給付金等がある場合については反映していません。)また、制度のしくみ等についても作成日現在の取扱いを記載しており、将来的に変更されることもあります。

今回ご提案するプラン

記載の仕組図はイメージであり、保険金額の割合や保障内容を厳密に表したものではありません。



※上記「～への備え」「～のサポート」は、一般的なリスクに対する備えの有無の表示であり、実際の保障範囲を厳密に表したものではありません。現在の契約と新しい契約の保障内容・保険金額等は異なる場合があります。

4,300万円	死亡時お受取総額	2,200万円
300万円	うち一生涯保障	100万円
毎月(口座振替)15,984円	保険料	毎月(口座振替)24,234円
■次回更新時期:平成29年6月1日(更新時:49歳) ■次回更新時保険料(注): 毎月38,129円		■次回更新時期:平成38年6月1日(更新時:59歳) ■次回更新時保険料(注): 毎月70,755円



ご注意

今回のご提案に関する留意事項

【 】内の数字は、前ページの「制度ご利用時の留意事項」との関連を示しています。

- ◆現在の契約には「積立配当金」がありますが、転換価格に含まれますので引き出せなくなります。⇒【3】
- ◆予定利率は1.65%から1.15%に変更となります。⇒【2】
- ◆現在の契約ではお支払いできる場合であっても、涙点プラグ挿入術・鼻腔粘膜焼灼術など、新しい契約では給付金の支払対象から外れるものがあります。⇒【1】
- ◆入院給付金の通算支払限度日数が、1,000日から1,095日に変更となります。⇒【1】
- ◆一生涯の死亡保障額が変更になっています。⇒【1】

(注) 現在の保険料率で算出し、1回分のみ表示しています。実際の次回更新時保険料は更新日現在の保険料率により改めて算出しますので、記載の金額と異なる場合があります。また、特約満了等により消滅する特約がある場合、それらの特約の保険料は不要となります。

●記載の保障内容にはそれぞれ所定の基準があり、支払対象とならない場合があります。

主な保障内容

		現在の契約		新しい契約	
 万一への備え	ご遺族への保障	一時金 1,900万円	年金 (10回) 240万円	一時金 2,200万円	年金 ***万円
	高度障害状態への備え	一時金 1,900万円	年金 (10回) 240万円 年金 ***万円	一時金 2,200万円	年金 ***万円 年金 ***万円
	災害で死亡・所定の高度障害状態の場合	上記一時金に500万円上乗せ(傷害特約)		—	
   3大疾病等への備え	3大疾病等への備え 〔所定のがん 急性心筋梗塞 脳卒中〕	一時金 ***万円 一時金 100万円	年金 ***万円	一時金 100万円	年金 ***万円
	身体障害状態への備え	一時金 ***万円	***万円	一時金 1,000万円	***万円
	要介護状態への備え	一時金 200万円			
	さらに充実した保障	一時金 ***万円		一時金 上皮内がん等 障害級別1～4級、 要介護1のとき 100万円	
	保険料ご負担のサポート	所定のがん・急性心筋梗塞・脳卒中による 所定の状態、所定の身体障害状態、 所定の要介護状態のとき (保険料払込免除特約) あり		所定のがん・急性心筋梗塞・脳卒中による 所定の状態、所定の身体障害状態、 所定の要介護状態のとき (保険料払込免除特約) あり	
 入院・手術等への備え	ケガによる入院	1日以上入院で、1～120日目まで (日額) 5,000円		1日以上入院で、1～120日目まで (日額) 5,000円	
	病気による入院	1日以上入院で、1～120日目まで (日額) 5,000円		1日以上入院で、1～120日目まで (日額) 5,000円	
	生活習慣病による入院	1日以上入院で、1～120日目まで (日額) 5,000円		1日以上入院で、1～120日目まで (日額) 5,000円	
	女性に多い 病気による入院	(日額) ***円		(日額) ***円	
	病気・ケガによる手術等	手術給付金等 あり		手術給付金等 あり ●給付内容などは、現在の契約とは異なります。	
  その他の備え	将来(老後等)に備えて 年金を準備	**歳から**年間(年金額) ***万円		**歳から**年間(年金額) ***万円	
	将来に備えて資金を準備 (解約返戻金は考慮していません)	(満期保険金等) なし		(満期保険金等) なし	
	その他の保障	傷害特約 ●その他に、保険金・給付金の受取方法などに 関する特約が付加されています。		●その他に、保険金・給付金の受取方法などに 関する特約が付加されています。	

●記載の保障内容にはそれぞれ所定の基準があり、支払対象とならない場合もあります。

15,984円

- 「期間満了」欄に記載の年齢到達時に自動更新可能な場合、「次回更新」欄に“○”を表示しています。
- 主契約の予定利率は、1.65%です。
- 合計保険料のうち、保険料払込免除特約部分の保険料は1,574円です。
- 高額割引（「高額割引」の高額判定に関する規定）による割引を含む）が適用されています。

24,234円

- 「期間満了」欄に記載の年齢到達時に自動更新可能な場合、「次回更新」欄に「○」を表示しています。
- 主契約の予定利率は、1.15%です。
- 合計保険料のうち、保険料払込免除特約部分の保険料は3,236円です。
- 現在の契約の転換価格を充当する部分（転換価格が変動した場合、下記保険金額が変動することがあります。）
 - ・終身保険（主契約） 40.77万円
 - ・定期保険特約 407.71万円 / 特定疾病保障定期保険特約 407.57万円

正しく告知いただくために

以下に、告知にあたっての重要な事項を記載しております。
必ず内容を確認いただき、告知書の質問に正しくありのままに回答ください。

告知に関する重要事項

各項目のチェック欄は、内容確認の際にお客様ご自身で活用ください。

- 告知は、公平な生命保険の引受けの判断に重要な事項です。
- ☒ **契約にあたっては、告知書で当社がお尋ねすることについて、事実をありのまま正確にもれなく記入(告知)ください。(告知義務)**
- ☒ 当社職員(代理店含む)には告知受領権がないため、**当社職員に口頭でお伝え、または資料の提示だけでは告知していただいたことにはなりません。**
- ☒ **告知義務に違反された場合、契約または特約を解除・取消・無効とさせていただき、保険金等の支払いや保険料の払込みの免除ができないことがあります。**
なお、告知にあたり当社職員が、傷病歴や健康状態等について、事実を告知いただかないよう依頼や誘導をすることはありません。
- ☒ **傷病歴等がある場合でも、すべての契約をお断りするものではありません。**
告知の詳細や申込内容により、申込内容どおり、または特別な条件を付けて引き受けすることがあります。
なお、引受けの可否を決定するにあたり、後日、所定の診査や追加の詳しい告知等が必要になることがあります。
- ☒ 当社で確認担当職員または当社で委託した者が、**契約の申込後や保険金等の請求の際に、申込内容や告知内容等を確認させていただくことがあります。**
また、被保険者を診療した医師等に、病状等を照会・確認させていただくことがあります。

上記5つの事項は「保障見直し制度の利用」「現在の契約の解約・減額を前提とした新たな契約の申込み」「契約内容の変更」の場合でも同様にあてはまります。

告知に関するお問い合わせについて

告知に関してご不明な点や、告知内容にもれ・間違いがありましたら…

電話番号 **0120-000-000** (通話料無料)までご連絡ください。

受付時間 9:00～18:00(土、日、祝日、12/31～1/3を除く)

上記電話番号では告知をお受けすることができませんので、告知内容にもれや間違いが判明した場合には、あらためて被保険者ご本人に告知書または当社所定の用紙を記入いただくことがあります。
上記電話番号にご連絡いただければ、必要な場合に当社所定の用紙を送付いたします。

個人情報の取扱いについて

■個人情報の利用目的

お客様からいただいた個人情報を以下の業務に必要な範囲内においてのみ利用いたします。

(当社が保有するお客様のすべての個人データの利用目的も同様です。)

- 各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い
- 関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスの案内・提供、契約の維持管理
- 当社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- その他保険に関連・付随する業務

申込みいただいた契約が不成立になった場合においても、お客様からいただいた個人情報は、当社において上記目的の範囲内で利用いたします。なお、提出いただいた告知書・診査書等の書類は契約の成立・不成立にかかわらず返却いたしません。

■保険契約者への個人情報の通知について

保険契約の引受業務遂行にあたって、引受結果に関する情報(告知内容、診査内容等)を保険契約者に提供することがあります。

■再保険会社への個人情報の提供について

当社は、お引受けする保険契約について、引受リスクを適切に分散するために再保険を行うことがあり、再保険会社における当該保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払いに関する利用のために、再保険の対象となる保険契約の特定に必要な被保険者の氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報、および健康状態に関する情報等、当該業務遂行に必要な個人情報を再保険会社に提供することがあります。

■「契約内容登録制度・契約内容照会制度」「支払査定時照会制度」について

各制度は、生命保険制度の健全な運営のために、生命保険協会(以下「協会」といいます。)により運営されています。

当社は、協会および協会加盟の他の各生命保険会社等(※)とともに、保険契約等の引受け・支払いの判断、または解除・取消・無効の判断の参考とすることを目的として、保険契約等に関する所定の情報(被保険者名、死亡保険金額、入院給付金日額、保険事故発生日、保険種類等)を共同して利用しております。

(※)詳しくは、生命保険協会ホームページ(<http://www.seiho.or.jp>)の「加盟会社」をご参照ください。

上記の各項目の詳細は、「ご契約のしおり一定款・約款」に記載しておりますので、確認ください。
また、当社ホームページ(<http://www.〇〇〇/>)でも確認いただけます。

<個人情報の取扱いに関する相談窓口>

コールセンター 電話番号 **0120-000-000** (通話料無料)

受付時間 月～金曜日 9:00～18:00 土曜日 9:00～17:00(祝日、12/31～1/3を除く)

契約または契約内容の変更にあたっての留意点

■被保険者による契約者への解約の請求について

被保険者と契約者が異なる契約の場合、保険法第58条・第87条の規定にもとづき、一定の条件(※)に該当するときには、被保険者は契約者に対し、契約の解約を請求することができます。この場合、被保険者から解約の請求を受けた契約者は、契約の解約を行う必要があります。

(※)契約者と被保険者との間の親族関係の終了その他の事情により、被保険者が契約の申込みの同意をするにあたって基礎とした事情が著しく変更した場合等

告知書記入のご案内

■記入にあたって

- 告知書は、被保険者（「子ども保険」の場合は保険契約者）が、黒または青のボールペンで記入ください。
- 被保険者が満15歳未満の場合は、親権者または後見人全員が合意のうえ、うち1名の方が署名し、被保険者について告知書に記入ください。
- 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で訂正し、正しい内容を記入ください。

■告知にあたって

- 以下のような場合は告知いただく必要はありません。
 - ・医師の指示でなく、市販のかぜ薬やビタミン剤を飲んだ
 - ・歯科医師による虫歯の治療・抜歯
- 同一の傷病が複数の質問項目に該当する場合には、該当する項目すべての「はい」に○印をつけて、右側の該当欄に詳細を記入ください。
- 詳細記入の代わりに入院証明書などを提出いただいても、告知いただいたことにはなりません。

〈記入見本〉

告知書		被保険者用	
告知書 ○○生命保険 行 以下の事項は事実と相違ありません。また、「正しく告知いただくために」および「個人情報の取扱いについて」に記載の事項を確認し、同意します。			
1 知 日	平成 28 年 4 月 10 日	親権者・後見人 被保険者が15歳未満のとき、親権者または後見人全員が合意のうえ、うち1名が署名ください	
被 保 険 者 「子ども保険」 は保険契約者	(フリガナ) ブンカ ハナコ (自署) 文化 花子	(自署)	
生 年 月 日	大正 昭和 平成 45 年 5 月 25 日 性別 男性 女性	被保険者から見た続柄 ()	
次の第1項～10項の各項目(第10項は女性のみ)中の質問について、ひとつでも該当する場合は「はい」に、すべてに該当しない場合は「いいえ」に○印をつけてください。 第1項～9項については「はい」に○印をされたときは、右側に詳細を記入してください。			
2 (表)第1項で告知したい病気	3 5年以内(表)に記された(表)に記された病気で、医師による診断(問診・診察・検査・治療・投薬)を受けたことがありますか	4 該当する項目の番号(すべて記入ください)	5 発熱のどの痛み
心臓・血管 脳・神経 肺・気管支 肝臓・すい臓 腎臓 目 悪性新生物(がん) 皮膚新生物(皮膚がん) その他	心臓・血管 脳・神経 肺・気管支 肝臓・すい臓 腎臓 目 悪性新生物(がん) 皮膚新生物(皮膚がん) その他	2と3と4 項 4と5 項	発熱のどの痛み
5年以内に、第1項で告知した以外の病気(がん)で、7日間以上の期間にわたって、医師による診断(問診・診察・検査・治療・投薬)を受けたことがありますか	5年以内に、第1項で告知した以外の病気(がん)で、7日間以上の期間にわたって、医師による診断(問診・診察・検査・治療・投薬)を受けたことがありますか	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
3ヶ月以内に、医師による診断(問診・診察・検査・治療・投薬)を受けたことがありますか	3ヶ月以内に、医師による診断(問診・診察・検査・治療・投薬)を受けたことがありますか	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
今まで、悪性新生物(がん)・肉腫・白血病・リンパ腫)または上皮内新生物(上皮内がん)と診断されたことがありますか	今まで、悪性新生物(がん)・肉腫・白血病・リンパ腫)または上皮内新生物(上皮内がん)と診断されたことがありますか	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
今まで、身体障害者手帳の交付を受けたことがありますか(または、身体障害者手帳を申請中ですか)	今まで、身体障害者手帳の交付を受けたことがありますか(または、身体障害者手帳を申請中ですか)	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
以下に該当する事項がありますか	以下に該当する事項がありますか	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
2年以内に健康診断または人間ドックを受けたことがありますか	2年以内に健康診断または人間ドックを受けたことがありますか	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
ア→アで「はい」の場合、次の臓器や検査について異常(異常検査・精密検査・要治療を含みます)を指摘されたことがありますか	ア→アで「はい」の場合、次の臓器や検査について異常(異常検査・精密検査・要治療を含みます)を指摘されたことがありますか	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
イ→イで「はい」の場合、次の臓器や検査について異常(異常検査・精密検査・要治療を含みます)を指摘されたことがありますか	イ→イで「はい」の場合、次の臓器や検査について異常(異常検査・精密検査・要治療を含みます)を指摘されたことがありますか	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
ウ→ウで「はい」の場合、次の臓器や検査について異常(異常検査・精密検査・要治療を含みます)を指摘されたことがありますか	ウ→ウで「はい」の場合、次の臓器や検査について異常(異常検査・精密検査・要治療を含みます)を指摘されたことがありますか	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
10 (女性のみ)現在、妊娠していますか	10 (女性のみ)現在、妊娠していますか	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
アンケート項目	過去1年以内に喫煙したことがありますか	5 手術を受けた年月または期間	5 手術を受けた年月または期間
1日平均99本以上の場合は99と記入ください			

- 告知日には告知書記入日を記入ください。
- 被保険者欄の氏名は、申込書(または請求書)と同一か確認ください。
- 「続柄」欄には、被保険者から見た親権者・後見人の続柄を記入ください。

- 【第1項】
○「〔表〕第1項で告知いただきたい病気」について記入ください。
- 該当する病気が複数ある場合には右側の該当欄にすべて記入ください。

- 「問診」とは、医師が患者に本人の病歴や現在の病気の経過・状況等を尋ねることをいいます。

- 「病気やけがの名前または症状」が3つ以上ある場合は「■検査結果・治療内容・経過」欄に記入ください。

- 【第4項】
○「〔表〕第1項で告知いただきたい病気」以外について記入ください。
- 「7日間以上の期間」とは、初診日を1日目として終診日までの期間が7日間以上の場合をいいます。
- 以下のような場合に告知が必要となります。
 - ・受診は2日でもその間隔が7日間以上の場合
 - ・受診の間隔は7日未満でも、合計7日分以上の受診を受けた場合
 - ・半年に1回等、定期的に検査等で受診されている場合

- 【第7項】
○現在、身体障害者手帳を申請中の場合は、「■交付を受けた時期」に「申請中」と記入ください。

- 【第9項イ】
○「要注意・要経過観察・要指導」の指摘は「いいえ」
- 「要医療・要受診奨励・治療中」の指摘は「はい」となります。
- 健康診断または人間ドックを受診したものの、結果が未判明の場合は、健康診断時の医師の問診を元に告知ください。
- ・健康診断時の医師の問診で異常指摘あり
⇒「はい」に○印
- ・健康診断時の医師の問診で異常指摘なし
⇒「いいえ」に○印

■記入後にあたって

1. 記入を終えられましたら、記入もれや間違いがないか確認ください。
2. 告知書をミシン目で切離し、記入面を内側にして折りたたんでください。
3. 専用封筒に封入し、裏側のシールをはがして密封ください。
4. 「正しく告知いただくために」「告知の控え」は被保険者が大切に保管ください。

告知書

被保険者用

告知書

〇〇生命保険 行

以下の事項は事実と相違ありません。また、「正しく告知いただくために」および「個人情報の取扱いについて」に記載の事項を確認し、同意します。

告知日

平成 年 月 日

被保険者

(フリガナ)

「こども保険」
は保険契約者

(自署)

生年月日

☐ 大正
☐ 昭和
☐ 平成

年 月 日

性別 ☐ 男性
☐ 女性

親権者・後見人

被保険者が満15歳未満のとき、親権者または後見人全員が合意のうえ、うち1名が署名ください

(自署)

被保険者から見た続柄 ()

次の第1項～10項の各項目(第10項は女性のみ)中の質問について、ひとつでも該当する場合は「はい」に、すべてに該当しない場合は「いいえ」に○印をつけてください。
第1項～9項について「はい」に○印をされたときは、右側に詳細を記入ください。

1	5年以内に、以下の〔表〕に記載された病気で、医師による診療(問診・診察・検査・治療・投薬)を受けたことがありますか	はい	いいえ
〔表〕第1項で告知いただきたい病気	心臓・血管	狭心症、心筋こうそく、心臓弁膜症、先天性心臓病、心筋症、大動脈瘤	
	脳・精神・神経	脳卒中(脳出血、脳こうそく、くも膜下出血)、パーキンソン病、神経症、てんかん、知的障害、自律神経失調症、統合失調症、うつ病、アルコール依存症、薬物依存症	
	肺・気管支	慢性気管支炎、気管支拡張症、肺気腫、肺結核	
	腸	かいよう性大腸炎、クローン病	
	肝臓・すい臓	肝炎、肝硬変、すい炎	
	腎臓	腎炎、ネフローゼ、腎不全	
	目	白内障、緑内障、網膜色素変性症	
	悪性新生物 (がん・肉腫・白血病・リンパ腫等)	胃がん、肺がん、大腸(直腸)がん(ポリープが、がん化していた場合を含みます)、肝臓がん、乳がん、子宮がん、前立腺がん	
	上皮内新生物 (上皮内がん)	白血病、リンパ腫、その他の悪性新生物(肉腫等を含みます)	
	その他の病気	糖尿病、関節リウマチ、こうげん病	
2	5年以内に病気やけがで、入院をしたことがありますか(正常分娩による入院は除きます)	はい	いいえ
3	5年以内に病気やけがで、手術(カテーテル・レーザー・内視鏡によるものを含みます)を受けたことがありますか	はい	いいえ
4	5年以内に、第1項で告知した以外の病気やけがで、7日間以上の期間にわたり、医師による診療(問診・診察・検査・治療・投薬)を受けたことがありますか	はい	いいえ
5	3ヶ月以内に、医師による診療(問診・診察・検査・治療・投薬)を受けたことがありますか	はい	いいえ
6	今までに、悪性新生物(がん・肉腫・白血病・リンパ腫等)または上皮内新生物(上皮内がん)と診断されたことがありますか	はい	いいえ
7	今までに、身体障害者手帳の交付を受けたことがありますか。または、現在、身体障害者手帳を申請中ですか	はい	いいえ
8	以下に該当する事項がありますか ・矯正しても左右いずれかの視力が0.2以下 ・聴力、言語、そしゃく機能の障害 ・手、足、指の欠損や機能の障害 ・背骨(脊柱)の変形や障害	はい	いいえ
9	ア 2年以内に健康診断または人間ドックを受けたことがありますか イ →アで「はい」の場合、次の臓器や検査について異常(要再検査・要精密検査・要治療を含みます)を指摘されたことがありますか 脳・眼・心臓・肺・胃・腸・肝臓・腎臓・すい臓・胆のう・子宮・乳房・甲状腺・前立腺 血圧測定・尿検査・血液検査・便検査 ウ →イで「はい」の場合、指摘された臓器や検査の異常について、再検査や精密検査または医師の治療を受けられましたか	はい	いいえ
10	(女性のみ)現在、妊娠していますか	はい	いいえ

■該当する項目の番号(すべて記入ください)	
項	項
1	■病気やけがの名前または症状
■手術の名前または部位・受傷の部位	
■診療(問診・診察・検査・治療・投薬)・手術を受けた年月または期間	
年 月から 年 月まで	
■入院した期間	
年 月から 年 月まで	
■診療(問診・診察・検査・治療・投薬)・入院・手術を受けた病院・診療所名	
5	■検査結果・治療内容・経過
6	■悪性新生物または上皮内新生物の名前・診断された時期
7	■交付を受けた時期 ■障害の原因や内容
8	■障害部位・欠損箇所・変形箇所とその原因や内容 (視力については左右それぞれの矯正視力)
9	■健康診断または人間ドックを受けた年月・異常を指摘された内容 ■再検査や精密検査または医師の治療を受けられた内容・経過

アンケート項目

過去1年以内に喫煙したことがありますか

はい (1日平均 本) いいえ

1日平均99本以上の場合は99と記入ください

【申込書作成日:H28.7.1以降】

取引時確認記録書（新契約：一般用）

契約者

様

取引時確認の方法

☐	面談	確認日時（本人確認書類を提示いただいた日時） 平成 年 月 日 午前 時 分 午後
☐	郵送	確認日（本人確認書類が届いた日） 平成 年 月 日 本人確認書類（写）と住所相違の場合は補足書類（写）も本記録書に添付してください

取引時確認内容

① 契約者本人

本人確認書類 <下表参照>	書類番号 例) 13	書類名(左記が13・14のとき) 例) 健康保険証	特定番号等	(左記が12・15のとき) 米国籍の場合、以下に○印 米国籍 ※米国籍以外のときは記入不要
取引の目的	意向確認書の「ご意向欄」で確認しました			
職業	生命保険契約申込書の「職業欄」で確認しました			

【本人確認書類一覧】

書類番号	本人確認書類	特定番号等	書類番号	本人確認書類	特定番号等
11	運転免許証・運転経歴証明書	免許証番号(番号)<12ケタ>	15	在留カード、特別永住者証明書	(登録)番号 国籍(米国籍か否かを確認)※1
12	パスポート(住所必要)	旅券番号 国籍(米国籍か否かを確認)※1	41	住民基本台帳カード(写真付)	有効期限-発行者(市区町村長名)
13	各種健康保険証(住所必要)※2	記号-番号(被保険者番号)-保険者番号		個人番号カード	有効期間-発行者(市区町村長名)
14	(国民)年金手帳 その他各種公的手帳(住所必要)※4	交付年月日※3 手帳番号-発行者(市区町村長名)			

※1：「外国口座税務コンプライアンス法(FATCA)」に基づき、確認が必要です。
※2：各種健康保険証、船員保険証、後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証 等
※3：「交付年月日」がない場合は、「はじめて被保険者となった日」「発行日」「はじめて資格を取得した年月日」のいずれかを記載します。
※4：児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書、母子健康手帳、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、戦傷病者手帳
※5：いずれも契約者等から自発的な提示・送付ある場合のみ取り扱うこととし、当社から案内しません。(外国人登録証明書はH27.7.9～使用不可。)

② 本人確認書類と氏名・現住所が異なる場合

(1) 氏名・現住所が異なる場合はその理由

(2) 現住所が異なる場合は現住所がわかる以下の補足書類で確認

書類番号	補足書類	書類番号	補足書類
31	公共料金の領収証書(電気・ガス・水道・電話)	34	社会保険料の領収証書
32	国税又は地方税の領収証書	35	住民票(発行後6か月以内)
33	国税又は地方税の納税証明書		

書類番号	特定番号等※領収日付の押印または発行日の記載から6か月以内のものに限る
番 号	_____ (補足資料に付番の番号)
発行年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※
発行者	_____ (例：〇〇水道局)

担当者署名・押印欄

上記は、責任をもって公正誠実に記入したものに相違ありません。

平成 年 月 日

支部
営業部

担当者

印

第1回保険料充当金領収証

保険契約者 文化 千太 様

被保険者 文化 花子 様

保険種類 5年ごと利差配当付終身保険

払込方法 月払(口座振替)

〈ご留意いただきたい事項〉ご一読ください。

1. 下記領収金額は、保険契約のお申込みを会社が承諾した場合に保険料に充当いたします。
2. 保険契約のお申込みを当社が承諾しなかった場合は、下記領収金額をお返しいたします。この場合、利息はおつけないいたします。
3. クーリング・オフ制度については「特に重要なお知らせ(注意喚起情報)」にてご確認ください。
4. この領収証は次の場合は無効です。
 - ・第1回保険料充当金以外の領収に使用した場合
 - ・小切手で保険料を受領し、万一不渡りになった場合
 - ・領収日・取扱者名が複写できないもの、社印・取扱者印のないもの、訂正があるもの
5. 当社が保険契約のお申込みの承諾に際し特別な条件をつけた場合、またはお申込内容に変更を加えた場合などについて、保険契約者様の同意が得られ、保険料の精算が必要となった場合には、新たな領収証と引き替えさせていただきます。
6. 「生命保険料控除証明書」は、後日お送りいたします。

下記金額を正に領収いたしました。

領収金額						¥	1	0	0	0	0
領収日	平成 28 年 7 月 20 日										

取扱者名

印

返金受領欄

〇〇生命保険 御中 平成 年 月 日

左記金額の返金を受けました。

保険契約者

印

〇〇生命保険

作成地 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇〇-0-0

印紙税申告納

付につき〇〇

税務署承認済

保険料領収証

下記保険料を正に領収しました

領収日は発行日と同日です

第1回保険料充当金

領収金額 ￥ 30,000

発行日時 2016/04/25 17:10:11

領収証番号 0000000

伝票番号 00000

処理通番 00000

端末番号 00000-000-00000

発行者 〇〇生命

取扱者印または署名

次の場合、本領収証は無効です。

1. 記載事項を加筆訂正したもの。
2. 社印を抹消したもの。
3. 発行日のないもの。
4. 取扱者印または取扱者の署名がないもの。

印紙税申告納

付につき〇〇

税務署承認済

東京都〇〇区〇〇〇-0-0

〇〇生命保険

生命保険証券

当会社は、定款および普通保険約款ならびに特約付の場合は各該当の特約に基づいて保険契約者とこの保険契約を締結しました。

東京都〇〇区〇〇〇-〇-〇

〇〇生命保険



代表取締役社長



印紙税申告納
付につき〇〇
税務署承認済

表示欄

- ★告知に関するご注意(「ご契約のしおり-定款・約款」と一緒にご覧ください)
契約から2年以内の場合、健康状態が正しく告知されていないときには契約解除となり、給付金(保険金)が支払われないことがあります。
- ★主契約ならびに主契約締結時に付加された特約(該当する場合)の責任開始期の属する日(責任開始の日)は2016年6月6日です。

- ★保険料計算利率(予定利率)について
保険料を算出するにあたり、将来の資産運用により生まれる利益を予定し、あらかじめ一定の割合で割り引いています。この割引率を、保険料計算利率(予定利率)といいます。なお、保険料は、保険料計算利率の他に予定死亡率等を用いて計算しており、単に保険料に保険料計算利率を付利して積み立てられるものではありません。

証券番号 00000000

証券作成地
作成日 東京都 2016年6月30日

5年ごと利差配当付医療保険

保険契約者 被保険者 受取人等	保険料内訳	
	毎払込保険料合計額	7,001円
文化 千太 様	うち主契約保険料	4,650円
	うち特約保険料	2,351円
◎保険料の変動については同封の「契約内容のご説明」をご参照ください。		
給付金受取人 被保険者 様 特約死亡保険金受取人 文化 花子 様 指定代理請求人 文化 花子 様	契約日(始期)	
	2016年 7月 1日 (平成28年)	
	主契約保険料払込期間	保険料払込回数
	10年間	年12回
	保険料払込期日	保険料払込方法
	毎月1日から末日まで	保険料口座振替特約

主契約・特約欄

主契約・特約名	保険金額・年金額・給付金額	保険期間
1 主契約 180日型	入院給付日額 10,000円	10年間57歳まで
2 傷害特約	災害保険金額 2,000,000円	10年間57歳まで
3 入院一時金特約	入院一時金給付金額 40,000円	10年間57歳まで
4 成人病入院特約 180日型	成人病入院給付日額 4,000円	10年間57歳まで
5 がん入院特約	がん入院給付日額 5,000円	10年間57歳まで
6 抗がん剤治療特約	抗がん剤治療給付金額 100,000円	10年間57歳まで
7 先進医療特約	先進医療給付金額(注1)	10年間57歳まで

(注1)先進医療給付金額は、先進医療にかかわる技術料と同額(1万円未満の場合は1万円)とします。(1回の療養・通算ともに2,000万円を限度とします。)

その他特約・その他契約内容欄

☐ 主契約および特約の給付内容・保障内容については「契約内容のご説明」をご覧ください。 ☐ 指定代理請求特約 ☐ 保険料払込免除特約 (「契約内容のご説明」もあわせてご覧ください。) ☐ 保険契約の更新の取扱い ・保険期間満了日の2か月前までに更新しない旨のお申し出がない場合、保険契約の更新の取扱いをいたします。(最長2049年6月30日まで) ・保険契約が更新された場合には、本生命保険証券をもって更新後の証券とし、証券の再発行、書換または本証券への表示はいたしません。 ・その他、主契約・特約の更新等の詳細については、「ご契約のしおり・(定款・)約款」をご覧ください。 ・保険契約が更新された場合の保険料は、更新日において新たに計算します。通常、更新後の保険料は、更新前の保険料より高くなります。 ☐ 配当金支払方法 積立 ☐ 主契約の保険料計算利率(予定利率)は年1.25%です。 詳細は裏面「表示欄」をご参照ください。	*当欄の記載事項はございません*
---	------------------

ご契約内容の詳細は「ご契約のしおり・(定款・)約款」をご覧ください。

特別条件付加承諾書(会社提出用)

〇〇生命保険 御中

先に申し込みました生命保険契約(保障見直しまたは特約変更を含む)について、被保険者了知のうえ、下記の特別条件を付加することを承諾します。

私は、特別条件付契約のしおりを受領のうえその内容を確認しました。

自署
(法人の場合は押印)

文化 千太

承諾日:平成 28 年 4 月 10 日

作成日: 2016 年 4 月 8 日

保険契約者 (自署)	文化 千太 法人の場合は自署に加えて押印ください。(申込書と同一印)	印
保険契約者の親権者 または後見人(自署)	法人後見の場合は自署に加えて押印ください。(申込書と同一印)	印
保険契約者	文化 千太	様
被保険者	文化 千太	様

保険種類	5年ごと利差配当付終身保険				
主契約・特約名	特別保険料 徴収法	保険金削減 支払法	疾病による 給付金削減支払法	特定部位不担保法	
	特別保険料 (払込期月毎)	削減期間	対象期間・支給割合	不担保部位	不担保 期間
—	—	—	—	—	—
主契約(終身保険)	0 円	2 年	—	—	—
定期保険特約	0 円	2 年			
収入保障保険特約	0 円	2 年			
特定疾病保障特約	0 円	2 年			
災害入院特約 疾病入院特約 先進医療特約	左記特約すべてに対して 右記特別条件が適用されます		全期間8割 ただし、特別条件付加 日から3年間は基準保 険金額の5割	腎臓、尿管 膀胱、尿道	1年 2年
—	—				
第1回保険料 (うち特別保険料)	119,626 円(0 円)				
特定障害状態不担保法の適用により、眼球および眼球附属器に生じた疾病を直接の原因として、両眼の視力を全く永久に失ったり、 両眼の視力に著しい障害を永久に残した場合でも、保険金または年金のお支払い、および保険料のお払込みの免除等を行いません					

特別条件付契約のご案内

このたびは、当社に生命保険のお申込みをいただきましてありがとうございました。
さて、お申込みいただいたご契約につきましては、慎重に検討させていただきましたところ、誠に恐縮に存じますが「承諾書」記載の特別条件をご承諾いただいたうえで、お引受けすることになりました。
つきましては、先にお渡ししております「ご契約のしおり」「約款」と、この「特別条件付契約のご案内」をお読みいただき、特別条件の趣旨ならびに付加させていただく内容をご理解のうえ、ご承諾くださいますようお願い申し上げます。

1 「特別条件」の趣旨

生命保険はご契約者の方々が保険料を出し合って将来に向けて相互に保障し合う制度となっておりますので、ご契約に際しては、傷病歴・健康状態・身体の障害状態にもとづき、ご加入の判断をさせていただいております。このため、健康状態が医師による治療を必要とする状態ではない場合であっても、ご加入いただけない場合がございます。
しかし、生命保険を必要とされている方のご要望にお応えし、できる限り多くの方にご利用いただくために、一定の条件をご承諾いただいた上で、ご契約をお引受けする制度を採用しています。この条件を「特別条件」といいます。

2 「特別条件」の種類・内容

(1) 特別保険料領収法

危険の程度に応じて当社が定めた特別保険料を普通保険料に加えてお支払いいただく方法です。

(2) 保険金額削減支払法、年金額削減支払法、特約保険金額削減支払法、特約年金額削減支払法、特約障害年金額・特約死亡給付金額削減支払法

当社が定めた削減期間内に保険金・年金等をお支払いする場合、支払うべき保険金額・年金額等に〔表1〕の削減期間に応じた割合を乗じて得た金額をお支払いする方法です。ただし、災害または約款所定の対象となる感染症による場合、保険金額・年金額等の削減はありません。

(3) 特定部位・指定疾病不担保法、特定部位不担保法

当社が指定した身体部位または指定疾病について、危険の程度に応じ一定期間保障不適用とする方法です。眼球・耳・乳房などのように、左右一対が不担保として指定された場合、正常であった方を原因とする入院や手術であっても給付金の支払対象とはなりません。ただし、約款所定の対象となる感染症による場合は給付金をお支払いいたします。

〔表1〕〈支払率表〉

削減期間 保険年度	1年	2年	3年	4年	5年
第1年度	50%	30%	25%	20%	15%
第2年度		60%	50%	40%	30%
第3年度			75%	60%	45%
第4年度				80%	60%
第5年度					80%

(4) 特定部位不担保法(女性特定治療特約用)

特定部位不担保法(女性特定治療特約用)における不担保とする部位は、子宮および子宮附属器(卵巣および卵管)とします。特定部位不担保法(女性特定治療特約用)が適用された場合、子宮および子宮附属器における疾病の治療を目的とする手術については、女性特定手術給付金を支払いません。ただし、子宮または子宮附属器における悪性新生物・上皮がん・約款所定の感染症の治療を目的とする手術については、女性特定手術給付金をお支払いいたします。

(5) 特定障害不担保特約

視力障害、聴力障害のうち、当社が指定した障害について全期間保障不適用とする方法です。

3 「特別条件」を付加した場合の注意点

(1) 特別条件付契約の責任開始

特別条件付のご契約は、特別条件のお取扱いを記載した承諾書にご署名(保険契約者が法人の場合は、ご記名と押印)いただいた場合に、「第1回保険料相当額を当社が受け取った時(告知の前に受け取った場合は告知の時)」にさかのぼって保障が開始されます。なお、「特別保険料領収法」のお取扱いをするご契約については、そのほかに特別保険料のお支払いが必要となります。

(2) 主契約に特別条件が付加された場合、次のお取扱いはできない場合があります。

- ア. 払済保険への変更
- イ. 保険期間または保険料払込期間の変更
- ウ. 保険契約(主契約)の更新

(3) 特約に特別条件が付加された場合、次のお取扱いはできない場合があります。

- ア. 特約の更新
- イ. 特約の保険期間の変更を伴う主契約の保険期間または払込期間の変更
- ウ. 主契約の払済保険への変更

このほかにもお取扱いできない場合があります。

詳しくは、お申込みいただいた際にお渡ししております「ご契約のしおり」「約款」をご参照をお願いします。

<転換特約条項を適用してご加入の場合>

1. 転換後契約の特別条件が「保険金額削減支払法」「年金額削減支払法」の場合は、特別条件付保険特約条項に定めるところによります。また、「特約保険金額削減支払法」「特約年金額削減支払法」および「特約障害年金額・特約死亡給付金額削減支払法」の場合は、各特約条項に定めるところによります。（「保険金額削減支払法」「年金額削減支払法」「特約保険金額削減支払法」「特約年金額削減支払法」および「特約障害年金額・特約死亡給付金額削減支払法」を、以下「削減支払法」といいます。）
2. 前項の規定にかかわらず、保険契約の転換が行われなかったとみなした場合に支払われるべき被転換契約の死亡保険金額、死亡給付金額または高度障害保険金額（支払事由発生時の保険金額とし、特約による給付を含み、年金による給付が行われる場合は年金額の現価の金額を含みます。以下「死亡保険金額等」といいます。）が、「削減支払法」の規定が適用されたため、転換後契約の「削減支払法」の規定適用後の死亡保険金額等を上回る場合には、被転換契約の死亡保険金額等に相当する額を支払います。
3. 「削減支払法」の規定を適用しない場合の転換後契約の死亡保険金額等が、保険契約の転換が行われなかったとみなした場合に支払われるべき被転換契約の死亡保険金額等を下回る場合には、転換後契約の「削減支払法」の規定を適用しない転換後契約の死亡保険金額等を支払います。
4. 前2項の規定にかかわらず、被転換契約および転換後契約のいずれもが「削減支払法」による削減期間中である場合には、それぞれの契約において「削減支払法」の規定による死亡保険金額等を比較し、そのいずれか大きい金額を支払います。ただし、転換後契約の「削減支払法」の規定によらない死亡保険金額等を限度とします。

4 保険金などがお支払いできない場合 ～特別条件付でない契約と共通～

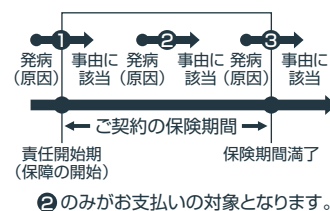
責任開始期前に病気やケガが発生していた場合など、
保険金などがお支払いできないことや保険料の払込みの免除ができないことがあります。

保険金などがお支払いできない主な場合

■責任開始期(または復活日)より前からすでに発生していた病気(※1)やケガを原因とする、死亡保険金以外のご請求の場合

(※1) その病気およびその病気と医学上重要な関係にある病気について、責任開始期より前に次のいずれかがある場合

- ・医師の診療を受けたことがある。
- ・健康診断等において異常の指摘(要経過観察の指摘を含む)がある。
- ・被保険者(こども保険の場合は契約者含む)が自覚可能な身体の異常が存在した、または契約者が認識可能な被保険者の身体の異常が存在した。



ただし、その病気に関して〇〇生命が告知などによって知った事実をもとに承諾したとき(※2)や、責任開始期(または復活日)から2年経過後に入院を開始または手術を受けたときなどは、約款の規定により例外としてお支払いの対象となることがあります。
(※2) 悪性新生物を支払事由とした特定疾病保険金請求など、告知されていても対象とならないケースがあります。

■「告知義務違反」により契約や特約が解除された場合

■責任開始期(または復活日)から3年以内に自殺した場合など、約款に定める免責事由に該当する場合

■保険料の払込みがなく、契約が失効した後に保険金などの支払事由に該当した場合

■保険金などを詐取する目的で事故を起こしたときや、契約者、被保険者または保険金などの受取人が暴力団関係者その他の反社会的勢力に該当すると認められたときなど、重大事由により契約または特約が解除された場合

■保険契約について詐欺の行為により契約が取消になった場合、または保険金などの不法取得目的があつて契約が無効になった場合

<本帳票に関わる留意事項>

本帳票は主契約または特約に適用する特別条件についてご説明するものです。保険金等をお支払いする場合、お支払いできない場合、その他のお取扱いについては、普通保険約款または特約条項をご確認ください。

2016 ご契約内容のお知らせ

文化 千太 様

お知らせ

【ご契約内容のお知らせについて】

いつもお引立てをいただきありがとうございます。

ご契約内容のお知らせは、お客さまご自身の保障内容をご確認いただくとともに、〇〇生命についてより一層ご理解を賜りたく、お送りしています。

お客さまに安心をお届けできるよう、サービスの向上に努めてまいりますので、今後とも変わらぬご愛顧を賜りますようお願いいたします。

■お客さまの担当

〇〇支社
〇〇支部
☎(03)0000-0000
受付時間 月～金曜日 午前10時～午後5時
(土日・祝日・年末年始等を除く)

■電話での照会先

コールセンター 0120-000-000
受付時間 月～金曜日 午前9時～午後6時
土曜日 午前9時～午後5時(日・祝日・12/31～1/3を除く)
*証券番号をあらかじめお確かめのうえお電話ください。

■ダイレクトサービス

契約内容の確認や住所変更等、一部のお手続きはダイレクトサービスでも承っています。詳しくは同封の情報冊子や当社ホームページをご覧ください。

1 ご家族みなさまで、ご確認を!

この通知は、年に一度、ご契約内容をお知らせするためにお送りしています。受取人さまを含めたご家族皆さまでご確認ください。

保険金・給付金のご請求もれないかご確認をお願いします。
同封チラシ「ご契約内容の確認とご請求チェック」とあわせて、ご契約内容をご確認ください。

ご契約内容やご登録情報の変更など、お手続きが必要となるときやご不明な点があるときは、当社までご連絡ください。

2 ご注意いただきたいこと

この通知は2016年8月10日時点の情報で作成しています。
作成日以降の変更内容は反映していません。
(一部の契約については変更後の内容が記載されていることがあります。)

- ご契約者ごとにまとめて送付しています。
- 契約によっては別々の封筒で届くことがあります。
(例: 名前の字体・ふりがな・住所など、登録内容が同一でないとき)
- 同一の住所でもご契約者が異なるときは別々にお届けします。
- ご契約者が法人の場合、契約ごとにお届けします。

3 表示について

- ご契約内容の概要を記載しています。契約によっては記載していない情報があります。詳細は「約款」「保険証券」等をご確認ください。
- お客さまの名前を漢字で表示していますが、字体によっては正しく表示できないことがあります。
- 被保険者の年齢は、契約ごとに次の方式で計算します。

満年齢方式	1年未満の端数を切り捨てて計算 (例) 24歳7ヶ月→24歳
保険年齢方式	1年未満の端数は6ヶ月以下を切り捨て、6カ月超を切り上げて計算 (例) 24歳7ヶ月→25歳

- 保険期間満了等が被保険者の年齢により定められているとき、保険期間満了日等は被保険者が保険年齢または満年齢に達する年単位の契約応当日の前日です。

契約状況

証券番号(証券番号)	保 険 名 称	契 約 年 月 日	被 保 険 者
0000000 0000000	5年ごと利差配当付終身保険 据置(このページの財産情報欄に残高のみ掲載しています。)	2013年 5月 1日	文化 千太 様

以下の契約はこの通知に掲載していませんのでご注意ください。



- 企業保険(※)
- 財形(※)
- 団体扱事業保険
- 保険金据置

*年金支払開始後の企業年金・財形年金は作成しています。
ただし、勤務先企業・団体等の契約内容変更等により掲載対象外となることがあります。
左記以外にも契約状態等により対象外となることがあります。

■お客さまの登録情報

お客さま番号 0123456789

○ダイレクトサービス会員

カード発行済

○送金口座(出金時の送金口座)

△△銀行

△△△△支店

普通 口座番号 1234***

○メール通知サービス

登録済

【定期的にアドレスをご確認ください】

パソコン用アドレス

〇〇〇@〇〇〇.jp

■お客さまの財産情報

○ご利用可能な金額(2016年 8月10日現在)

育英資金・祝金・生存給付金積立残高	100,054円
据置保険金残高	1,000,000円
契約者貸付金ご利用可能額	190,000円

*契約者貸付とは解約返戻金の一定範囲内で資金を利用いただける制度です。可能額は保険料入金状況等により変動し、利用時は当社所定の利息をいただきます。

*ダイレクトサービスでのご利用可能額につきましては、ご登録の契約内容や契約の状態等により上記金額と異なることがあります。

○すでにご利用の状況(2016年 8月10日現在)

契約者貸付金元利合計	2,004円
保険料立替金元利合計	15,115円

契約内容

2016年 8月10日現在
この契約は満年齢方式です

証券番号	0000000
契約年月日	2013年 5月 1日
被保険者	文化 千太 様 (昭和48年 4月 1日生)
死亡保険金(死亡給付金)受取人	文化 花子 様
指定代理請求人	文化 花子 様
払込方法	月払 口座振替
保険料 (うち主契約保険料)	28,584円 (2,528円)

*更新タイプの特約が付加されています。次回特約更新 2023年 5月更新後保険料は更新日の年齢と保険料率で再計算しますので、通常高くなります。

更新時にお客さまの選択で保障内容の変更や保険料の見直しができます。

■ご利用可能な金額(2016年 8月10日現在)

生存給付金積立残高	(据置利率 年0.15%)	100,054円
契約者貸付金ご利用可能額	(貸付利率 年2.00%)	190,000円

■すでにご利用の状況(2016年 8月10日現在)

契約者貸付金元利合計	2,004円
保険料立替金元利合計	15,115円

■その他ご連絡

*主契約の保険料計算利率(予定利率)は年1.25%です。

*要介護状態の判定基準は、公的介護保険制度の要介護認定基準とは異なります。詳細は約款に定められていますので、ご確認ください。

保険名称

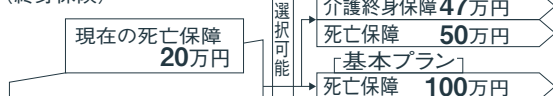
5年ごと利差配当付終身保険

■保障内容 保障内容は、更新タイプの特約を自動更新した場合の内容です。

死亡・高度障害のとき ●●● 収入保障年金 120万円×18回
(保障は65歳までです)



【主契約】
(終身保険)



現在42歳 ← 第1保険期間 → 65歳 ← 第2保険期間 → 終身
(被保険者年齢) 指定日

*収入保障年金の支払回数(現在18回)は通減するタイプです。(最低保証5回)

*指定日(2038年5月1日)に第2保険期間が開始します。

お申し出により指定日に終身保険の一部を介護終身保障に移行できます。移行後の保険金額は当社所定の基準を満たす範囲で移行時にお客さまに指定していただきます(減額や貸付、立替がある場合は移行後の保険金額が減少することがあります。また、移行後の保険金額が必要な基準に満たない場合はお取扱いできません)。

*2015年から2037年まで2年ごとに生存給付金100,000円をお支払いします。

*2038年5月1日には満期時生存給付金1,000,000円をお支払いします。

■給付金等の内容 ●お支払いには約款所定の要件・給付限度(日数・回数など)があります。(保険期間)

*所定の要介護状態が180日継続したとき	介護年金	120万円×18回	65歳まで自動更新
*所定の特定疾病に該当されたとき		100万円	終身
*所定の重度慢性疾患に該当されたとき		100万円	80歳まで自動更新
*災害による所定の障害状態		10～100万円	80歳まで
*骨折、災害での腱・靱帯・半月板の断裂のとき		一時金 5万円	80歳まで自動更新
また、災害で顔面に所定の損傷が残ったとき		一時金 50万円	80歳まで自動更新
*先進医療による療養を受けたとき	技術料と同額	通算2000万円	80歳まで自動更新
*災害・病気で入院 日数に関わらず		一時金50,000円	80歳まで自動更新
*災害・病気で入院 1日目から		日額 7,000円	80歳まで自動更新
上記に加え、成人病でご本人が入院		日額 2,000円	80歳まで自動更新
上記に加え、がんでご本人が入院		日額 4,000円	80歳まで自動更新
*がん診断されたとき		100万円	80歳まで自動更新
*がんで医師による薬物治療を受けたとき		月額10万円	80歳まで自動更新

■以下の特約も付加されています

- *リビング・ニーズ特約
- *指定代理請求特約
- *保険料払込免除特約

当社では、お客さまの個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。

- 各種保険契約のお引受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い ○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、ご契約の維持管理
○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 ○その他保険に関連・付随する業務

※各種商品・サービスの詳細は、当社ホームページ(<http://www.〇〇〇〇/>)をご覧ください。

〇〇生命保険 あて

指定代理請求特約付加請求書

証券番号 00000000の指定代理請求特約の付加を請求します。
約款上の請求者は 文化 千太 様です。

請求日(記入日)	年 月 日	内容を確認のうえ、太枠内にボールペンで記入してください。
請求者 自署欄	文化 千太 様が署名してください。	
	お名前	フリガナ
	生年月日	西暦 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	本特約の付加にあたり「指定代理請求特約条項」を承知し、また本特約条項を受領いたしました。(文化 千太様がこちらにも署名してください。)	
	お名前	フリガナ

【請求内容】

- ・指定代理請求特約の付加
- ・指定代理請求人の指定
指定代理請求人 : ブンカ ハナコ
文化 花子 様
被保険者からみた続柄 : 妻

【了解事項】

- ・営業日以外にお手続きに必要な書類を当社にご提出いただいた場合には、翌営業日に到着したものと取り扱います。
- ・この特約の付加日は、当社に提出された特約の付加に関する書類が当社の本社または当社の指定した場所で受け付けた日となります。
- ・指定代理請求人は保険金等の代理請求時において、所定の条件を満たしている必要があります。詳細については指定代理請求特約しおりおよび特約条項をご覧ください。
- ・所定の条件に該当する指定代理請求人がいない場合は、所定の条件に該当する主契約の死亡保険金受取人となります。
- ・すでに指定代理請求人が指定されている場合でも、今回のお手続きで指定された方をご契約の指定代理請求人とします。
- ・この特約は、保険金・給付金・年金に加え、据え置かれた保険金等、契約者と被保険者が同一の場合の配当金等、被保険者が受取人となる保険金等を包括的に代理請求の適用対象とします。(この特約の付加時に据え置かれている保険金等や積立配当金を含みます。)
- ・この特約の付加日前に支払事由が発生している保険金等についても代理請求の適用対象とします。
- ・氏名に収録できない文字がある場合は、収録可能な文字またはカタカナで収録します。今後お送りする通知等につきましても収録された文字で表示させていただきます。

郵便ハガキ

〇〇支店

料金後納郵便

親展
大切なお知らせです
必ずご覧ください

000-0000

東京都 〇〇区 〇〇0-0-0

文化千太様

〇〇生命保険

〒000-0000 東京都〇〇区〇〇0-0-0

お客さまのご担当 〇〇支社

電話番号 03-0000-0000

電話でのご照会先 コールセンター

電話番号 0120-000-000

お知らせ番号 00000

大変重要なお知らせにつき必ずご確認ください。

①、②の順に矢印方向にはがして必ず両面をご覧ください。

② 万一ぬれた場合は完全に乾いてからはがしてください。 ①

一般的に
3ツ折ハガキ
などで届きます。

保険料お振替えについて

作成日 平成28年 7月 4日

日頃は格別のお引立てをいただき、まことにありがとうございます。

さて、このたびあなた様のご契約の保険料がご指定の口座からお振替えできなかった旨、金融機関から連絡がありました。大切な契約を末永くご継続いただくため、今後の保険料のお払込みについてご案内申し上げます。

なお、この案内がお手元に届きます前にすでに保険料のお払込みや各種お手続きをいただいている場合は、事務上の行き違いによる失礼をお詫び申し上げます。

平成28年 6月27日に
お振替えできなかった理由
ご預金残高の不足

被保険者 文化 千 太 様	次回ご請求額 10,294円
保険証券番号 0000000	内訳平成28年 6月分 5,147円
お払込方法 口座振替(月掛)	平成28年 7月分 5,147円
ご契約日 平成12年 5月 1日	
保険料お払込状況 平成28年 5月分までお払込済	

〈前月の振替日に請求のご指定口座〉 口座番号の一部を非表示とさせていただきます。

金融機関名 〇〇ギンコウ	種目 フツウ	口座名義人 ブンカ センタ サマ
支店名 〇〇シテン	口座番号 0000****	

今後の保険料のお払込みについて

- ◆7月27日に上記ご請求額を振替えさせていただきます。7月26日までにご準備をお願いいたします。
- ◆万一今月お振替えができずご契約のお払込猶予期間の満了日(平成28年7月31日)までに、保険料のお払込みがございませんと、ご契約を有効にご継続いただくために保険料自動振替貸付制度により当社所定の範囲内で保険料をお立替えさせていただきます。ただし、当通知の作成日以降にご契約者貸付をご利用いただいた場合には、保険料をお立替えできないこともあり、その場合はご契約の効力が失われること(失効といえます)になります。
- ◆保険料のお立替えを希望されない場合は、お払込猶予期間の満了日までに表記ご照会先へお申し出ください。このお申し出をされた場合、お払込猶予期間の満了日までに保険料のお払込みがございませんと、ご契約は効力を失います。

※保険料のお振替えにあたってご留意いただきたい事項を裏面にも記載しておりますので、必ずご確認ください。

保険料のお振替えにあたりご注意ください

保険料のお振替え、ご指定口座の変更・停止等について

- 複数のご契約の保険料が同一口座から振り替えられる場合、振替順序を指定することはできません。保険料が振り替えられず、ご契約が失効したりすることのないよう、それぞれのご契約について当月分までの保険料をご指定口座にご準備いただくようお願いいたします。

〈例〉下記A・B2つの契約の保険料が、それぞれ2ヵ月分ずつ同一口座から振り替えられる予定で、お振替日の口座残高が25,000円だった場合、A・B契約それぞれ1ヵ月分の保険料が振り替えられるケースや、A契約の保険料のみが2ヵ月分振り替えられてB契約の保険料が振り替えられない(B契約が失効等になる)ケース等があります。

- ・A契約の1ヵ月分の保険料10,000円
- ・B契約の1ヵ月分の保険料15,000円

- 当月のお振替日に保険料が振り替えられなかった場合は、表記ご照会先までご連絡いただき、払込猶予期間の満了日までに保険料を当社窓口へ直接お払込みいただくようお願いいたします。

※お振替日、払込猶予期間の満了日等は表面をご確認ください。
なお、払込猶予期間の満了日が非営業日の場合は前営業日までにご連絡、お払込みいただくようお願いいたします。

- 保険料のお払込方法の変更や、ご指定口座の変更・振替停止等を希望される場合は、お早めに表記ご照会先までお申し出ください。
お申し出日によっては、ご希望の年月からの変更等ができない場合がございますので予めご了承ください。

お払込猶予期間の満了日までに保険料をお払込みいただけなかった場合、ご契約は効力を失います(主契約保険料払込期間満了後のご契約は特約の保障が解約となります)。ただし、契約の状況により保険料自動振替貸付制度等が適用される場合がございます。あなた様のご契約の状況につきましては、表面「今後の保険料のお払込みについて」を必ずご確認ください。

失効となった場合

- 失効後に万一保険事故が発生した場合、保険金・給付金等のお支払いができません。
- 所定の期間内であれば、保障を有効に戻すための復活のお手続きが可能ですが、健康状態等によっては復活できない場合もございます。
- 復活したご契約の責任開始期は、当社が復活を承諾し、復活に必要な保険料を受け取った日(復活日)からとなります。被保険者様(こども保険の場合は契約者様も含む)が、復活日から所定の期間内に、約款に定める所定の免責事由に該当した場合、当社は責任を負いません。

保険料自動振替貸付制度(お立替金)が適用された場合

- お立替金には当社の定める利息が加算されます。
- 月掛(月払)のご契約の場合、お立替金は口座振替保険料率による割引の適用はされず、一般(普通)保険料率となります。
- お立替金・貸付金のご返済がない場合、ご契約は効力を失う場合があります。

※ご不明な点や各種お手続きについては、表記ご照会先までお問い合わせください。

保険料の自動振替貸付について

日頃は格別のお引立てをいただき、ありがとうございます。
さて、以下のご契約は、平成28年 6月30日までに保険料のお払込みがございましたので、保険料の自動振替貸付により当社所定の範囲内で保険料を貸し付けし、ご契約を有効に継続いただくようお願いいたしました。

以下の取消可能期間末日までに保険料に充当した貸付金相当額のお払込みがございませんと、利息が付与されますので早めのお払込みをおすすめいたします。

なお、このご案内がお手元に届きます前にお済みや各種お手続きが完了している場合は、事務上の行き違いによる失礼をお詫び申し上げます。

被保険者	文化 千太 様
保険証券番号	0000000
ご契約日	平成22年 3月 1日
保険料	10,000円
<一般料率の保険料>	10,152円
お払込方法	口座振替(月掛)

■取消可能期間末日までに貸付金相当額をお払込みされる場合

取消可能期間末日

平成28年 10月31日

貸付金相当額は保険料の払込経路に基づいて、お払込日時点での金額を計算します。お払込方法・金額等については、お手数ですが表記ご照会先までお問い合わせください。

作成日 平成28年 7月 10日

■取消可能期間末日までに貸付金相当額のお払込みがない場合

保険料相当額に以下の利率(複利)で利息を付与し、保険金・年金や解約返戻金などのお支払い時に精算させていただきます。

利率(複利)	2.50%
充当期間	平成28年 5月から平成28年 10月
保険料相当額	60,912円

- ◆保険料については口座振替保険料率が適用されておりますが、保険料相当額は一般の保険料率によって計算されるため割引が適用されませんのでご了承ください。
- ◆平成28年 7月 1日から3ヶ月以内に払済保険・延長定期保険への変更、解約をされた場合は、今回の保険料の自動振替貸付はしなかったものとしてお取扱いたします。

ご契約失効のお知らせ

作成日 平成28年 4月12日

日頃は格別のお引立てをいただき、まことにありがとうございます。

さて、下記のご契約につきましては、保険料のお払込みがございませんでしたので、大切なご契約の保障の効力が失われております。

このままですと、万一保険事故が発生した場合も保険金、給付金等のお支払いができません。

保障を有効に戻すために、ぜひ復活のお手続きをお取りのうえ、ご継続いただきますようおすすめ申し上げます。

復活のお手続きについてはおもて面に記載の照会先までお問い合わせのうえ、お手続きをお申しつけください。

なお、このご案内がお手元に届きます前にすでに復活のお手続きまたは、保険料のお払込みをいただいている場合は、事務上の行き違いによる失礼を深くお詫び申し上げます。

被保険者	文化千太 様
保険証券番号	ご契約日
0000000	平成25年 1月
お払込方法	保険料
口座振替(月掛)	6,600円
お払込状況	失効日
平成28年 1月分までお払込済	平成28年 4月1日

ご契約の復活手続きについて

ご契約を復活してご継続されますと、従来のままの保険料でご継続いただけます。

新たに加入されますと、保険料が高くなる場合があります。

◆「復活請求書」をご提出いただきます。

◆復活日までの未払保険料を一括してお払込みいただきます。

◆復活手続きは、保障の効力を失った日(失効日)から3年以内で年金開始日前日までお取り扱いできます。

◆復活保険料にはお利息が必要となります。

【復活をご希望されない場合】

おもて面に記載の照会先までお問い合わせいただき、解約のお手続きをお申しつけください。

(解約手続後の復活手続きはお取り扱いできません)

失効日から3年間、解約のお手続きがされなかった場合、解約ご請求の権利が消滅いたしますので、復活をご希望されない場合はお早めにお手続きくださいますようお願い申し上げます。

失効後、一定期間内(3年以内など)に復活を希望する場合に記入する書面です(80ページ参照)。

復活請求書兼告知書

〇〇生命保険 御中

証券番号

00000000

太枠内を請求者ご本人が記入してください。

該当する番号に☑をつけてください。

記入日 平成 年 月 日

契約者・被保険者が未成年の場合、法定の親権者・後見人が記入してください。

契約者
ご署名
法人のときは
代表者の
肩書・氏名
もご記入く
ださい。

ブンカ センタ 様

下記の個人情報取扱いに同意のうえ請求します

ご印鑑

- ☐ ①親権者
☐ ②後見人
☐ ③代理人

契約者
現住所

- ☐ ① 当社への
届け出のとおり
☐ ② 右記のとおり
→ 今後の住所を右記
に変更する
→ 日中の連絡先電話番号 →

000-0000
東京都〇〇区〇〇〇-〇-〇

電話番号 (03) - (0000) - (0000)

〒 〇〇〇 - 〇〇〇 都 道 府 県

電話番号 () - () - ()

告知書

告知日 平成 年 月 日

1～5の質問について該当する側を○で囲んでください。

1	過去2年以内に、入院または手術(※)をしたことがありますか。	いいえ	はい
2	過去5年以内に、がん(肉腫・白血病・悪性リンパ腫を含む)で入院または手術(※)をしたことがありますか。	いいえ	はい
3	今後3ヶ月以内に、入院または手術(※)の予定がありますか。 (医師に入院・手術をすすめられている場合や、医師と相談している場合を含みます)	いいえ	はい
4	現時点で、がん(肉腫・白血病・悪性リンパ腫を含む)または肝硬変と医師に診断されていますか。 (疑いがあると医師に指摘されている場合を含みます)	いいえ	はい
5	現在までに、公的介護保険の要介護認定(要支援を含む)を受けたことがありますか。	いいえ	はい

(※)「入院または手術」には【病気やケガの検査のための入院】【レーザー・内視鏡・カテーテルによる手術】なども含みます。

質問1～5のすべてが「いいえ」の場合、復活手続きしていただけます。

請求
内容

復活を請求します。

【個人情報の取扱いについて】

当社は個人情報を以下の目的達成に必要な範囲で取り扱います。保健医療など特に取扱いに注意を要する個人情報は、保険業法施行規則により利用目的が限定されており、保険業の適切な運営を確保するため業務上必要な範囲で取り扱います。

- ・各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
- ・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、ご契約の維持管理
- ・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
- ・その他保険に関連・付随する業務

<他の生命保険会社等との共同利用について>

・特約付加等を申し込む場合に、各生命保険会社および全国共済農業共同組合連合会(「各生命保険会社等」)が保有する所定の情報(被保険者名・死亡保険金額・入院給付金日額等)が(一社)生命保険協会に登録されます。

・また、同じ被保険者について保険契約や特約付加等の申込みまたは保険金や給付金等の請求を行う場合に、その登録内容が(一社)生命保険協会から各生命保険会社等に提供され、お引受けの判断またはお支払いの判断の参考にされることがあります。

解約請求書

〇〇生命保険 御中

証券番号

00000000

太枠内を請求者ご本人がご記入ください。

該当する番号に☑をつけてください。

記入日	平成 年 月 日	代理人による手続きの場合レ印	請求者が未成年の場合、法定の親権者・後見人がご記入ください。
請求者 (契約者等) ご署名	請求者をご記入ください (代理人が手続きをする場合は代理人が記入) 下記の個人情報取扱いを確認のうえ請求します 文化 千太		☐ ①親権者 ☐ ②未成年 後見人
請求者 現住所	☒ ① 当社への 届け出住所	000-0000 東京都〇〇区〇〇〇-〇-〇	
	☐ ② 上記以外	〒 〇〇〇-〇〇〇 電話番号 ()-()-() 都 道 府 県	
	日中の連絡先電話番号	(03)-(0000)-(0000)	
受取方法	☐ ① 保険料振替口座		
	☒ ② 銀行 口座振込	銀行 〇〇 信用金庫 〇〇 信用組合 〇〇 労働金庫 〇〇 農協 〇〇 本 〇〇 店 出張所	☒ ① 総合 普通 口座番号(右づめ) ☐ ② 当座 00000000
	☐ ② ゆうちょ銀行 口座振込	通帳記号 1 〇 通帳番号(右づめ)	口座名義 フリガナを必ず記入してください。 フリガナ ブンカ センタ 文化 千太
	銀行番号 〇〇〇〇 店番 〇〇〇		
請 求 内容等	解約を請求します。 ***契約者名義に訂正がある場合は、ご記入ください。*** ■名義訂正理由 (番号にレをつけて、旧名義でご記入ください。) ☐ 1 改姓・社名変更 *旧名義ご署名 ☐ 2 字体訂正 * ☐ 3 代表者変更 *		
	保険証券 紛失届	保険証券を紛失しました。 後日発見しても無効とします。 (右欄にレ印記入)	窓口用 領収証
個人情報の 取扱いに ついて	当社は個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で取扱いします。 ・各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い ・関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスの案内・提供、ご契約の維持管理 ・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 ・その他保険に関連・付随する業務		

契約者貸付請求書

〇〇生命保険 御中

以下のとおり請求します

B 請 求 者 住 所 ・ 氏 名	000-0000 東京都 ○○区 ○○ 0-0-0 TEL 03-0000-0000	
	請求者の住所が上記住所と異なる場合はご記入ください 契約者様からのご請求の場合は、同一住所の他契約とあわせて住所を変更します	
	〒 -	TEL -
	ご請求者様の日中の連絡先 電話・携帯電話 TEL ()	
	ご契約者様 文化 千太 様	
C 未 成 年 者	請求者ご本人様が氏名・フリガナをご記入ください	
	フリガナ ----- ご署名	
	親権者 後見人	*****ご記入の必要はありません*****

A	記入日	平成			年			月			日
保険証券番号		0 0 0 0 0 0 0									
保険種類		終身保険									
被保険者名		文化千太 様									
作成日 平成28年 7月 7日											
契約者様からご請求ください											

請求金額を変更する場合は、「変更欄」にご記入ください

限度額一杯

変更する場合 →

請求金額 (金額指定)

					0	0	0
百万					千		

円

※千円単位で金額をご記入ください

※¥マークを金額の先頭にご記入ください

E 受取口座		下記「保険料振替口座」へお振込みいたします(ゆうちょ銀行口座の場合は「振込用口座番号」を表示しています)															
		ご指定の口座を変更する場合は、変更する箇所の「変更欄」に請求者様ご本人名義の口座をご記入ください(貯蓄口座以外をご指定ください)															
	金融機関名	金融機関コード				本支店名				本支店コード							
	〇〇ギンコウ	0000				〇〇シテン				000							
変更欄		(銀行) (信託) (信金)	(信銀) (労働) (農協)					(支店・支所) (出張所)									
	預金種目	口座番号				口座名義人											
	ソコウ・フツウ	1234****				ブンカ センタ											
変更欄																	
		右づめでご記入ください↑				姓と名の間はひとマスあけてカタカナでご記入ください(濁点はひとマス使用してください)											

備考欄

郵便ハガキ

〇〇支店

料 金 後 納

郵便

親 展

大切なお知らせです。
必ずご覧ください。

〒000-0000

東京都 〇〇区 〇〇 0-0-0

文 化 千 太 様

重 要

生命保険料控除証明書

日頃は格別のお引立てをいただき、まことにありがとうございます。
「生命保険料控除証明書」をお送りいたしますので、記載事項をご確認のうえ
ご申告ください。なお、本証明書はご申告時まで大切に保管ください。
今後とも変わらぬご愛顧を賜りますようお願い申し上げます。

〇〇生命保険
〒000-0000 東京都〇〇区〇〇0-0-0

お客さまのご担当 〇〇支社
TEL 03-0000-0000

電話でのご照会先 コールセンター
TEL 0120-000-000

お知らせ番号 00000

➡ ②

①、②の順に矢印方向にはがして中をご覧ください。
ハガキが濡れている場合は十分に乾かしてから開いてください。

① ➡

一般的に
3ツ折ハガキ
などで届きます。

平成28年生命保険料控除証明書(個人年金・一般・介護医療用)

ご契約者 文化 千太 様

適用制度:旧制度・新制度

年金受取人	文化 千太 様	年金受取人生年月日	昭和36年12月16日
保険証券番号	0000000	年金種類	確定
契約日	平成4年5月1日	年金支払期間	10年
払込方法	年12回払	年金支払開始日	平成30年5月1日
		保険料払込期間	26年

平成28年9月分までのお払込額を下記のとおり証明いたします。

旧制度	年金	個人年金保険料(a)	円	配当金(相当額)(b)	円	個人年金証明額(a-b)	円
		61,560		0		61,560	
新制度	一般	一般生命保険料(c)	円	配当金(相当額)(d)	円	一般証明額(c-d)	円
		12,240		0		12,240	
旧制度	年金	個人年金保険料(e)	円	配当金(相当額)(f)	円	個人年金証明額(e-f)	円
		30,780		0		30,780	
新制度	一般	一般生命保険料(g)	円	配当金(相当額)(h)	円	一般証明額(g-h)	円
		18,720		0		18,720	
旧制度	介護医療	介護医療保険料(i)	円	配当金(相当額)(j)	円	介護医療証明額(i-j)	円
		3,744		0		3,744	

〔ご参考〕平成28年12月末までのお払込みの場合は下記金額をご申告ください。

旧制度	年金	年間個人年金保険料(ア)	円	配当金(相当額)(イ)	円	個人年金申告額(ア-イ)	円
		61,560		0		61,560	
新制度	一般	年間一般生命保険料(ウ)	円	配当金(相当額)(エ)	円	一般申告額(ウ-エ)	円
		12,240		0		12,240	
旧制度	年金	年間個人年金保険料(オ)	円	配当金(相当額)(カ)	円	個人年金申告額(オ-カ)	円
		61,560		0		61,560	
新制度	一般	年間一般生命保険料(キ)	円	配当金(相当額)(ク)	円	一般申告額(キ-ク)	円
		18,720		0		18,720	
旧制度	介護医療	年間介護医療保険料(ケ)	円	配当金(相当額)(コ)	円	介護医療申告額(ケ-コ)	円
		3,744		0		3,744	

証明日 平成28年11月2日

〇〇生命保険

〈生命保険料控除を受ける際の申告時の留意事項〉

1. 本証明書は「確定申告書」または「給与所得者の保険料控除申告書」に添えてご提出ください。
2. 「適用制度」の詳細は裏面をご確認ください。
3. 申告額は次のとおりです。
 - ・証明年1月1日から12月末日までにお払込みいただいた保険料が申告額になります。当社が保険料をお立替えた場合、その金額も含まれます。
 - ・入院、疾病等の特約保険料および、証明年中の個人年金保険料税制適格特約付加以前にお払込みいただいた保険料は、一般生命保険料もしくは介護医療保険料となります。
 - ・配当金支払方法が「積立」「現金」「保険料相殺」の場合は、税法上の規定により、保険料からその配当金を差し引いた額が申告額となります。
 - ・証明年内にお払込みいただいた翌年1月分以降の保険料は、翌年の生命保険料控除の対象となります。
 - ・前納された保険料は、前納期間で按分した金額が毎年の生命保険料控除の対象となります。
4. 転換、保障見直し、更新などのご契約内容の変更を行なった場合、新制度が適用されます。適用以降にお払込みいただいた保険料は新制度分の証明となります。
5. 本証明書は、証明日時点のご契約内容にて作成しております。
6. 本証明書は生命保険料控除申告以外には使用できません。また、記載事項を訂正した場合は無効となります。

税制改正により平成24年から生命保険料控除制度が改正されました。裏面の「生命保険料控除に関する税制改正について」をご覧ください。

生命保険料控除に関する税制改正について

平成24年1月1日以降に生命保険会社と締結した保険契約から介護医療保険料控除が創設され、

「一般生命保険料控除」「介護医療保険料控除」「個人年金保険料控除」の3つの控除枠による制度に変更されました。

そのため、平成23年12月31日までに締結した保険契約と平成24年1月1日以降に締結した保険契約では、生命保険料控除の適用制度が異なりますのでご注意ください。

なお、生命保険料控除制度の詳細につきましては、

当社ホームページまたは生命保険協会のホームページをご参照ください。

〇〇生命ホームページ▶<http://www.oooo/>

生命保険協会ホームページ▶<http://www.seiho.or.jp/>

1. 新制度・旧制度の適用判定について

ご契約に適用される制度は、生命保険料控除証明書の「適用制度」をご確認ください。

適用制度	申請方法
新制度	新制度の生命保険料控除にて申告してください。
旧制度	旧制度の生命保険料控除にて申告してください。

(注) 下記の場合は新制度と旧制度の控除額を合算して申告することもできます。

- ・新制度と旧制度双方が適用されるご契約に加入されている場合
 - ・新制度が適用されるご契約と旧制度が適用されるご契約に複数加入されている場合
- この場合、各生命保険料控除枠の適用限度額は、所得税4万円、個人住民税2.8万円、全体の生命保険料控除枠の適用限度額は、所得税12万円、個人住民税7万円となります。

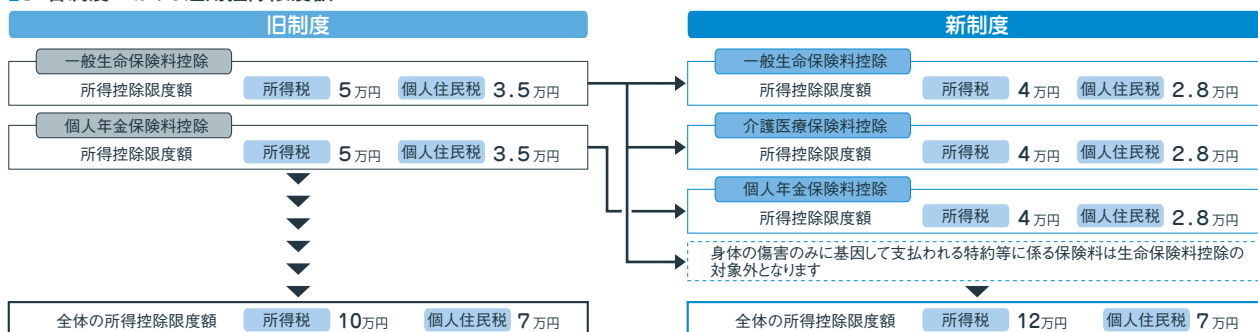
2. 新制度に関する留意事項

- (1) 「一般生命保険料」「介護医療保険料」「個人年金保険料」は、法律に基づいた当社所定の判定にて分類し、各生命保険料控除額を算出しております。
 - 「一般生命保険料」…生存又は死亡に基因して一定額の保険金、その他給付金を支払うことを約する部分に係る保険料
 - 「介護医療保険料」…入院・通院等にもなう給付部分に係る保険料
 - 「個人年金保険料」…個人年金保険料税制適格特約の付加された個人年金保険契約等に係る保険料

なお、上記3種類の区分に含まれない保険契約(例:身体の傷害のみに基因して保険金が支払われるもの)に係る保険料は生命保険料控除の対象外となっております。そのため、実際の保険料と生命保険料控除証明書に記載されている金額が異なる場合があります。

また、介護・医療保障と死亡保障等を兼ねた組込型の保険は、一定の条件を満たした場合に介護医療保険料控除の対象となります。
- (2) 配当金(相当額)はご契約に割り当てられる配当金等の金額を、「一般生命保険料」「介護医療保険料」「個人年金保険料」「生命保険料控除の対象外となっている保険料」の各保険料によって按分して算出しております。

3. 各制度における適用控除限度額



保険期間が満了する前に、自動更新について、契約者に送付して案内する書面です。一般的に自動更新をする場合は手続きは不要ですが、更新せずに終了する場合は配当金を受け取る手続きを行います(47ページ参照)。

定期保険自動更新のお知らせ

平成28年 2月 14日現在
〇〇生命保険

証券番号	0 0 0 0 0 0 0	更新年月日	平成28年 7月 1日
被保険者	文化 花子 様	更新後保険期間	10年
更新時被保険者年齢	50 歳	保険料払込方法	口座振替毎月払

自動更新をご希望の場合

自動更新する場合、お手続きは不要です。「■更新後のご契約内容」のとおり更新します。

現在のご契約内容	(保障額)
利差配当付定期保険	5,000,000円
総合医療特約	日額 5,000円
女性疾病入院特約	日額 5,000円

更新後のご契約内容	(保障額)
利差配当付定期保険	5,000,000円
総合医療特約	日額 5,000円
女性疾病入院特約	日額 5,000円

現在の保険料	
平成 28 年 6 月分まで	4,320円

更新後の保険料	
平成 28 年 7 月分から	6,010円

ご契約の満了をご希望の場合

❗ ご注意 以下に記入し、提出するとご契約が満了いたします。
自動更新をご希望される方は書類提出の必要はありません。

ご契約満了のお手続き方法

期限… 平成28年 5月 1日
までに下記「満了請求書」に記入し、
お手続き書類(※)とともに同封の
返信用封筒にてご返送ください。
※同封の「ご契約を満了する場合の
お手続き書類」をご確認ください。

満了支払金

満了時の配当金
等を含んでい
ない概算値です。

据置金	10,120円
積立配当金等	3,086円
差引支払額	13,206円

表示の満了支払金は、通知作成日現在のご契約内容にもとづき計算した概算値です。
期限日までに満了請求書をご返送いただいた場合、あらためて満了支払金をご案内
します。

〇〇生命保険 あて

満了請求書(契約を更新しない旨の通知書)兼 契約消滅にともなう解約返戻金請求書

ご契約を更新しない方のみご提出ください

請求者 文化 花子 様が内容を確認のうえ、太枠内にボールペンで記入してください。

記入日	年 月 日	証券番号	0 0 0 0 0 0 0	
請求者 自署欄	フリガナ	*** 押印不要 ***		
支払金の受取方法 ご希望の受取方法に○をつけてください。	①	右の口座で受け取る	〇〇銀行 〇〇支店(保険料振替口座) 口座番号 普通 0000000 口座名義人 ブンカ ハナコ 様	
	②	上記以外での受取を希望する	受取先口座を以下に記入してください。なお、請求者の名義以外の口座を指定される場合は、 請求者の印鑑証明書を提出のうえ請求書余白に実印を「押印」してください。	
	口座名義人 (カナ)	フリガナ		
	金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)	信用組合 銀行 農協 信用金庫 労働金庫	本店 支店 出張所	
	口座種類	普通・総合 当座	口座番号 (右づめ)	
ゆうちょ銀行	記 号	1 0	番 号 (右づめ)	1

- 平成28年6月30日までに、6月分までの保険料の入金がない場合、本請求書の提出をもって契約失効に
ともなう解約返戻金請求の意思表示がなされたものとみなして手続きをさせていただきます。
- 届出住所に変更がある場合は、裏面の「住所変更記入欄」にご記入ください。

特約の自動更新完了のお知らせ

000-0000

東京都 ○○区 ○○ 0-0-0

文化 千太 様

【保険証券番号】 0000000

【保険種類】 3年ごと利差配当付利率変動型積立終身保険

【ご契約日】 平成13年 7月 1日(15歳)

【特約更新日】 平成28年 7月 1日(30歳)

【ご契約状態】 保険料お払込継続中

【被保険者】 文化 千太 様

お客様のご担当

○○支社

03-0000-0000

平成28年 7月 1日に次のとおり特約を更新させていただきました

特 約 名 称	平成28年 7月 1日から			
	更新区分	特約保険期間	保険金・年金・給付金	特約保険料
●介護保障定期保険特約	更新	45歳まで	200万円	610円
●収入保障特約	更新	45歳まで	300万円	7,650円
●生存給付金付定期保険特約	更新	45歳まで	100万円	1,912円
●重度慢性疾患保障特約	更新	45歳まで	200万円	842円
●特定疾病保障特約	更新	45歳まで	200万円	954円
●定期保険特約	更新	45歳まで	300万円	816円
●傷害特約	更新	45歳まで	500万円	275円
●退院給付特約	更新	45歳まで	35,000円	840円
●入院特約120日型	更新	45歳まで	7,000円	1,743円
</				

特約保険期間は、表示の保険年齢となる年単位の応当日の前日までです(主契約の被保険者の保険年齢で表示しております)

※ご契約には特別条件が付加されております。特定部位不担保法(全期間)、特定障害状態不担保法、疾病による給付金削減支払法(全期間)が適用されている場合、●印の付いている特約は、更新直前の保険年度の条件と同一条件となります

保険料 <月掛(口座振替率)>	
平成28年 7月から	
毎回の保険料	15,046円
内 訳	特約保険料 15,642円
	主契約への積立額 取り崩し額 596円
	/主契約からの取り崩し額 ※高額割引制度が適用されております

※更新後の特約保険料には、特別保険料(割増保険料) 1,295円が含まれております

※特約保険料の変更により、毎回の保険料が自動的に変更されております

○○生命保険

手続き完了のお知らせ

！ 生命保険証券とともに大切に保管してください。

000-0000

東京都 ○○区 ○○ 0-0-0

文化 千太 様

平成28年 7月 3日

○○生命

000-0000

東京都 ○○区 ○○ 0-0-0

○○生命コールセンター

0120-000-000

証券番号 0000000

いつも格別のお引き立てを賜り、誠にありがとうございます。
さきにお申し出いただきましたお手続きが完了いたしましたので、「契約内容変更のお知らせ」を送付いたします。なお、本状をもちまして変更内容の生命保険証券への裏書きに代えさせていただきますので、あしからずご了承ください。
本状は生命保険証券とともに大切に保管いただきますようお願いいたします。
今後とも引き続きご愛顧を賜りますようお願い申し上げます。

【証券番号】 0000000

【被保険者】 文化 千太 様

【ご変更内容】

主契約 基本保険金額を 1,000,000円に減額
収入保障特約 基本年金額を 1,000,000円に減額
収入保障特約(保険料払込部分) 935,500円
収入保障特約のうち転換価格による部分 64,500円

！ ご不明な点がございましたら、下記連絡先までお問い合わせください。

○○生命コールセンター **0120-000-000**

契約内容のご説明【5/7ページ】

！ 生命保険証券とともに大切に保管してください。

毎回払込保険料の変動について

2032年 4月 30日まで	39,256円
2032年 5月 1日から18年間	94,998円

- *1 収入保障特約のうち、転換制度により新しいご契約に引き継がれた部分も自動更新され、主契約とあわせて保険料をお払い込みいただけます。
- *2 上記保険料は、保険契約者からのお申し出による契約内容の変更が行われなかった場合の保険料を現行の基準で計算したものであり、基準の変更があれば変わります。更新後の保険料は、更新日における被保険者の年齢、保険料率、保険金等に基づきあらためて計算いたします。

死亡保険金請求書【〇〇生命提出用】

〇〇生命保険 御中

証券番号 ○○○○○○○○

太枠内を請求者ご本人が記入してください。

(証明書(診断書)などの内容について病院等へ照会することがあります)

下記の個人情報取扱いに同意のうえ請求します。

代理人等が手続きをする場合、どちらかを選択し、代理人等がご記入ください。

請求者が未成年等の場合、法定の親権者・後見人が署名してください。

記入日	平成	年	月	日	等がご記入ください。				
請求者等 ご署名	☐ 成年後見人 ☐ 代理人				親権者・後見人・代理人のご署名				
	様				様				
	生年月日 大・昭・平 年 月 日				☐ ①親権者 ☐ ②未成年後見人 どちらかを 選択してください。				
お支払 明細書等 送付先	お支払明細書等の送付先を①または②のどちらかを選択し、ご記入ください。								
	☐ ① 当社への届け出住所				☐ ② 左記以外（下記に住所をご記入ください）				
	〒 - 				都 道 府 県 電話番号 () - () - ()				
日中の 連絡先	日中の連絡先電話番号をご記入ください。								
	☐ ① 同上				☐ ② 上記以外 () - () - ()				
送金 口座	☐ ①								
	①以外をご指定される場合は、②または③のどちらかを選択し、請求者ご本人の口座をご記入ください。								
	☐ ② 下記の銀行口座（ゆうちょ銀行口座以外） ↓ 銀行名・支店・種目・口座番号・口座名義を記入				☐ ③ 下記のゆうちょ銀行口座 ↓ 通帳記号・通帳番号・口座名義を記入				
	銀 行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農 協		店 出張所		☐ ① 総合・普通 ☐ ② 当座		通帳記号 通帳番号（右詰め）		
	口座番号（右詰め） 		口座 名義		フリガナ 漢字		口座 名義		フリガナ 漢字
請 求 内容等	死亡保険金を請求します。 【お受取プラン】次のいずれかに「チェック（✓）」をつけて、受取方法をご指定ください。								
	☐ 1. 全額一時金								
	☐ 2. 全額据置（送金口座欄の記入は不要）								
	☐ 3. 一部据置 ⇒ 【 万円】据置金額を30万円以上、万円単位でご指定ください。								
＊お受取額が30万円未満のとき、または受取人が相続人のときは据置（2または3）のお取扱いはできません。 ＊2および3の据置期間は10年となります。 ＊受取人が2名以上で、据置（2または3）を選ばれたときは各受取人が「死亡保険金請求書」をご提出ください。（代表選任届は不要）									
保険証券 紛失届	保険証券を紛失しました。 後日発見しても無効とします。 （右欄にレ印記入）				☐				
【個人情報の取扱いについて】当社は個人情報を以下の目的達成に必要な範囲で取り扱います。 保健医療など特に取扱いに注意を要する個人情報は、保険業法施行規則により利用目的が限定されており、保険業の適切な運営を確保するため業務上必要な範囲で取り扱います。 ・各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い ・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、ご契約の維持管理 ・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 ・その他保険に関連・付随する業務									

裏面あり

〇〇生命 行

障害診断書

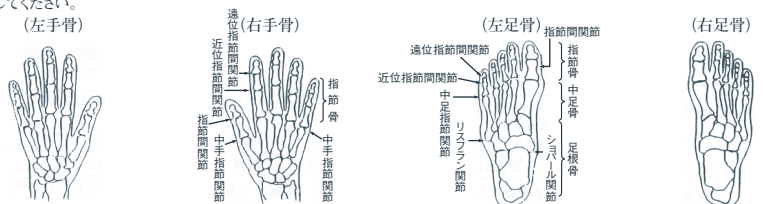
1. 氏名	カルテ番号		性別	男性 ☐ 女性 ☐	生年月日	(大正) (平成) (昭和)	年 月 日	
2. (ア)入院(手術)等の契機となった傷病名	(昭和) (平成)	傷病発生年月日(受傷・発病年月日)	(昭和) (平成)	年 月 日	ケガの場合			以下に該当する場合は2項(ア)欄に傷病名を記入ください。 ☐ 骨折 (病的骨折・軟骨骨折を含まない) ☐ 関節脱臼 (半月板損傷・断裂を含まない) ☐ 腱の断裂 (靱帯の断裂・損傷を含まない)
(イ)その原因	(昭和) (平成)	年 月 日						
(ウ)入院中に治療を行った合併症(入院加療の必要あり)	(昭和) (平成)	年 月 日						
3. その他治療中の傷病(入院加療の必要なし)	☐ 有 ☐ 無	(受療期間) 平成 年 月頃～平成 年 月頃	4. 既往症	☐ 有 ☐ 無	(受療期間) 平成 年 月頃～平成 年 月頃			
5. 悪性新生物の場合	今回以前に別の悪性新生物の既往がありますか? ☐ はい ☐ いいえ		「はい」の場合は、以下に病名と診断時期を記入ください。 病名 (昭和) (平成) 年 月頃					
病理組織診断	☐ 有	病理組織診断名		診断確定日		(昭和) (平成) 年 月 日		
	☐ 無	浸潤癌 ☐ 非浸潤癌・上皮内癌		大腸の場合、組織学的壁深達度 ☐ M ☐ SM以深		(p) TNM分類 T () N () M ()		
	「無」の場合、診断確定方法(「その他」の場合はその詳細を記入、複数選択可) ☐ 細胞診 ☐ CT・MRI ☐ 血管造影 ☐ その他 ()		本人への悪性病名告知		☐ 有 (昭和) (平成) 年 月 日	☐ 有 (昭和) (平成) 年 月 日		
6. 初診	(昭和) (平成)	年 月 日						
治療期間	入院期間	第1回目 平成 年 月 日	～平成 年 月 日	☐ 退院(転院含む) ☐ 死亡退院 ☐ 入院中 ☐ 転科				
2回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」を記入ください。(入院中の場合は「現在入院中」と付記ください。)								
7. 上記2項の傷病に関して実施した手術(持続ドレナージ・エタノール注入療法・腹膜灌流も含みます。)								
※医科診療報酬点数表において一連の治療過程に連続して施行し「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄に全ての手術日を記入ください。別表から選択し記入ください。								
手術	診療報酬点数区分	(K) (J)	手術名	☐ 左 ☐ 右 ☐ 両側	手術日	平成 年 月 日	手術種類	(ア～ソ) 手術内容 (①～④)
	備考	2回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等を記入ください。						
8. 先進医療	技術名	(施術日) 平成 年 月 日		10. 放射線治療および悪性新生物温熱療法	照射内容	部位	総線量	Gy ☐ Bq ☐
※厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所にて行われたものに限り。 (届出の有無を問いません。)								
9. 前医または紹介医	☐ 有 ☐ 無	医療機関名	(受療期間) 平成 年 月頃～平成 年 月頃	照射内容	区分	M	☐ 体外照射 ☐ 定位照射(含むIMRT) ☐ 温熱療法 ☐ その他 ()	期間
11. 以前からあった身体障害				☐ 有 ☐ 無	「有」の場合は部位と障害内容、いつ頃からなれたか記入ください。			
12. 今回の受傷(発病)から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、障害状態の詳細								
13. 以下の1～9のうち該当の障害に○印のうえ、該当する項目に記入ください。(複数選択可)								
1. 視力障害 2. 聴力障害 3. 言語機能の障害 4. そしゃく機能障害 5. 運動麻痺・欠損・短縮 6. 手指・足指の運動障害 7. 四肢関節の運動障害 8. 脊柱障害 9. 日常生活の要介護状態								
14. 視力障害	裸眼視力	矯正視力	左記視力障害の根拠となる他覚的所見について記入ください。					
	右眼… ()	()						
	左眼… ()	()						
15. 聴力障害	周波数	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	原因が上記2項以外に存在する場合は原因を記入ください。		
	右耳	() dB	() dB	() dB	() dB			
	左耳	() dB	() dB	() dB	() dB			
16. 言語機能の障害	程度	以下のA～D、a～dのうち該当する項目に○印を記入ください。		原因	a. こう頭摘出(1. 全部 2. 一部) b. 中枢性失語症 c. 構音障害(1. 口唇音 2. 歯舌音 3. 口蓋音 4. こう頭音) d. その他 ()			
		A. 言語機能喪失(音声言語による意思の疎通が全くできない) B. 言語機能の著しい障害(身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意思の疎通が困難である) C. 言語機能の障害(簡単な単語の発語により意思の疎通がかなり可能) D. その他 ()						

⇒裏面の疾病・治療の状態を記入ください。

① 障害のない項目は斜線で消してください。
② 点線の部分は必ず追記・訂正に加えて、必ず追記・訂正箇所を証明印による訂正印を押印してください。
③ 追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に必ず追記・訂正箇所を証明印による訂正印を押印してください。
④ 当社専用封筒に封入・封緘のうえ提出してください。

お願い

①障害のない項目は斜線で消してください。②点線の部分は、いずれかに○印を記入してください。③関節・脊柱の運動範囲については、自動および他動運動範囲を記入してください。④手指・足指の運動範囲については、自動運動範囲を記入してください。⑤追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記・訂正箇所に証明印による訂正印を押印してください。⑥当社専用封筒に封入・封緘のうえ提出ください。

17. そしゃく機能障害	そしゃく機能障害について、以下の項目（A～C）のうち該当するものに○印を記入ください。 A. 通常の飲食物が食べられる B. かゆ食またはこれに準ずる程度の飲食物であれば食べられる C. 流動食しか摂取できない																																					
18. 日常生活上の介護の要否	日常生活上の介護の要否について、以下の項目（A～C）のうち該当するものを（ア～オ）に○印を記入ください。 （また、その状態がいつから継続しているのか年月日を記入ください。）																																					
	[A. 食物の摂取] ア. 箸を使用して可能（年月日の記入は不要） イ. 食器・食物を選定すれば、自力で可能 ウ. 自力では困難 エ. 介助がなければ全く不可能 平成 年 月 日から	[B. 排便・排尿] ア. 通常便器で自力で可能（年月日の記入は不要） イ. 特別の器具を使用すれば、自力で可能 ウ. 特別の器具により自力で排せつできるが、あとまづは自力で不能 エ. おしめ・特別の器具を使用しており、自力では不能 平成 年 月 日から																																				
	[C. 衣服着脱・起居・歩行・入浴] ア. 通常の身のまわりの動作可能（年月日の記入は不要） イ. ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴がからうじて可能 ウ. ベッド上の起居・周辺歩行のみからうじて可能 エ. ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能 オ. 全くのねたり状態 平成 年 月 日から																																					
19. 運動麻痺・欠損・短縮	四肢、手指、足指の切断の場合は切断箇所にはっきりと線を入れてください。また、手指足指先端の切断の場合、爪の残存有無も記入ください。下肢短縮の場合は、その程度（cm）を記入ください。四肢の完全運動麻痺の場合は、その部分を斜線で示してください。 （左手骨） （右手骨） （左足骨） （右足骨）  存在する麻痺は完全麻痺ですか（該当する項目に○印を記入ください） → はい（完全麻痺） いいえ（不全麻痺等） cm																																					
20. 手指・足指の運動範囲を記入（自動運動範囲を記入）	<table border="1"> <thead> <tr> <th>右（手指）（足指）</th> <th>第1指</th> <th>第2指</th> <th>第3指</th> <th>第4指</th> <th>第5指</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>近位指節間関節</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> </tr> <tr> <td>中手・足指節間関節</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> </tr> <tr> <td>左（手指）（足指）</td> <td>第1指</td> <td>第2指</td> <td>第3指</td> <td>第4指</td> <td>第5指</td> </tr> <tr> <td>近位指節間関節</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> </tr> <tr> <td>中手・足指節間関節</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> <td>伸展度 屈曲度</td> </tr> </tbody> </table> 第1指においては、指節間関節の可動域を近位指節間関節の欄に記入ください。		右（手指）（足指）	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	近位指節間関節	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	中手・足指節間関節	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	左（手指）（足指）	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	近位指節間関節	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	中手・足指節間関節	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度
右（手指）（足指）	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指																																	
近位指節間関節	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度																																	
中手・足指節間関節	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度																																	
左（手指）（足指）	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指																																	
近位指節間関節	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度																																	
中手・足指節間関節	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度																																	
21. 四肢関節の運動障害	<table border="1"> <thead> <tr> <th>範囲</th> <th>伸展度～屈曲度</th> <th>内転度～外転度</th> <th>内旋度～外旋度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>部位</td> <td>自動運動範囲</td> <td>他動運動範囲</td> <td>自動運動範囲</td> </tr> <tr> <td>肩関節</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> </tr> <tr> <td>肘関節</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> </tr> <tr> <td>手関節</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> </tr> <tr> <td>股関節</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> </tr> <tr> <td>膝関節</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> </tr> <tr> <td>足関節</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> <td>右 伸展度 屈曲度</td> </tr> </tbody> </table> 自動運動範囲と他動運動範囲が同じ場合、「同左」と記入ください。		範囲	伸展度～屈曲度	内転度～外転度	内旋度～外旋度	部位	自動運動範囲	他動運動範囲	自動運動範囲	肩関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	肘関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	手関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	股関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	膝関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	足関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度				
範囲	伸展度～屈曲度	内転度～外転度	内旋度～外旋度																																			
部位	自動運動範囲	他動運動範囲	自動運動範囲																																			
肩関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度																																			
肘関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度																																			
手関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度																																			
股関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度																																			
膝関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度																																			
足関節	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度	右 伸展度 屈曲度																																			
22. 脊柱障害	<table border="1"> <thead> <tr> <th>A. 運動障害</th> <th>自動運動</th> <th>他動運動</th> <th>自動運動</th> <th>他動運動</th> <th>自動運動</th> <th>他動運動</th> <th>自動運動</th> <th>他動運動</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>頸椎</td> <td>前屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>後屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>右旋（0°～°）（0°～°）</td> <td>左旋（0°～°）（0°～°）</td> <td>前屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>後屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>右旋（0°～°）（0°～°）</td> <td>左旋（0°～°）（0°～°）</td> </tr> <tr> <td>腰椎</td> <td>右屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>左屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>右屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>左屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>右屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>左屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>右屈（0°～°）（0°～°）</td> <td>左屈（0°～°）（0°～°）</td> </tr> </tbody> </table> B. 変形障害 通常の衣服を着用しても外部からみて、明らかにわかる わからない		A. 運動障害	自動運動	他動運動	自動運動	他動運動	自動運動	他動運動	自動運動	他動運動	頸椎	前屈（0°～°）（0°～°）	後屈（0°～°）（0°～°）	右旋（0°～°）（0°～°）	左旋（0°～°）（0°～°）	前屈（0°～°）（0°～°）	後屈（0°～°）（0°～°）	右旋（0°～°）（0°～°）	左旋（0°～°）（0°～°）	腰椎	右屈（0°～°）（0°～°）	左屈（0°～°）（0°～°）	右屈（0°～°）（0°～°）	左屈（0°～°）（0°～°）	右屈（0°～°）（0°～°）	左屈（0°～°）（0°～°）	右屈（0°～°）（0°～°）	左屈（0°～°）（0°～°）									
A. 運動障害	自動運動	他動運動	自動運動	他動運動	自動運動	他動運動	自動運動	他動運動																														
頸椎	前屈（0°～°）（0°～°）	後屈（0°～°）（0°～°）	右旋（0°～°）（0°～°）	左旋（0°～°）（0°～°）	前屈（0°～°）（0°～°）	後屈（0°～°）（0°～°）	右旋（0°～°）（0°～°）	左旋（0°～°）（0°～°）																														
腰椎	右屈（0°～°）（0°～°）	左屈（0°～°）（0°～°）	右屈（0°～°）（0°～°）	左屈（0°～°）（0°～°）	右屈（0°～°）（0°～°）	左屈（0°～°）（0°～°）	右屈（0°～°）（0°～°）	左屈（0°～°）（0°～°）																														
23. その他の障害状態の有無（例：鼻の欠損・機能障害など）																																						
24. 障害状態の回復の可能性と、症状の固定についての意見（13項から23項）	現在の障害状態に回復の可能性がない場合、症状の固定時期を記入ください。 症状の固定時期 時間不詳 平成 年 月 日頃																																					
25. 意思能力	物事の意味を理解・判断し、それに基づいて意思表示を行うことができると思われますか？ ☐ できる ☐ できない ☐ 不明 上記のとおり診断します。平成 年 月 日 所在地 病院または診療所の名称 医師氏名																																					

必ず証明印を押印下さい。（原本の複写またはコピーについても押印ください。）

保険金・給付金請求書

〇〇生命保険 行

裏面の了解事項を確認・了解のうえ、下記契約の支払を請求します。

※請求人ご本人様が記入ください。

証券番号	0 0 0 0 0 0 0	被保険者	文 化 千 太 様
	※ 太 梓 は 代 表 証 券 番 号		※ 左記以外にも請求する契約がある場合、記入ください。 (医療保障保険「個人型」は除きます。)
請求内容	給 付 金 3 大 疾 病 保 険 金 身 体 障 害 保 険 金		
請 求 日 (記入日)	平成 年 月 日		<訂正時のお願い> 訂正箇所を二重線で抹消のうえ、訂正箇所付近に 訂正署名(フルネーム)を記入ください。 ○約款上の請求人は 文 化 千 太 様
傷病者名 (けが・病気を された方の氏名)	(フリガナ) ブ ン カ セ ン タ		
	文 化 千 太 様		
請 求 人 (自 署)	(フリガナ)		印鑑証明書を提出する 場合はその印を押印く ださい。
住 所 電話番号	請求人の住所を 右欄に記入ください。		〒 - (フリガナ)
日中連絡先	※携帯電話可 () —		

0 0 0 0 0 0 0 契約者 文 化 千 太 様

H 2 8 . 7 作 成

この請求書を必ず提出ください。

裏面も必ず確認ください。
(「受取口座」「了解事項」等)

代表証券番号 0 0 0 0 0 0 0

受取口座	金融機関またはゆうちょ銀行のいずれかの請求人本人口座を記入ください。 (法人からの請求の場合、口座名義人は法人を指定ください。)			(口座名義人(貯金者名)のフリガナ は金融機関またはゆうちょ銀行へ 登録のとおり記入ください。)																		
	金 融 機 関 名	(フリガナ)		銀行・農協 信用金庫 信用組合	ゆう ちょ 銀 行	総合口座の通帳記号・番号を記入ください。 <table><tr><td colspan="4">通 帳 記 号</td><td colspan="4">通 帳 番 号</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td></td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td>1</td></tr></table> ※通帳番号は右づめで残りの桁はゼロを記入ください。	通 帳 記 号				通 帳 番 号				1			0				1
		通 帳 記 号					通 帳 番 号															
	1			0				1														
	(フリガナ)		(支)店 出張所 営業部																			
	預 金 種 目	※いずれかにレ点チェック ☐ 普通(総合) ☐ 当座		口座 番号 ※右づめで記入ください。 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
口座 名 義 人		(フリガナ)																				
				貯 金 者 名																		

※支払時点での未払込保険料は、支払金額から差引くことがあります。なお、入れ違いに保険料を払込みの場合には、後日返金します。

了 解 事 項	※必ず確認ください	
	①〇〇生命の約款規定により、表面の請求内容の支払いを請求します。	
	②病名ががんである場合でも、傷病者への病名告知の有無にかかわらず、当請求書の請求内容に基づく保険金・給付金の支払いを請求します。	
	③保険料払込免除事由に該当する場合は、契約者から保険料払込免除の請求があったものとして取り扱います。	
	④〇〇生命が事実の確認を行う場合には、関係者(医療機関関係者を含む)等に対し、〇〇生命(または〇〇生命が指定する者を含む)が保険請求に関する説明(治療・検査等に関する説明を含む)を求めることに同意します。	
	⑤請求人が傷病者の診断書等を〇〇生命(または〇〇生命が指定する者を含む)に提出することに同意のうえ、請求します。	
	⑥上記④⑤について、傷病者と請求人が異なる場合は、傷病者(傷病者死亡の場合は傷病者の相続人を含む)も同意のうえ、請求します。	
	⑦傷病者への病名告知がなく傷病者と請求人が異なる場合は、下記2つの事項について同意のうえ、請求します。 - 被保険者(傷病者)から〇〇生命に上記保険契約の保険金・給付金等の支払状況等、当該保険契約について照会がなされた場合には、本人に告知されていない傷病名(がん等)も含めて、〇〇生命は事実に基づいて被保険者(傷病者)に回答せざるを得ないこと - 今回の請求に関するお支払明細書は、請求人の指定する住所に請求人あて「親展」で郵送されること	

入院・通院・手術・ 特定疾病証明書

被保険者が入院、手術などをした場合、給付金の受取人である被保険者や指定代理請求人が生命保険会社へ請求する際に添付する書面です(109ページ参照)。

〇〇生命保険 提出用

入院・通院・手術・特定疾病証明書 (診断書)

お願い 追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加え、必ず追記・訂正箇所に医師印を捺印願います。 原本の複写又はコピーの場合はそれぞれに捺印してください。	1. 氏 名		フリガナ		カルテ番号		性別	生年月日																									
	2. 傷病		ア. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病名を記入してください				傷病発生年月日(受傷年月日)を記入してください																										
	イ. アの原因		アの原因となった傷病名や事故を記入してください				医師推定 年 月 日																										
	ウ. ア、イ以外の傷病		ア、イ以外の、 入院加療の必要があった傷病 (合併症を含む)があれば記入してください																														
	エ. アの初診日		年 月 日	オ. 入院を患者に指示した日		年 月 日	カ. 手術を患者に指示した日																										
3. 入院		入院期間	第1回	年 月 日 ~ 年 月 日		☐ 退院 ☐ 入院中																											
			第2回	年 月 日 ~ 年 月 日		☐ 退院 ☐ 入院中																											
			第3回以降																														
4. 手術		第1回	手術日	年 月 日	手術部位	手術種類	手術内容	手術種類・左側に記載																									
			手術名を記入してください ※ドレナージ等の処置も記入してください		☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側	1~12から選択	1~5から選択	1. 開頭術 2. 穿頭術 3. 開胸術 4. 胸腔鏡 5. 開腹術 6. 腹腔鏡 7. ファイバースコープまたは血管バスケットカテーテル																									
		第2回	手術日	年 月 日	手術部位	手術種類	手術内容	8. 経皮的 9. 経尿道的 10. 経腔的 11. レーザー 12. その他																									
			手術名を記入してください ※ドレナージ等の処置も記入してください		☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側	1~12から選択	1~5から選択	筋骨関係手術の場合 1. 靱帯 2. 非靱帯 3. 及び																									
		第3回	手術日	年 月 日	手術部位	手術種類	手術内容	手術内容・左側に記載																									
			手術名を記入してください ※ドレナージ等の処置も記入してください		☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側	1~12から選択	1~5から選択	手指・足指の手術 MP関節を含めて中枢側に 4. 及び																									
			K・J (-)					植皮術または筋皮弁術の場合 5. 25cm ² 以上																									
5. 放射線・温熱療法		放射線または温熱療法の名称を記入してください		施行期間を記入してください		照射量																											
		M (-)		年 月 日 ~ 年 月 日		Gy																											
6. 先進医療		厚生労働大臣の定める先進医療による治療		実施日(期間)を記入してください		実施回数																											
		☐ あり ☐ なし		開始 年 月 日 ~ 終了 年 月 日		回																											
7. 経過		発症(受傷)から初診までの経過、初診時の主訴・所見および症状の経過						8. 前医・紹介医 ☐ あり ☐ なし																									
								医療機関・医師名																									
9. 悪性新生物・上皮内新生物(子宮頸部高度異形成含む)		病理組織学的検査	☐ あり ☐ なし	病理組織診断名を記入してください		診断確定日を記入してください		該当する悪性新生物の種類があれば選択(○)してください																									
				年 月 日		(p)TNM分類を記入してください		上皮内癌 乳癌の場合 非浸潤癌 それ以外																									
		上記以外の検査	☐ 細胞学的検査 ☐ 内視鏡検査 ☐ CT・MRI ☐ その他	検査日を記入してください		検査結果を記入してください																											
		現時点での抗癌剤使用	☐ あり ☐ なし	本人あて悪性告知	☐ あり ☐ なし	家族あて悪性告知	☐ あり ☐ なし	()に告げた																									
10. 急性心筋梗塞		急性心筋梗塞の初診日からその日を含めて60日以上、軽労働・座業はできるが、それ以上の活動では制限を必要としていましたか						☐ はい ☐ いいえ																									
11. 脳卒中		脳卒中の初診日からその日を含めて60日以上、言語障害・運動失調・麻痺等の他覚的な神経学的後遺症が継続していましたか						☐ はい ☐ いいえ																									
		具体的な後遺症の症状を記入してください																															
12. 通院		通院年月	上項2. ア. イ. の傷病名に関わる、退院後の通院治療日(往診日を含む)を○で囲んでください																														
		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
		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
		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
		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
13. 請求意思能力		保険金・給付金を請求し、受け取る行為の意味を理解できますか						☐ 理解できる ☐ 理解できない ☐ 不明																									
上記のとおり証明(診断)します。		平成 年 月 日																															
病院または診療所 所在地 名称		医師氏名																															

介護保障用診断書

〇〇生命保険 行

1. 氏 名		カルテ番号		性別	男性	女性	生年月日	(大正) (昭和) (平成)	年	月	日
2. (ア)入院(手術)等の契機となった傷病名		(昭和) (平成)		傷病発生前年月日(受傷・発病年月日)		ケガの場合 以下に該当する場合は2項(ア)欄に傷病名を記入ください。					
(イ)その原因		(昭和) (平成)		年 月 日		☐ 骨折 (病的骨折・軟骨骨折を含まない) ☐ 関節脱臼 (半月板損傷・断裂を含まない) ☐ 腱の断裂 (靭帯の断裂・損傷を含まない)					
(ウ)入院中に治療を行った合併症(入院加療の必要あり)		(昭和) (平成)		年 月 日							
3. その他治療中の傷病(入院加療の必要なし)		☐ 有 ☐ 無		(受療期間) 平成 年 月頃 ~ 平成 年 月頃		4. 既往症 ☐ 有 ☐ 無 (受療期間) 平成 年 月頃 ~ 平成 年 月頃					
5. 悪性新生物の場合		今回以前に別の悪性新生物の既往がありますか? ☐ はい ☐ いいえ		「はい」の場合は、以下に病名と診断時期を記入ください。		病名 (昭和) (平成) 年 月頃					
今回の悪性新生物の区分		☐ 原発 ☐ 再発 ☐ 転移									
病理組織診断	☐ 有 ☐ 無	病理組織診断名				診断確定日		(昭和) (平成) 年 月 日			
		☐ 浸潤癌 ☐ 非浸潤癌・上皮内癌				大腸の場合、組織学的壁深達度		(p)TNM分類			
		☐ M ☐ SM以深				T () N () M ()					
		「無」の場合、診断確定方法(「その他」の場合はその詳細を記入、複数選択可)				本人への悪性病名告知		☐ 有 (昭和) (平成) 年 月 日 ☐ 無 (昭和) (平成) 年 月 日			
6. 初診		(昭和) (平成) 年 月 日									
治療期間		入院期間		第1回目 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		☐ 退院(転院含む) ☐ 死亡退院 ☐ 入院中 ☐ 転科					
				第2回目 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		☐ 退院(転院含む) ☐ 死亡退院 ☐ 入院中 ☐ 転科					
				3回目以降の入院があれば、「入院日」「退院日」を記入ください。(入院中の場合は「現在入院中」と付記ください。)							
7. 上記2項の傷病に関して実施した手術(持続ドレナージ・エタノール注入療法・腹膜灌流も含みます。) 別表から選択し記入ください。											
※医科診療報酬点数表において一連の治療過程に連続して施行し「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄に全ての手術日を記入ください。											
手術	診療報酬点数区分	()	手術名	()	手術日	平成 年 月 日	手術種類	(ア~ソ)	手術内容	(①~⑭)	
	備考	2回目以降の手術があれば診療報酬点数区分・手術名・手術日・手術種類・手術内容等を記入ください。									
8. 先進医療 技術名		(施術日) 平成 年 月 日		10. 放射線治療および悪性新生物温熱療法		照射内容		部位 総線量 Gy Bq			
9. 前医または紹介医 ☐ 有 ☐ 無		医療機関名 (受療機関) 平成 年 月頃 ~ 平成 年 月頃		区分 M -		☐ 体外照射 ☐ 定位照射(含むIMRT) ☐ 温熱療法 ☐ その他()		期間 開始 平成 年 月 日 ~ 終了 平成 年 月 日			
11. 以前からあった身体障害 ☐ 有 ☐ 無		「有」の場合は部位と障害内容、いつ頃からなされたか記入ください。									
12. 受傷(発病)から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、要介護状態の詳細											
13. 公的介護要介護認定歴		A. 現在の要介護認定内容 平成 年 月 要介護 級 要介護理由 () B. 現在の要介護認定が初めての要介護認定ですか。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 詳細不明 C. 上記Bで「いいえ」の場合、いつから要介護認定を受けておられますか。 平成 年 月より 要介護 級 要介護理由 ()									

⇒裏面の疾病・治療の状態を記入ください。

〇〇生命保険

お願い
①障害のない項目は斜線で消してください。②点線の部分はいずれかを○印で囲んでください。③追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記・訂正箇所に証明印による訂正印を押印してください。④当社専用封筒に封入・封緘のうえご提出ください。

14. 日常生活の介護の要否について、下記項目（A～E）につき、それぞれ該当するもの（ア～エ）に○印をつけてください。
また、それぞれの日常生活動作の制限がいつから続いているかも記入ください。

A. ベッド周辺の歩行

- ア. 自分でできる（年月日の記入は不要）
イ. 杖・器具などを使用すれば、自分でできる
ウ. 杖・器具などを使用しても、介助がなければ困難
エ. 介助がなければ自分では全くできない

現在の要介護状態はいつから続いていますか
平成 年 月 日から

B. 衣服の着脱

- ア. 自分でできる（年月日の記入は不要）
イ. 衣服を工夫すれば、自分でできる
ウ. 衣服を工夫しても、介助がなければ困難
エ. 介助がなければ自分では全くできない

現在の要介護状態はいつから続いていますか
平成 年 月 日から

C. 入浴

- ア. 自分でできる（年月日の記入は不要）
イ. 浴槽などを工夫すれば、自分でできる
ウ. 浴槽などを工夫しても、介助がなければ困難
エ. 介助がなければ自分では全くできない

現在の要介護状態はいつから続いていますか
平成 年 月 日から

D. 食物の摂取

- ア. 自分でできる（年月日の記入は不要）
イ. 食器・食物などを工夫すれば、自分でできる
ウ. 食器・食物などを工夫しても、介助がなければ困難
エ. 介助がなければ自分では全くできない

現在の要介護状態はいつから続いていますか
平成 年 月 日から

E. 排便・排尿後の拭取り始末

- ア. 自分でできる（年月日の記入は不要）
イ. 特別の器具を使用すれば、自分でできる
ウ. 特別の器具を使用しても、介助がなければ困難
エ. 介助がなければ自分では全くできない

現在の要介護状態はいつから続いていますか
平成 年 月 日から

F. その他

上記A～Eの各項目およびその他日常生活で介助や監視が必要である場合、その内容・程度・時期（いつから続いているか）について記入ください。

15. 器質性認知症に関して、該当する項目に○印をしてください。

A. 器質性認知症の診断の有無

あり

なし

B. Aで「あり」の場合、その診断内容

ア. 器質性認知症の種類

アルツハイマー型

血管性認知症型

混合型

その他

その他を選択した場合

イ. CT・MRIの所見

C. 見当識障害の有無

あり

なし

D. Cで「あり」の場合、その種類

時間の見当識障害

場所の見当識障害

人物の見当識障害

E. 器質性認知症・見当識障害はいつから続いていますか。

平成 年 月 日から

F. 器質性認知症・見当識障害と診断された日を記入ください。

平成 年 月 日

16. 障害状態の回復の可能性と、症状の固定についての意見（13項～15項）

現在の障害状態に回復の可能性がない場合、症状の固定時期を記入ください。

症状の固定時期

時期不詳

平成 年 月 日頃

17. 意思能力

物事の意味を理解・判断し、それに基づいて意思表示を行うことができないと思われる場合は、右にチェックしてください。

☐ できない

上記のとおり診断します

所在地

平成 年 月 日

病院または 電話番号

診療所の 名称

科 名

医師氏名

印

必ず証明印を押印ください。（原本の複写またはコピーについても押印ください。）

お願い

①点線の部分は必ず○印で囲んでください。②追記・訂正の場合、医師による追記・訂正に加えて、必ず追記・訂正箇所を証明印による訂正印を押印してください。③当社専用封筒に封入・封緘のうえ提出ください。

支払日 平成 28 年 7 月 25 日

000-0000

東京都〇〇区〇〇0-0-0

文化 千太 様

〇〇生命保険

お 支 払 明 細 書

文化 千太 様

証券番号 0 0 0 0 0 0 0

いつも格別のお引立てをいただき厚くお礼申しあげます。
このたびご提出いただきました請求書類により下記のとおりお支払いいたします。
なお、ご指定の口座への着金予定日は、「平成28年7月25日」となります。ただし、場合によっては遅れることもございます。
予めご了承くださいますようお願いいたします。

支払内容	摘 要
災害入院給付金 200,000円	お支払日数 20日
手術給付金 400,000円	お支払給付倍率40倍（手術日 平成28年 5月 2日）
障害給付金 500,000円	お支払障害割合 10%
合計給付金額 1,100,000円	
清算金額	
合計清算金額 0円	
差引支払金額 1,100,000円	

＜お支払口座＞ 個人情報保護のため番号の一部を*で表示しております。
金融機関名 支店名 種目 口座番号 口座名義人
〇〇ギンコウ 〇〇シテン 普通（総合） 0000*** ブンカセンタ 様

ご請求いただいた傷病者様へのお支払累計（今回のお支払分を含みます）

災害入院支払日数	20 日分	障害支払割合	10 %	特定損傷支払回数	0 回分
疾病入院支払日数	0 日分	成人病入院支払日数	0 日分	女性入院支払日数	0 日分
通院支払日数	0 日分	長期入院支払日数	0 日分	短期入院支払日数	0 日分

所得税の医療費控除を申告される際には、お支払いされた医療費からお受け取りいただいた入院給付金等の金額を差し引くことが必要な場合があります。詳しくは所轄の税務署等にご確認ください。