

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)	157
意向確認書(銀行窓販用)	158
生命保険契約申込書	159
注意喚起情報(一般用)	161
注意喚起情報(銀行窓販用)	167
転換比較表	170
告知書	174
生命保険証券	177
特別条件承諾書	179
特別条件付契約のしおり	180
ご契約内容のお知らせ	182
指定代理請求特約付加請求書	184
保険料未入金時の通知	185
保険料自動振替貸付適用時の通知	187
失効契約に対する通知	190
復活請求書	191
解約請求書	192
契約者貸付請求書	193
生命保険料控除証明書	194
契約更新の確認通知	195
更新完了通知	196
契約内容変更完了通知	198
死亡保険金請求書	200
高度障害診断書	201
給付金請求書	203
入院・手術・特定疾病証明書	204
介護・認知症保障用診断書	205
支払完了通知	207
満期保険金支払明細書	208
年金支払明細書	209

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 太郎 様

(被保険者 文化 太郎 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・介護や認知症の保障 ☒ 就労不能状態や要介護状態になった場合に備えたい ☒ 認知症になった場合に備えたい
死亡の場合の保障 ☒ 死亡した場合に備えたい
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
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

資産形成や計画的な貯蓄など ☒ 積立金を持つ資産形成機能がほしい ☐ 終身保険を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
健康増進活動 ☒ 健康増進活動の取組内容に応じて保険料変動や特典を受けることができる仕組みがほしい

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。
- 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、特約部分には解約返戻金がないことをご了承いただいていますか。
- ③ 保険期間は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。
- 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。また契約概要等で加入条件をご了承されましたか。
- 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けましたか。
- ⑥ 転換制度利用前後で保障内容が変更されていることや、予定利率が低下していること(低下すると通常保険料が高くなること)、制度ご利用時点の年齢および保険料率に基づいて計算した保険料を適用することなどをご了承いただいていますか。加えて、追加契約等、他の見直し方法を了知の上、意向に沿った提案内容となっていますか。
- ⑦ 入院給付金のお支払要件が変更となること、お支払対象ではなくなる手術があることおよびお支払金額が下がる場合があることを「設計書(契約概要)」をご確認のうえご了承いただいていますか。

①	はい	いいえ
②	はい	いいえ
③	はい	いいえ
④	はい	いいえ
⑤	はい	いいえ
⑥	はい	いいえ
⑦	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	令和	年	月	日
フリガナ				
保険契約者(自署)				

〇〇生命保険 御中

意向確認書

外貨建終身保険

【5年ごと利差配当付利率変動型一時払特別終身保険(指定通貨建)】

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、またお客様の知識、経験、財産の状況に適合した内容となっているかを、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ご要望やご意向【取扱者記入欄】

- 一生涯の死亡保障を確保すること
 - 指定通貨に応じて設定される予定利率(※)にもとづき外貨で資産を運用し、将来に向けた資産形成を行うこと
- ※予定利率は、予定利率計算基準日に更改されます

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、お客様のご意向等を確認のうえ当商品をご提案いたしました。
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」について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】

以下の質問項目に「レ点」等でご回答いただき、確認日のご記入とご署名をお願いします。

はい いいえ
☒ ☐
[例]

1	この商品は〇〇生命を引受会社とする生命保険であり、預金とは異なることをご理解いただいていますか。	はい ☐	いいえ ☐
2	保障内容(お支払事由、金額)、通貨の種類、保険料(払込方法・金額)、保険期間はおお客様のご意向に沿った内容となっていますか。	はい ☐	いいえ ☐
3	お客様の投資経験(投資性商品の購入経験)をお聞かせください。＜複数回答可＞ ☐ 購入経験なし ☐ 投資信託 ☐ 株式 ☐ 公社債 ☐ 変額年金 ☐ 外貨建商品 ☐ その他()		
4	一時払保険料に充当する原資をお聞かせください。＜複数回答可＞ ☐ 預貯金 ☐ 投資信託 ☐ 株式 ☐ 公社債 ☐ 外貨預金 ☐ 外貨建保険 ☐ 個人年金保険 ☐ その他()		
5	一時払保険料に充当する資金は借入金でなく自己資金であること、資産・収入等に対して過大な金額でないことをご確認いただいていますか。 安全性の高い金融資産の満期金や解約返戻金から資金を充当する場合は特にご注意ください。	はい ☐	いいえ ☐
6	以下の諸費用・予定利率についてご理解いただいていますか。 ・保険契約の締結、維持・管理等に必要な費用を控除するため、一時払保険料や積立金が予定利率でそのまま複利運用されるものではありません。	はい ☐	いいえ ☐
7	以下の点についてご理解いただいていますか。 ①市場金利情勢に応じた運用資産の価値の変動を解約返戻金額に反映させる「市場価格調整」を行なうため、解約返戻金額が基本保険金額を下回り損失が生じる可能性があります。 ②死亡保険金(給付金)や解約・減額時の返戻金を円貨で受け取る場合には為替相場変動の影響を受けるため、ご契約時の為替レートにより円換算した一時払保険料を下回り損失が生じる可能性があります。	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。

確認日	令和		年		月		日	
保険契約者 自署	様				後見人 自署(※)	様		

※保険契約者が成年後見制度の対象の場合は、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「後見人自署」欄にご署名ください)。

生命保険契約申込書

〇〇生命保険 御中

保険契約者は、貴社の定款※・普通保険約款および特約条項を了解し、普通保険約款および特約条項が契約内容となることを了承のうえ、被保険者の同意を得て保険契約を申し込みます。この申込みにあたり、契約内容登録制度および契約内容照会制度に基づく個人情報情報の取扱い、支払査定時照会制度、個人情報情報の留意事項のそれぞれについて、被保険者とともに了解しました。また、被保険者の同意がない場合、この保険契約の効力は生じないこと／この保険契約は、貴社が保険証券または所定の通知書を発行した時に成立すること／この申込みは申込後に保険契約者が死亡し、意思能力を有しない常況にあるものとなり、または行為能力の制限を受けた場合においても効力を有することのそれぞれについて、了解し、同意しました。 ※無配当タイプの保険は定款がありません。

- ・申込日は、当会社の生命保険募集人(代理店を含みます)に生命保険契約申込書をご提出いただく日をご記入ください
- ・生命保険契約申込書は、申込書作成日から20日以内にご提出ください
- ・ご提出いただいた生命保険契約申込書等は、保険契約の成立・不成立にかかわらずご返却いたしませんので、ご了承ください
- ・お申込みの内容や告知された内容のご確認に当会社の職員または当会社の委託した者がお伺いする場合がありますのでご了承ください
- ・油性の黒ボールペンにて楷書でご記入ください

申込日 令和 年 月 日		申込書作成日 令和 3年 6月25日	
保険契約者・被保険者	勤務先名(職業名)		
	お仕事の具体的な内容		
	税込年収		
	☐ 0. 収入なし 1. 300万円以下 ☐ 2. 301～500万円 3. 501～700万円 ☐ 4. 701～1,000万円 5. 1,001万円以上		
保険契約者・被保険者			
本人情報			
プンカ タロウ 文化 太郎			
☐ 自署			
様			
生年月日 昭和62年 6月 9日 34歳 性別 男性 配偶者 有			
住所 〒0000-0000 電話番号 0000-0000 携帯電話番号			
東京都00区00町00-00			

受取人等	死亡保険金受取人(氏名・フリガナ)		生年月日・性別	受取割合(%)	被保険者との続柄
	プンカ ハナコ 文化 花子		昭和62年 1月 1日 女性	100%	配偶者
	住所 〒0000-0000 電話番号 0000-0000 携帯電話番号				
	東京都00区00町00-00				
指定代理請求人					
文化 花子 様					
被保険者との続柄					
配偶者					

親権者同意・後見人	保険契約者または被保険者の親権者(後見人)として、親権者(後見人)全員が同意のうえ、その代表者として申込みに同意します。		ご印鑑 (法人後見人の場合のみ)
	☐ 親権者・後見人自署	☐ 続柄	☐
様 ()			
口座振替	保険証券番号		
	既契約保険料振替口座の利用同意申込みをご希望で、裏面の保険料振替口座以外の口座をご指定される場合は、左欄に該当契約の保険証券番号をご記入ください。		

特定保険国契約申告	米国民(米国籍)または米国居住者(永住権所有者および直近3年間に183日以上米国に滞在する者)に該当しないことを申告します。
☐	米国民または米国居住者に該当する場合は、こちらに○をしてください。 (別途ご提出いただく書類があります)

申込内容

保険種類： 5年ごと利差配当付組立型終身保険

				予約契約日 令和 3年 7月 1日	
付加する特約	保険期間	保険金・年金・給付金	保険料	払込期間	特約 特約保障期間と同じ
定期保険特約	10年間	3,000万円	7,530円		
介護終身年金特約	10年間	360万円	6,228円	保険料	
がん保障特約*	10年間	500万円	1,545円		
がん・上皮内新生物保障特約*	10年間	100万円	272円		合計保険料 19,692円
傷害特約*	10年間	1,000万円	360円		毎回の保険料 19,692円
入院特約*	10年間	10,000円	2,090円		第1回保険料 19,692円
手術保障特約(2021)*	10年間	50,000円	274円		保険料払込の回数 月払
通院治療保障特約(2021)	10年間	付加あり	700円		保険料払込の経路 口座振替
先進医療保障特約*	10年間	付加あり	43円		第1回保険料払込の経路
特定損傷給付特約*	10年間	10万円	650円		口座振替
保険料払込免除特約**		付加なし			
リビング・ニーズ特約**		付加あり		配当	配当金支払方法
重度がん保険金前払特約**		付加あり			積立配当
更新特約**		付加あり		保険料振替口座	
備考欄	・「*」「**」の特約については配当金はありません。(**)以外の特約については、別に特別配当を支払うことがあります。 ・特約は更新し継続することができます。ただし、被保険者の年齢等によっては更新できない場合があります。 ・当会社が定める日までに保険契約が成立しない場合、第1回保険料を払込期月の振替日に指定口座から振替できないため、第1回保険料相当額の払込方法(経路)を「口座振替」から「領収」に変更が必要です。			ID／カード情報	
				契約通算	
				その他事項	

重要事項説明書(注意喚起情報)

1 責任開始期について

責任開始期(保障を開始する時)は、お客様が契約の申し込みと告知がともに完了した時点となり、かつ保険契約はお客さまからの申し込みを〇〇生命が承諾したときに成立します。

営業担当者などは、お客さまと〇〇生命の保険契約の媒介を行う者であり、保険契約締結権はありません。

なお、保険契約の成立にあたって、申し込み時に第1回目の保険料の払い込みが必要な場合があります。

- 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、契約の申し込みが完了した時点となります。

第1回目の保険料の払い込みについて

- 保険証券到着後に保険料が口座振替される場合
金融機関からの口座振替による払い込みを選択した場合、第1回目の保険料は一部の取扱を除き、契約が成立した後に指定された口座から振り替えられます。
- 申し込み時に保険料の入金が必要な場合
以下の場合にご契約の成立にあたって、申し込み時に第1回目の保険料の払い込みが必要となります。
 - ①給与天引き(団体扱)
 - ②送金による払い込み
 - ③口座振替のうち一部の取扱(一部前払、予納(一括払)、ボーナス払(継続一括払)、前納)

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、「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、重要事項説明書(注意喚起情報)を受け取った日または契約の申込日のいずれか遅い日から、その日を含めて〇〇日以内となります。

なお、当社では契約の申込日以前に重要事項説明書をお渡ししています。

- 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。
- 申し込み時に「ご契約のしおり 一約款」冊子の郵送を希望した場合、または契約者の満年齢が70歳以上の場合は「ご契約のしおり 一約款」冊子の受領日から、その日を含めて〇〇日以内がクーリング・オフ可能な期間となります。
- 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にお申し出ください。
- 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」のもくじを参照し、「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い込み免除のご請求時に、〇〇生命社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い込みがない場合、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・無効

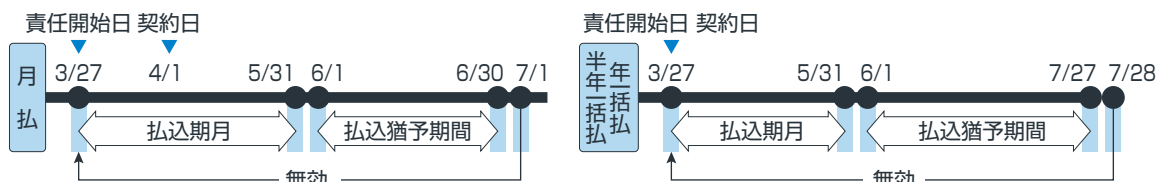
- 保険料は払込期月内に払い込むことが必要ですが、払い込みがない場合のために猶予期間を設けています。猶予期間内に第1回目の保険料の払い込みがなければ、**契約の効力は遡及してなくなります(無効)**。その場合、復活および立て替え(自動貸付)のお取り扱いはございません。(※1)
猶予期間内に第2回目以後の保険料の払い込みがなければ、**猶予期間の満了日の翌日から契約の効力はなくなります(失効)**。なお、猶予期間は保険料の払込方法により異なります。

(※1) 全部見直し制度、一部見直し制度、医療保障変更制度、家族内承継制度を利用のご契約については、猶予期間の満了日の翌日から契約の効力はなくなります(失効)。

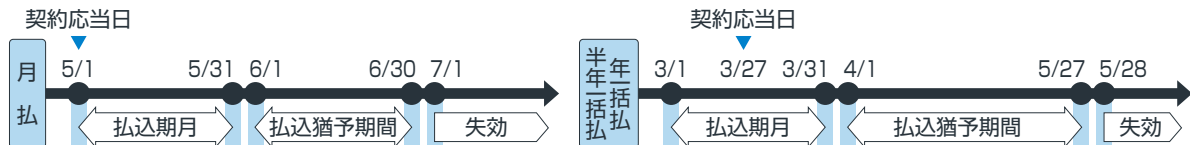
- ただし、猶予期間内に払い込みがない場合でも、**あらかじめお申し出がない限り**、解約返戻金の範囲内で**自動的に保険料を立て替えて(自動貸付)**、**契約を継続させます。その場合、所定の利率で利息がかかります。**(この利息は複利にて計算されます。)なお、商品によっては、立て替え(自動貸付)ができない商品もあります。

- 第1回の保険料をお払い込みいただくまで、保険料や契約の保障内容が変更となる手続きは原則取扱いません。したがって、確実に第1回目の保険料金額を確認のうえ猶予期間内にお払い込みください。

第1回目保険料の例



第2回目以降の保険料の例



契約の復活

- 失効日から3年以内であれば、所定のお手続きにて契約の復活の申し込みができます。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。
- 復活時の責任開始期は、**復活保険料の払い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(※2)となります。**これを「復活日」といいます。
(※2) 告知を不要とする場合は、復活保険料の払い込みを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」の目録を参照し、「払込期月・猶予期間とご契約の効力」「失効したご契約の復活」「払い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

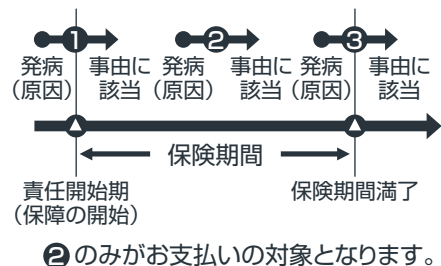
責任開始期前に病気やケガが発生していた場合など、
保険金などがお支払いできないことや
保険料の払い込みの免除ができないことがあります。

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・死亡給付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(子ども学資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

- 保険料の払い込みがなく、契約が**無効もしくは失効となっ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**があっ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、**保障見直し・解約・減額**のうえ、**新しい契約に加入されると、予定利率が変更となり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障設計書(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」「全部見直し制度などを利用して加入される場合」「現在のご契約の解約・減額を前提として新たなご契約の申し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

生命保険はお客さまのご都合によりいつでも解約ができますが、**預貯金と異なり、解約されると多くの場合、解約返戻金は保険料の累計額よりも少なくなります。**
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。

■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。別紙「今回お申込みいただく保障内容と保険料」の解約返戻金額表をご参照ください。

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、「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、
担当の営業職員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、「**ご契約のしおりー約款**・**「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。
(〇〇生命ホームページアドレス：<https://www.〇〇.co.jp>)
- 「指定代理請求特約」を付加している場合の取扱と留意事項
 - ・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」の目録を参照し、「保険金などの請求方法」「住所などの変更」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、〇〇生命へご連絡ください。

【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:<https://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。

注意喚起情報

- この「注意喚起情報」には、ご契約のお申し込みの際に特にご注意いただきたい事項を記載しています。
- 特に、保険金等をお支払いできない場合等、お客さまにとって不利益な情報が記載された部分については、あらかじめご了解のうえ、お申し込みいただきますようお願いいたします。
- この「注意喚起情報」のほか、ご契約の内容に関する事項は、「ご契約のしおり 定款・約款」に記載しておりますのでご確認ください。



この商品にかかるリスク(損失が生じるおそれ)について

この商品は、「為替リスク」および「金利変動リスク」があります。これらのリスクは契約者または受取人が負います。

■為替リスク

- ご契約後の為替レートの変動により、死亡保険金・定期支払金・生存給付金や解約返戻金等をお支払いする際の為替レートで円換算した金額は、ご契約時の為替レートで円換算した死亡保険金・定期支払金・生存給付金や解約返戻金等を下回るおそれがあります。
- さらに、ご契約時の為替レートで円換算した一時払保険料(円入金特約を付加し、円で払い込まれた場合は、円で入金した金額)を下回り、損失が生じるおそれもあります。

■金利変動リスク(市場価格調整)

- 解約・減額する場合の解約返戻金額の算出にあたり、市場金利の情勢に応じた運用資産の価値の変動を解約返戻金額に反映させる市場価格調整を行います。このため、保険契約の型(タイプ)に応じて所定の期間は、解約返戻金額が基本保険金額を下回り、損失が生じるおそれがあります。



お客さまにご負担いただく諸費用について

この商品ではお客さまには以下の「■保険特約にかかる費用」「■外貨のお取り扱いにかかる費用」の合計額を負担していただきます。

■保険特約にかかる費用

●契約初期費用

ご契約の締結にかかる費用であり、基本保険金額に対して以下の契約初期費用率を乗じた金額を契約時に控除します。

〇〇タイプ

第1保険期間	5年	7年	10年
契約初期費用率	00%	00%	00%

次ページへつづく

被保険者の 契約年齢	契約 初期費用率	被保険者の 契約年齢	契約 初期費用率	被保険者の 契約年齢	契約 初期費用率
0～65歳	00%	72歳	00%	79歳	00%
66歳	00%	73歳	00%	80歳	00%
67歳	00%	74歳	00%	81歳	00%
68歳	00%	75歳	00%	82歳	00%
69歳	00%	76歳	00%	83歳	00%
70歳	00%	77歳	00%	84歳	00%
71歳	00%	78歳	00%	85歳	00%

〇〇タイプ

基本保険金額に対して以下の契約初期費用率を乗じた金額を上限として、契約時に控除します。

※契約初期費用率は、予定利率、第1保険期間(生存給付金支払回数)によって異なりますのですべてを表示してはおりません。

第1保険期間(生存給付金支払回数)	4年(5回)	9年(10回)	14年(15回)	19年(20回)
契約初期費用率	00%(上限)	00%(上限)	00%(上限)	00%(上限)

●保険契約関係費用

ご契約の維持・管理および死亡保険金にかかる費用であり、積立金から毎年控除します。被保険者の契約年齢、性別およびご契約後の経過期間等により異なります。

保険契約にかかる費用は一時払保険料以外に別途お払い込みいただくものではありません。死亡保険金額・定期支払金額・生存給付金額や解約返戻金額等は、すでにこの費用が差し引かれた後の金額となります。

■外貨のお取り扱いにかかる費用

●お支払い込み時にかかる費用

- 円でお払い込みいただいた一時払保険料を指定通貨に換算する際に適用する円入金特約における為替レート(円→指定通貨)には、為替手数料(50銭／1指定通貨)があらかじめ含まれています。

円入金特約における為替レート	TTM+50銭	(2021年4月現在)
----------------	---------	-------------

※対顧客電信売相場仲値(TTM)は、〇〇生命の指定する金融機関が公示する値になります。

●お受け取り時にかかる費用

- 死亡保険金・定期支払金・生存給付金や解約返戻金等を円に換算する際に適用する円支払特約における為替レート(指定通貨→円)には、為替手数料(50銭／1指定通貨)があらかじめ含まれています。

円支払特約における為替レート	TTM-50銭	(2021年4月現在)
----------------	---------	-------------

※対顧客電信売相場仲値(TTM)は、〇〇生命の指定する金融機関が公示する値になります。

※〇〇生命所定の為替レートの算出式(TTM-50銭)は将来変更される場合があります。

- 一時払保険料を指定通貨でお払い込みいただく場合、および死亡保険金・定期支払金・生存給付金や解約返戻金を指定通貨でお受け取りいただく場合は、送金手数料または口座引出手数料等の手数料が別途必要となる場合があります(取引金融機関により異なります)。

ご提案書

ご契約者 文化 春子様

被保険者 文化 春子様

生年月日 昭和49年 4月 8日

契約年齢40歳 女性

現在のご契約

ご契約日：平成26年11月 1日

契約番号：

死亡時の総受取額

[4][5]の合計

*[4]は一時金の10%の金額

210万円

保障見直し制度の
ご利用後の
見直しの内容

期 間

保障内容

(終身にわたって死亡に備える保険) または (一定期間、死亡に備えながら資産形成ができる保険) または (計画的に将来必要な資金を準備できる保険)			
(一定期間、死亡に備えながら 生存給付金を受取る保険)			
(一定期間、死亡に備える保険)		●——	追加 →
3大疾病 または 死亡 (一時金の10%) 3大疾病 継続サポート 3大疾病保障保険[4] 5倍型 一時金 100万円 年金 (最大4回) 毎年 20万円 更新		●—— 変更	変更 →
3大疾病 または 死亡 3大疾病 3大疾病保障保険[5] 一時金 200万円 更新			
(死亡保障を抑え、特定重度疾病に 重点的に備える保険)			
(身体障がい状態と死亡に備える保険)			
(要介護状態と死亡に備える保険)		●——	追加 →
(死亡保障を抑え、認知症に 重点的に備える保険)		●——	追加 →
(不慮の事故による骨折・関節脱臼・ 腱の断裂の治療に備える保険)			
入院 手術 病気やケガ等で入院 総合医療保険[11]<62日型> 日額 10,000 円 更新		●—— 変更	変更 →
3大疾病 または 死亡 がんを直接の原因とする入院 がん医療保険[13] 日額 5,000 円 更新		●—— 変更	→
●.....●————●————●————● 40歳 現在 50歳 60歳 80歳 契約 47歳 更新 指定年齢 H26.11 R 3. 6 R 6.11 R16.10 R36.10			
・リビング・ニーズ特約が付加されています。			

現在お支払いいただいている合計保険料(現在47歳)

6,739 円

更新時の保険料[17][19](50歳)

9,415 円

現在の契約より、

6,614 円

上がります。

ご提案プランのお支払事由に関する制限事項やお取扱いできない事項、また記載数値算出時の前提事項等については、「ご検討に際してご留意いただきたい点」をご確認ください。
(当資料の「」付数字については、「ご検討に際してご留意いただきたい点」の該当箇所を示しております。)

保障見直し制度ご利用のプラン

死亡時の総受取額		640万円
[3][4][8][9]の合計		
* [4][9]は一時金の10%の金額		
(終身にわたって死亡に備える保険) または (一定期間、死亡に備えながら資産形成ができる保険) または (計画的に将来必要な資金を準備できる保険)		
(一定期間、死亡に備えながら生存給付金を受取る保険)		
死亡保障	死亡されたとき 定期保険[3]	一時金 200万円
3大疾病 または 死亡 (一時金の10%)	3大疾病 継続サポート 3大疾病保障保険[4] 10倍型	一時金 300万円 年金(最大4回) 毎年 30万円
(がん・急性心筋梗塞・脳卒中と死亡に備える保険)		
(死亡保障を抑え、特定重度疾病に重点的に備える保険)		
(身体障がい状態と死亡に備える保険)		
介護 または 死亡	要介護状態 介護保障保険[8]	一時金 400万円
認知症 または 死亡 (一時金の10%)	認知症 認知症保障保険[3]	一時金 100万円
(不慮の事故による骨折・関節脱臼・腱の断裂の治療に備える保険)		
入院手術	病気やケガ等で入院 総合医療保険[12] 先進医療給付あり	一時金 24万円
がんによる入院・手術	がんを直接の原因とする入院 がん医療保険[13]	日額 5,000円
47歳 契約 57歳 更新 67歳 80歳 指定年齢		

ご提案プランの合計実払込保険料(47歳～56歳)	
13,353円	
更新時の実払込保険料[17][19](57歳～66歳)	19,219円

重い病気や介護等の保障

3大疾病[4]

- 所定の3大疾病になられたとき
300万円[4]

一時金 300万円

一時金の支払事由が該当日の毎年の
該当日に生存されていたとき
(最大4回)
[4]×10%<10倍型>

年金年額 30万円

年金累計額 120万円

- がん(上皮内新生物)になられたとき
[4]×10%

一時金 30万円

特定重度疾病

- 所定の特定重度疾病(肝硬変・慢性
膵炎・慢性腎不全・糖尿病・高血圧
性網膜症・動脈疾患・臓器移植)に
なられたとき

一時金 * * * 万円

上記のいずれかに該当した場合、
各支払事由につきそれぞれ1回、
一時金をお支払いします。

認知症[9] ※40歳から加入可能

- 所定の認知症と診断確定されたとき

一時金 100万円

- 所定の軽度認知障がいと診断確定
されたとき [9]×10%

一時金 10万円

入院等の保障

- 所定の入院で入院日数が
1日、30日、60日、90日の
各日数に達したとき

各日数到達につき
24万円

- 所定の先進医療による療養を受け
られたとき[12]

先進医療にかかる
技術料と同額(通算2,000万円)

保険料払込免除特約未付加

リビング・ニーズ特約[14]付加

主な不担保期間について

- がん(悪性新生物および上皮内新生物
等)については責任開始日から90日
以内に診断確定された場合、保険金・
給付金をお支払いしません。[4][13]
- 認知症および軽度認知障がいについ
ては責任開始日から1年以内に診断
確定された場合、保険金をお支払いし
ません。[9]

※見直し後契約と保障内容が同一の見
直し前契約がある場合、見直し前契約
の保障の範囲内については保険金等
の支払対象となります。

「現在のご契約」
「ご提案プラン」の補足

- 保障額については、金
額を一部切捨てて表示
しているものもありま
す。

「現在のご契約」
のみの補足

- 一部の入院・手術等の
給付金等は、給付金の
支払限度に到達してい
る場合でも、金額を表
示しております。

生年月日 昭和49年 4月 8日 契約年齢40歳 女性

ご契約日：平成26年11月 1日 契約番号：

保険金・給付金額等		保険期間の型	保険期間	払込期間	保険料
100万円		更新型	50歳	50歳	1,556円
10万円					
年金年額 (最大4回) 20万円					
200万円		更新型	50歳	50歳	1,936円
200万円					
日額 10,000 円		更新型	50歳	50歳	2,900円
日額 5,000 円		更新型	50歳	50歳	347円

・保険契約[4]の追加契約日：平成28年 5月 1日

・毎年配当[20] ・リビング・ニーズ特約[14]が付加されています。

[4] [5] [11] [13] ... ○○ %

9,415 円

ご提案プランのお支払事由に関する制限事項やお取り扱いできない事項、また記載数値算出時の前提事項等については、「ご検討に際してご留意いただきたい点」を必ずご確認ください。
(当資料の[]付数字については、「ご検討に際してご留意いただきたい点」の該当箇所を示しております。)

保障見直し制度ご利用後のプラン

契約番号：				
保険金・給付金額等	保険期間の型	保険期間	払込期間	保険料① (実払込保険料)
200万円	更新型	57歳	57歳	(776円 769円)
300万円	更新型	57歳	57歳	(4,884円 4,811円)
30万円				
年金年額 (最大4回) 30万円				
400万円	更新型	57歳	57歳	(1,788円 1,771円)
400万円				
100万円	終身型	終身	80歳	(1,640円 1,614円)
10万円				
10万円				
各日数到達 につき 24万円	更新型	57歳	57歳	(3,681円 3,625円)
日額 5,000 円	全期型	80歳	80歳	(775円 763円)
・ 毎年配当[20] ・ リビング・ニーズ特約[14]が付加されている				

「ご提案プラン」のうち保険名称欄に記載の[]付数字に紐づく保険契約の保険料算出利用率(予定利率)は次のとおりです。
[3][4][8][12][13]…〇〇% [9]…〇〇%

ご提案プランの合計実払込保険料①～②(47歳～56歳)	
13,353 円	月払 口座振替扱 見直し価格の充当先 (更新型・全期型・終身型)
高度割引制度[19]の割引適用基準額	1,890万円
更新時の保険料[17][19](57歳～66歳)	19,219 円

ご提案プランの保険料等に関する補足

- 当ご提案プランは所得税として、毎年32,462円の一般生命保険料控除および毎年40,000円の介護医療保険料控除を受けることができます。また、住民税として、毎年26,462円の一般生命保険料控除および毎年28,000円の介護医療保険料控除を受けることができます。
- ※以下①～④に該当する場合、上記金額にならないことがあります。
- ①ご契約初年度②お払込みいただく保険料が変更となる場合
③他のご契約で保険料控除が適用されている場合④配当金が支払われた場合

＜保障見直し制度ご利用後の保険料について＞

- ご提案プランの保険料の一部に充当される見直し価格は26,597円です。

合計保険料①	－	見直し価格からの 充当保険料②	=	合計実払込保険料 (①－②)
13,544円		191円		13,353円

- ※当ご提案プランは、更新型の保険契約を1回だけ更新し、67歳時に満了したものとして作成しています。更新型の保険契約は、保険期間満了日の1カ月前までにお申し出がない限り、所定の範囲内で80歳まで自動的に更新されます。
- 見直し前契約の3大疾病保障保険、特定重度疾病保障保険、認知症保障保険、総合医療保険、入院総合保険またはがん医療保険の責任準備金に基づく見直し価格は、それらが見直し後契約となる場合に、それらの保険料の一部に充当されます。

被保険者が、過去の傷病歴、現在の健康状態、職業などについて、ありのままに記入する書面です。告知について事実を告げなかったり、事実と異なる告知をするなどの「告知義務違反」があった場合は、契約が解除または無効とされたり、保険金や給付金が受け取れなくなることがあります（70ページ参照）。

この書面による告知は、公平な生命保険の引受判断のための重要な事項ですので、必ず被保険者様ご自身が、事実をありのままに正確にもれなくお知らせください。

被保険者用告知書

〇〇生命保険 行

- 以下の事項はみずから記入したものであり事実と相違ありません。
- 「告知にあたり必ずご確認ください事項」および「個人情報取扱いについて」の記載事項を確認し、同意します。

告知日	令和 年 月 日	被保険者	性別	男 ☐ 女 ☐	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
-----	---	------	----	--	------	---

「いいえ」か「はい」の枠のなかに○をしてください
1から5が「はい」の場合は、右の詳細記入欄もご記入ください

1	現在までに、下記の病気と診断されたことがありますか ①悪性新生物(がん・肉腫・悪性リンパ腫・白血病を含みます)または上皮内新生物(上皮内がん) ②網膜色素変性(症)	いいえ ☐ はい ☐
2	過去5年以内に、下記に該当する項目がありますか ア ①病気やけがで継続して7日以上入院をした ②病気やけがで手術をうけた(内視鏡・カテーテル・レーザーによる手術や帝王切開を含みます) イ 【表1】の病気ですらでも医師の診察・検査・治療・投薬をうけた ウ 【表1】以外の病気やけがで、初診日から最終受診日までの期間が7日間以上にわたる医師の診察・検査・治療、あるいは通算で7日以上投薬を受けた	いいえ ☐ はい ☐
3	最近3カ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬をうけたことがありますか	いいえ ☐ はい ☐
4	ア 過去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 【表2】の「臓器」または「検査」の異常を指摘されたことがありますか(要再検査・要精密検査・要治療を含みます)	いいえ ☐ はい ☐
5	下記に該当する事項がありますか ①視力の障害(矯正して左右のいずれかの視力が0.3以下)がある ②聴力・言語・そしゃく機能の障害がある ③手・足・指・背骨(脊柱)・関節に欠損・変形・障害がある ④身体障害者手帳の交付をうけたことがある、または交付の申請中である ⑤公的介護保険制度の要介護・要支援の認定をうけたことがある、または申請中である ⑥認知症・軽度認知障がい(MCI)、またはそれらの疑いで医師の診察・検査をうけたことがある	いいえ ☐ はい ☐
6	(満16歳以上の女性の場合にご記入ください) 現在、妊娠していますか	いいえ ☐ はい ☐

7	体格	身長	cm	体重	Kg
---	----	----	---	----	---

小数点以下切り捨て

■ 病気やけがの名前および部位(不明の場合は症状・受診のきっかけ・検査名)	
部位	部位
■ 診察・検査・治療・投薬の期間	
初診 年 月	初診 年 月
最終受診 年 月	最終受診 年 月
うち 年 月 から	うち 年 月 から
投薬期間 年 月 まで	投薬期間 年 月 まで
■ 入院した期間	
年 月 から	年 月 から
年 月 まで () 日間	年 月 まで () 日間
1から3 ■ 手術の名前・時期	
名前 時期 年 月	名前 時期 年 月
■ 医療機関名	
■ 検査結果・治療内容・経過	
■ 現在の状態(該当するすべてに○をしてください)	
完治 (年 月)	完治 (年 月)
検査中・治療中・経過観察中	検査中・治療中・経過観察中
入院・手術をすすめられている	入院・手術をすすめられている
後遺症 ()	後遺症 ()

具体的な指摘事項		具体的な指摘事項	
健診時期	指摘内容	健診時期	指摘内容
年 月	要再検査 要精密検査 要治療	年 月	要再検査 要精密検査 要治療
指摘をうけての再検査・精密検査の結果		指摘をうけての再検査・精密検査の結果	
未受診 要治療 経過観察 異常なし		未受診 要治療 経過観察 異常なし	

■ ①から⑥の該当する項目の番号(該当するものすべてに○をしてください)	
①	②
③	④
⑤	⑥
■ 障害(欠損・変形を含む)の場合 発生時期、障害等の名前、部位、原因等	
年 月 発生 ()	
矯正視力 左 右	
■ 認知症等の場合 初診・検査受診時期、病名、検査結果、治療内容、経過等	
年 月 受診 ()	
■ 身体障害者手帳交付時期・障害程度等級	
年 月 交付 級	申請中
■ 要介護・要支援認定時期・区分状況	
年 月 認定 (要介護)・要支援	申請中

被保険者用告知書

〈告知書記入のご案内〉

- ・このたびは当社の生命保険にお申込みいただき、誠にありがとうございます。
- ・別紙告知書の告知欄へ記入後、告知書を切り取り線にそって切り離し、取扱者におわたしてください。
- ・1枚目および3枚目(告知書記入のご案内および告知書[被保険者様控え])は、告知についての重要な書類ですので、必ずお客さまご自身で大切に保管してください。

◎告知にあたり必ずご確認ください事項

各項目のチェック欄は、内容確認の際にお客さまご自身で活用ください。

告知は、公平な生命保険の引受判断のための重要な事項です。

契約にあたっては、当社が「告知書」でおたずねすることについて、事実をありのままに正確にもれなくお知らせ(告知)ください。



告知にあたり、生命保険募集人(代理店を含みます。以下同じ)が、傷病歴や健康状態などについて、事実でないことを告げるようすすめたり、事実を告知していただかないよう依頼や誘導をすることはありません。



生命保険募集人は告知受領権がなく、生命保険募集人に口頭でお話しされても告知していただいたことにはなりません。

傷病歴などがある場合でも、引き受けすることがあります。

告知の詳細や申込内容などにより、お断りすることや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などが必要となることがあります。

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場合、契約や特約を解除または取り消しとさせていただき、保険金など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。



当社に保険金などをご請求いただいた際や、他契約の申込の際にすでにお知らせ(告知)いただいた事実についても、今回おたずねすることについて、改めて告知してください。



当社の確認担当者または当社で委託した者が、契約の申込後または保険金などの請求および保険料の払込免除の請求に際し、保険契約者・被保険者・受取人に契約の申込内容または請求内容などについて確認させていただくことがあります。



※上記の各事項は「保障見直し」「特約変更」「転換」「現在の契約の解約・減額を前提とした新たな契約」「契約内容の変更」「復活」の場合でも同等です。

個人情報の取扱いについて

〈個人情報の利用目的〉

当社が取得いたしました個人情報を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き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
- ・ 子会社・関連会社・提携会社等を含む各種商品・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

なお、当社におけるお客さまに関する情報の取り扱いについては、ホームページ (<https://www.〇〇〇/>) をご覧ください。

お客さまの身体・健康状態に関する情報について

お客さまの身体・健康状態に関する情報は、特に保護を必要とする情報として厳重に管理いたします。また、取得いたしました情報は、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、および医事研究・統計の目的に限定して利用させていただきます。

なお、保健医療等の特徴(センシティブ)情報につきましては、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保、その他必要と認められる目的に利用目的が限定されております。

再保険にかかる取扱いについて

当社は、お引き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なうことがあります。

また、再保険会社における当該保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金等のお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ご契約者の個人情報のほか、被保険者の氏名、生年月日、保険金額等の保険契約の内容に関する情報等、再保険の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。

※ご提供いただいた告知書は、お申込みいただきました保険契約の成立・不成立等にかかわらず返却いたしませんのでご了解ください。

生命保険証券

当社は、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

社印

代表取締役社長

〇〇〇〇〇〇

印

印紙税申告納付につき〇〇
税務署承認済

表示欄

- ★本契約の解約返戻金額は、同封の「契約内容のご説明」に記載しています。
- ★保険契約の責任開始期の属する日(責任開始の日)は2021年 5月 7日です。

当欄の記載事項はございません

裏面もご覧ください

証券番号 00000000

作成日 2021年5月31日

5年ごと利差配当付組立型保険

保険契約者	文化 夏子 様		保険料	
			毎回払込保険料合計額(第1保険年度)	21,862円
被保険者	文化 夏子 様		◎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。	
	平成 2年 1月 1日生 女性 契約年齢31歳(満年齢方式)			
受取人等	特約死亡保険金受取人 文化 次郎 様			
	リビング・ニース保険金および がん長期サポート保険金受取人 被保険者 様			
	保険契約代理人 文化 次郎 様			
	被保険者代理人 文化 次郎 様			
	契約日(始期)		保険料払込期間	保険料払込回数
	2021年 6月 1日		特約ごとに設定	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	保険料クレジットカード払特約

特約欄

下記保険期間の欄に「自動更新」の記載がある特約には自動更新特約が付加されています。

特約名	保険金額・年金額・給付金額	保険期間	○〇歳までの記載は、その年齢となる年単位の契約応当日の前日までを示します
1 収入保障特約	基本年金額 180万円	34年間65歳まで	
2 収入保障特約(18)	基本年金額 120万円	34年間65歳まで	
3 認知症保障特約	基本保険金額 200万円	終身	
4 特定生活習慣病保障特約	特定生活習慣病保険金額 300万円	20年間51歳まで	80歳まで自動更新
5 災害割増特約	災害死亡保険金額 500万円	49年間80歳まで	
6 傷害特約 本人型	災害保険金額 500万円	49年間80歳まで	
7 傷害損傷特約(04) ◎	運動器損傷給付金額 50,000円	20年間51歳まで	80歳まで自動更新
8 総合医療特約 180日型	入院給付日額 10,000円	20年間51歳まで	80歳まで自動更新
9 入院保障充実特約(09)	入院保障充実給付金額 100,000円	20年間51歳まで	80歳まで自動更新
10 成人病入院特約(09) 180日型	成人病入院給付日額 5,000円	20年間51歳まで	80歳まで自動更新
11 女性疾病入院特約(09) 180日型	女性疾病入院給付日額 5,000円	20年間51歳まで	80歳まで自動更新
12 がん入院特約(09)	がん入院給付日額 5,000円	20年間51歳まで	80歳まで自動更新
13 がん診断保障特約	がん診断保険金額 100万円	20年間51歳まで	80歳まで自動更新

その他特約・その他契約内容欄

- 2055年 6月 1日を指定日とします。
(指定日における被保険者の年齢は65歳となります。)
- 特約欄に記載の特約(一時払いの特約を除きます)の保険料払込期間は各特約の保険期間と同一です。
- 特約欄に◎のある特約には「特約の解約返戻金に関する特約」が付加されています。
- リビング・ニース特約(「契約内容のご説明」もあわせてご覧ください。)

○配当金支払方法 積立

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。

承諾書

○○生命保險 行

●特別条件の承諾に際し、以下内容を確認のうえ、保険契約者が自署ください。

- 先に申込みました生命保険契約について、特別条件の内容、削減期間、不担保とされる身体部位（番号）および不担保期間等に関し、「特別条件付契約のしおり」および以下の内容を確認のうえ、特別条件をつけることを承諾します。
（特定部位不担保法が適用されている場合の不担保とされる身体部位（番号）は「特別条件付契約のしおり」に記載。）
- 「特別条件付契約のしおり」を受け取りました。

記入日 (和暦) 年 月 日

保険契約者	(自署)	被保険者	文化 花子 様
		保険契約者の親権者または後見人	(自署) 親権者または後見人全員が合意のうえ、代表者1名が自署ください。 続柄 [] 様

[illegible]

○責任開始前に生じた傷害や疾病を原因とする場合は、支払事由に該当しないため、保険金等はお支払いできません。
詳細は「ご契約のしおり－定款・約款」、 「特別条件付契約のしおり」をご確認ください。

○特定疾病保障保険について、削減期間中に所定の3大疾病になられ3大疾病保険金を削減してお支払いする場合、特定疾病年金についても、3大疾病保険金と同じ割合で削減してお支払いします。

○不担保期間が全期間の部位は更新後も不担保となります。

I 「特別条件」の種類と具体例

A. 追加保険料領収法

普通保険料の他に全保険期間分の追加保険料を1回でお支払いいただく方法です。追加保険料には積立部分を含みますので、追加保険料に対する解約払戻金があります。そのため、解約払戻金は特別条件適用前の金額と異なります。

追加保険料領収法は次の保険契約のみ適用されます。

○一時払終身保険 ○一時払養老保険

B. 保険金削減支払法

(追加)契約日から所定の保険金削減の期間内に被保険者が一定の支払事由に該当したときは、保険金額を削減して支払う方法です。

1. 削減対象となる支払事由

- ① 死亡
- ② 3大疾病保険金の支払事由
- ③ 上皮内新生物診断保険金の支払事由
- ④ 特定重度疾病保険金の支払事由
- ⑤ 身体障がい保険金の支払事由
- ⑥ 介護保険金の支払事由
- ⑦ 認知症診断保険金の支払事由
- ⑧ 軽度認知障がい診断保険金の支払事由
- ⑨ リビング・ニーズ特約の特別保険金の支払事由

所定の保険金削減期間内に被保険者が上記①から⑨の支払事由に該当した場合、保険金額に右表の削減支払割合を乗じた金額を支払います。なお、責任開始日から(追加)契約日までの期間は第1保険年度の削減支払割合を適用します。

※上記②から⑨の支払事由に該当し、保険金額を削減して支払いした場合、削減により支払われなかった金額が、以後の死亡または約款所定の状態になった場合に支払われることはありません。

※災害または約款所定の感染症により、死亡または身体障がい保険金、介護保険金、認知症診断保険金、軽度認知障がい診断保険金の支払事由に該当したとき、リビング・ニーズ特約の支払事由に該当したときは、保険金額、指定保険金額の削減はありません。

C. 特別保険料領収法

保険料払込満了までの全期間、普通保険料の他に特別保険料をお払込みいただく方法です。特別保険料に積立部分を含む場合には、特別保険料に対する解約払戻金があります。そのため、解約払戻金は特別条件適用前の金額と異なります。

※特定重度疾病保障保険、認知症保障保険、入院総合保険の特別保険料には解約払戻金はありません。

D. 特定部位不担保法

当社の指定した身体部位に生じた疾病（約款所定の感染症を除く）により、所定の支払事由に該当した場合には身体障がい保険金、入院給付金、外来手術給付金、先進医療給付金、がん入院給付金、がん手術給付金およびがん放射線治療給付金を支払わない方法です。この場合、当社の指定した身体部位を「不担保部位」、期間を「不担保期間」といいます。

※不担保期間には、全保険期間不担保とする場合と、一定期間のみ不担保とする場合があります。また、不担保期間は（追加）契約日から起算しますが、責任開始日と（追加）契約日が異なる場合、責任開始日から（追加）契約日までの期間も同様に不担保となります。

ご契約内容

現在のご契約内容をご確認ください。

保険名称	積立型終身保険(総合保障プラス)		
証券番号	00000000000	契約年月日	2020年 6月 1日
契約者	文化 三郎 様		
被保険者	文化 三郎 様 (1955年4月24日生)	登録家族	文化 秋子 様
死亡保険金受取人	文化 秋子 様		

●この契約は前の契約を活かした転換制度をご利用いただいた経緯があります。

ご契約内容
の仕組図

作成日現在の保障内容を記載しています。



保 険 料

月払 口座振替

お払込保険料

27,533 円

更新後保険料 2030年 6月 1日(75歳)

更新後保険料 45,220 円

特約部分の保険料

毎回の保険料 27,033 円

保険ファンドへの積立

毎回の積立 500 円

保険料払込免除

以下のいずれかの
状態に該当したとき
以後の保険料は
要りません!

就労不能状態

要介護状態

9つの
重度生活習慣病

ライフサイクルに合わせて
保障を見直すこともできます!

契約内容の概略を記載しています。詳細は「保険証券」「ご契約のしおり－約款・定款」等にてご確認ください。
本契約の「ご契約のしおり－約款・定款」は、Webでご覧いただけます。

保障内容の概要

作成日現在の保障内容を記載しています。

保障期間

就労不能・介護	以下のいずれかの状態に該当 就労不能状態 [精神障害の場合を除く] ・公的年金制度の障害年金1・2級に認定 ・当社所定の就労不能状態に該当 要介護状態 ・公的介護保険制度の要介護2以上に認定 ・当社所定の要介護状態が180日以上継続	年金年額 50万円 × 生存の限り最高10回 [固定型] (保証期間5年)	80歳まで (2035年 5月31日)
	所定の精神障害状態に該当 *1	就労不能・介護保障給付金 10万円 × 最高5回 当社所定の要介護状態に該当した場合は、30・60・90・120・150日、継続することに1回分お支払いします。	
		特別障害給付金(一時金) 50万円 × 3年分 (1回のみ)	
死亡	死亡 (高度障害状態に該当した場合は、死亡時の年金・保険金額に加えて、就労不能・介護欄に記載の金額をお支払いします。 [所定の精神障害状態に該当した場合(特定障害給付金)の金額を除く])	一時金 297万円	80歳まで (2035年 5月31日)
認知症	軽度認知障害(MCI)に該当 *2	10万円 [100万円×10%] (1回のみ)	終身
	認知症に該当 *2	軽度認知障害の保障に加え 100万円	
	見当識障害がある認知症に該当[180日以上継続] (時間 場所 人を認識できない状態)	認知症の保障に加え、就労不能・介護に記載の金額(特定障害給付金を除く)をお支払いします。	80歳まで (2035年 5月31日)
入院・手術	生活習慣病		
	がん(上皮内新生物) *2	－	
	入院したとき	1回の入院につき 一時金 30,000円	
	ケガや病気(所定の成人病以外)	1～100日目 日額 5,000円	80歳まで (2035年 5月31日)
	所定の成人病(がん以外)	1～100日目 日額 5,000円	
	がん入院	日帰り入院から 1日目～日数無制限 日額 5,000円	
	入院中の手術(がん以外)	5万円 開頭・開胸・開腹術 10万円	
	がん入院中の手術	10万円 開頭・開胸・開腹術 20万円	
	外来手術(入院を伴わない手術)	2.5万円	
	放射線治療	5万円	
	抗がん剤・疼痛(とうつう)緩和薬の投与・処方	－	
	先進医療による療養	技術料と同額 通算 2,000万円 + 技術料の10% (最高50万円)	
	骨折 / 顔のケガ (所定の顔面損傷状態)	1回につき 5万円 / 1回につき 50万円	
	年金等	基本保険金・満期保険金・年金等	

- 就労不能・介護年金は保証期間5年分の年金部分すべて一時金で受け取ることもできます。(作成日現在2,487,500円)
- がんで治癒も病状の好転も見込めないと診断された、余命6か月以内と判断されるとき、死亡保険金の全部または一部を前払請求できます。

- *1) 精神障害を原因として公的年金制度の障害年金1・2級に認定、または当社所定の精神障害を原因として180日以上継続して入院したとき。
*2) 生まれて初めて診断されたとき。
● 保険金・給付金等について万円未満の端数があるときは、切り捨てて表示している場合があります。

保険金等の請求に関する特約の付加請求書

〇〇生命保険 行

以下のとおり請求します。

当社の生命保険募集人は、保険契約締結の媒介を行うもので、約款上、当社の承諾を必要とする契約の変更を行う場合には、当社の承諾が必要となります。

<記入についてのお願い>

*印字内容を確認のうえ、太枠欄を記入ください。

*書き損じなどで訂正される場合は、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。

手続きする契約	契約番号	(XXX) XXXXX	記入日	(和暦)	
	保険名称	終身保険		年	月
	契約日	平成12年4月1日			

請求人(自署)	契約者 (フリガナ)	ブンカ タロウ	印鑑証明書を提出 される場合はその 印を押印ください
	「手続きのご説明」に記載の書類を受領しました ☐ はい ☐ いいえ		

◇ 請求内容 ◇

◎ 保険金等の請求に関する特約を付加します。

◎ 指定代理請求人を以下のとおりとします。

指定代理請求人を指定します。 → 指定代理請求人氏名(文化 花子)
被保険者との続柄〔配偶者〕

留意事項	必ず確認ください。
	・ 請求にあたり、「お客様情報取扱説明書」を受領し、「個人情報の利用目的」を確認ください。 ・ 手続完了後の諸通知は、当社に登録いただいている「連絡先住所」に送付します。 ・ 指定代理請求人は、つぎの範囲内で1名をご指定ください。 ○被保険者の戸籍上の配偶者 ○被保険者の直系血族 ○被保険者の兄弟姉妹 ○被保険者と同居または生計を一にしている被保険者の3親等内の親族 ○以下の範囲内の者で、保険金等を請求すべき適当な関係があると当社が認めた者 (ア)被保険者と同居または生計を一にしている者 (イ)被保険者の財産管理を行っている者 (ウ)死亡保険金受取人等 (エ)その他(ア)から(ウ)と同等の関係にある者 ・ 指定代理請求人を指定された場合は、他特約の指定代理請求人も同時に指定されたことになります。(特約ごとに指定代理請求人の指定はできません)

郵便ハガキ

親展

〇〇支店

料金後納郵便

000-0000

東京都 〇〇区 〇〇0-0-0

文化 太郎 様

〇〇生命保険 〇〇課

〒000-0000 東京都〇〇区〇〇0-0-0

お問い合わせ先 〇〇コールセンター

電話番号 00-0000-0000

受付時間 月～金曜日 9時～18時

土・日曜日 9時～17時

(祝日、年末年始を除く)

※証券番号をご確認のうえ、契約者ご本人より
お電話ください。

保険料お振替えについて

作成日 令和3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。

令和3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 太郎 様	次回ご請求額 10,294円
保険証券番号 0000000	ご契約日 平成12年 5月 1日
お払込方法 口座振替(月掛)	保険料お払込状況 令和3年 5月分までお払込済
	内訳令和3年 6月分 令和3年 7月分 5,147円 5,147円

〈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 タロウ サマ
支店名 〇〇シデン	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(令和3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(失効といいます)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。

000-0000

東京都 ○○区 ○○0-0-0

文 化 太 郎 様

お問い合わせの際は

○○生命コールセンター

 **0120-000-0000**

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)

お問い合わせの際は、証券番号をあらかじめお確かめの
うえ、契約者ご本人よりお電話をお願いいたします。

通知名

保険料の自動貸付(立替)のお知らせ

証券番号

○○○○○○○○○○

拝啓 平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、下記ご契約につきまして、保険料のお払い込みがないまま払込猶予期間を経過したため、保障を継続するために、約款の規定に従って保険料の自動貸付(立替)をさせていただきました。このままお手続きがない場合、ご契約の効力が失われ、保障がなくなってしまう場合がございます。つきましては、今後のお手続きについてご案内いたしますので、お早めにお手続きください。

今後ともなお一層のお引き立てを賜りますようお願い申し上げます。

敬具

※このご案内と行き違いにお手続きがお済みの場合はご容赦ください。

記

◆ご契約内容

証券番号	○○○○○○○○○○
契約日	2000(平成12)年 6月 1日
保険種類	5年ごと利差配当付終身保険
契約者	文化 太郎 様
被保険者	文化 太郎 様

中面をご確認のうえ、お早めにお手続きください。

1 今回の保険料の自動貸付(立替)について

◆今回の立替内容と立替金残高

■今回の立替保険料	60,000円
2021年2月分から2021年7月分まで(6ヵ月分)	
■今回の立替後の立替金残高	60,000円

※立替金には会社所定の利率で計算した利息が複利でかかります。なお、立替金の利息は各自の保険料の猶予期間満了日の翌日から起算します。

2 今後のお手続きについて ～ ア または イ のいずれか

ア 2021年5月31日 までに未払込保険料をお払い込みいただける場合

未払込保険料のお払い込みにより、今回の立替はなかったものとして取扱います。
保険料の口座引き去りが自動的に再開されますので、その他のお手続きは不要です。

※お払い込みの時期により、必要払込額が異なります。 **A** ・ **B** のいずれかの方法でお払い込みください。

A 2021年4月30日までに払い込む場合

- 必要払込額…30,000円(2021年2月分から2021年4月分の3ヵ月分の保険料)
- 同封の **払込取扱票A** でお払い込みください。

※お払い込みによりお手続きは完了です。その他のお手続きは不要です。

B 2021年5月1日から2021年5月31日までに払い込む場合

- 必要払込額…40,000円(2021年2月分から2021年5月分の4ヵ月分の保険料)
- 同封の **払込取扱票B** でお払い込みください。

※お払い込みによりお手続きは完了です。その他のお手続きは不要です。

※ゆうちょ銀行(郵便局)、払込取扱票記載の取扱銀行、コンビニエンスストアでお払い込みいただけます。

※提携金融機関からのお払い込みについては、インターネットバンキング、モバイルバンキングをご利用いただけます。
ご利用可能な金融機関は〇〇生命のホームページでご確認ください。
詳しいご利用方法につきましては各金融機関までお問い合わせください。



未払込保険料をお払い込みいただく前に他のお手続きやご入金をされている場合など、
立替がなかったものとして取り扱えないこともございます。あらかじめご了承ください。



10万円超のお払い込みの場合、金融機関の窓口で本人確認が必要となります。
払込取扱票と合わせて運転免許証等の本人確認書類をお待ちください。

◆立替後の保険料お払込方法について

現在保険料の請求を中止しております。

【現在の保険料】口座振替毎月払 10,000円

「今後のお手続き」等がないまま再度立替となった場合、払込方法が口座振替から送金扱いになり、保険料が変更となる場合があります。

を選び、お早めにお手続きください～



2021年5月31日 までに未払込保険料をお払い込みいただけない場合

以下 (1) ～ (3) のお手続きをお願いします。

立替金残高には日々利息がつきますので、お早めのお手続きをお勧めいたします。

お手続き方法については〇〇生命コールセンターまでお問い合わせください。

(1) 立替金の返済

●全額返済・一部返済が可能です。

立替金残高には日々利息がつきますので、全額返済に必要な金額は返済日によって変わります。

※別途、保険料お払い込み再開のお手続きが必要な場合がございます。

(2) 保険料お払い込みの再開

●保険料のお払い込みを再開するためのお手続きが必要です。

(3) 解約または払済保険・定期延長保険への変更

●2021年6月30日までに解約、払済保険・定期延長保険への変更手続きが完了した場合、今回の立替がなかったものとして取り扱うことがあります。



立替金には利息(年利率：3.00%)がかかります。

(1)の立替金の返済手続きがございませんと、立替元利金が増えて解約返戻金を超過し、ご契約の効力が失われ、万一の場合に保険金や給付金のお支払いができなくなることがあります。



(2)のお手続きがない場合、保険料の請求は中止されたままとなります。

(2)のお手続きがなく、保険料をお払い込みいただけない場合、ご契約の効力が失われ、万一の場合に保険金や給付金のお支払いができなくなることがあります。



解約手続きを行う際に立替金がございますと、立替金の元利金を解約返戻金から差し引くため、お支払いする解約返戻金は少なくなります。

〇〇生命コールセンター

 0120-000-0000

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)

※お問い合わせの際は、証券番号をあらかじめお確かめのうえ、契約者ご本人よりお電話をお願いいたします。

ご契約失効のお知らせ

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	文化太郎 様
保険証券番号	0000000
お申込方法	口座振替(月掛)
お払込状況	令和3年 1月分までお払込済
ご契約日	平成25年 1月
保険料	6,600円
失効日	令和3年 4月1日

作成日 令和3年 4月12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(82ページ参照)。

復活請求書

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 (西暦) 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 タロウ 様 下記の個人情報取扱いに同意のうえ請求しますしおり・約款を受領しました	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	000-0000 電話番号 (03) - (0000) - (0000) 東京都〇〇区〇〇〇-〇-〇	
	☐ ② 右記のとおり 今後の住所を右記に変更する	〒 〇〇〇〇-〇〇〇 都道府県 電話番号 () - () - ()	
	日中の連絡先電話番号	() - () - ()	
****	*****	*****	
****	*****	*****	
請求内容	*** 請求内容 ***		
	【ご了解いただきたい重要な事項】を確認・了解のうえ、復活を請求します。 保険法施行後の復活等に関する特約を付加します。		
	【ご了解いただきたい重要な事項】～詳細は「ご契約のしおりー定款・約款」等をご確認ください		
	※担当者(生命保険募集人)は、お客さまと当社の保険契約締結の媒介を行うもので、復活の請求の際は当社の承諾が必要です。復活が承諾となった場合、告知日および入金日のいずれか遅い日(復活日)からご契約の責任が開始します。		
	※職業や健康状態によっては復活をお断りしたり、条件をつけさせていただくことがあります。 ※保険金などのお支払理由が発生しても、お支払いできない場合(主な例:注)があります。 (注)告知内容が事実と相違し、ご契約または特約が告知義務違反で解除された場合 保険金などの免責理由に該当した場合(例:復活日から起算して一定期間内の自殺など) 復活日前の疾病や事故を原因とする場合など ※該当する普通保険約款ならびにそれぞれの特約条項が契約内容となることを了承のうえ請求します。 ※この請求手続きは、貴社が手続内容が完了した旨の通知(承諾の通知)を発信した時に成立(完了)することについて了承のうえ請求します。		

【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情報の共同利用について> ・特約付加等申し込む場合に、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【〇〇生命提出用】

証券番号

0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---

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	(西暦) 年 月 日			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 下記の個人情報取扱いを確認のうえ請求します										ご印鑑		ご印鑑		
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 ➡		〒 -		電話番号 () - () - ()										
	日中の連絡先電話番号 ➡		() - () - ()												
受取方法 いずれかをお選 びください ご記入がない 場合は保険料 振替口座への 振込とさせてい たきます	☐ ① 保険料振替口座														
	☐ ② 銀行 口座振込 ➡		銀 行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農 協				本店 支店 支所 出張所				➡				
	銀行番号				店 番				➡		☐ ① 総合 普通 口座番号(右づめ) ☐ ② 当座				
	☐ ② ゆうちょ銀行 口座振込 ➡		通帳記号		1 0		通帳番号(右づめ)				➡		口座名義 カタカナで記入してください。 		
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 *														
解約手続き完了と同時に本契約は消滅し、お手元の保険証券は無効となります。															

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

証券番号

0 0 0 0 0 0 0

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	(西暦) 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 下記の個人情報取扱いを確認のうえ請求します	☐ 成年後見人 ☐ 委任による代理人 ご印鑑	☐ ①親権者 ☐ ②未成年後見人 ご印鑑
明細書等 送付先	☐ ① 当社への 届け出住所 ☐ ② 上記以外	000-0000 東京都〇〇区〇〇〇0-0-0 〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇 電話番号 ()-()-() 都 道 府 県 今後の届出住所を②でご指定された住所に 1. 変更する 2. 変更しない 日中の連絡先電話番号 ()-()-()	
請求金額	☐ ① 最高限度額(金額欄のご記入は不要です) ☐ ② 手取額指定	■ いずれか一方に必ずチェックください ■ ご記入の金額が最高限度額を超えるときは、 手続き時点の最高限度額とさせていただきます。	
受取方法 いずれかをお選 びください ご記入がない 場合は保険料 振替口座への 振込とさせてい たいただきます	☐ ① 保険料振替口座 〇〇銀行 〇〇支店 ☐ ② 銀行 口座振込	〇〇 〇〇 様 名義の口座への振込 ☐ ① 総合普通 口座番号(右づめ) ☐ ② 当座 口座名義 カタカナで記入してください。	
請求 内容等	契約者貸付を請求します。 貸付請求金額から200円を差し引き、当社にて契約者貸付申込書に収入印紙を貼付させてい ただ方法をご希望の場合は、以下の☐にレ印をつけてください。なお、契約貸付申込書に 収入印紙の貼付がなく、以下の☐にレ印がない場合は請求金額から収入印紙代を差し引かせて いただきます。 ☐ の今回請求金額から収入印紙代(200円)の差し引きを希望します。		

個人情報の
取扱いに
ついて

当社は個人情報を以下の利用目的の達成に必要な範囲で取扱います。
 ・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

払い込んだ生命保険料を証明する書類で、一般的に10月ごろ生命保険会社から送付されます。平成24年1月1日以降に結んだ契約からは「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種類があります(142ページ参照)。

令和2年分 生命保険料控除証明書

ご契約者 文化 次郎 様

契約番号(証券記号番号) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	保険料払込期間 10年	保険種類 適用制度(裏面をご覧ください) 新生命保険料控除制度
払込方法 月払	契約日 平成25年 4月 1日	年金支払開始日 10年 **年**月**日
年金受取人 ***** 様	受取人生年月日 **年**月**日	

令和2年 9月までのお払込額を以下のとおり証明いたします。

一般	一般生命保険料 (A) 5,759円	配当金(相当額) (B) 円	一般証明額 (A)-(B) 5,759円
介護医療	介護医療保険料 (C) 2,035円	配当金(相当額) (D) 円	介護医療証明額(C)-(D) 2,035円
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

<ご参考>本年中に12月分までの保険料をお払込みの場合、以下のとおり申告ください。
(既にお払込済の場合も含まれます。)

一般	年間一般生命保険料 (a) 23,036円	配当金(相当額) (b) 円	一般申告額 (a)-(b) 23,036円
介護医療	年間介護医療保険料 (c) 8,140円	配当金(相当額) (d) 円	介護医療証明額(c)-(d) 8,140円
年金	年間個人年金保険料 (e) *****円	配当金(相当額) (f) *****円	個人年金証明額(e)-(f) *****円

証明書 令和2年10月12日

この「証明書」は、生命保険料控除を受けるためのお払込保険料額を証明するもので、申告時に提出が必要です。(生命保険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。)

- 申告いただく金額は、本年1月から12月末までのお払込保険料額です。
(税法により配当金欄に記載の金額を差し引きます。)月払契約は12月末までのお払込でも翌年1月期月以降は翌年の申告となります。
- この「再発行」証明書は、すでにお届けしております「証明書」と重複して使用できません。申告の際には「再発行」証明書をご使用ください。
- 「保険料払込期間」「保険期間」は最も長い期間を記載しております。
- この「証明書」は証明日現在で作成しています。

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留意ください。

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(申告書の記載方法も掲載しております)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	https://〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生命保険協会ホームページ	https://www.seiho.or.jp

1. 新制度・旧制度の適用判定について

本契約に適用される制度は、内側の「適用制度」欄をご確認ください。

「適用制度」の表示	申請方法
新生命保険料控除制度	新制度の生命保険料控除にて申告してください
旧生命保険料控除制度	旧制度の生命保険料控除にて申告してください

複数の契約があり、新制度と旧制度の生命保険料控除証明書をお持ちで、新制度と旧制度の双方について生命保険料控除の適用を受ける場合、新制度と旧制度の合計額が申告額となります。

(各生命保険料控除枠の合計適用限度額は、所得税12万円、住民税7万円。)

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、法律にもとづいて分類し、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」…生存また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など
「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など
「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ど

なお、上記の3種類の区分に含まれない保険契約(例:身体へ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、実際の支払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。

- (2) 配当金(相当額)は本契約に割り当てられる配当金を、「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。

※個別の税務取扱等については、税理士や所轄の国税局・税務署にご相談ください。

ご契約更新のお知らせ

保険証券番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	保 険 種 類 定期保険
ご 契 約 者 文化 太郎 様	
被 保 険 者 文化 花子 様	
更 新 の 日 令和 2年 3月 2日	満 了 の 日 令和 11年12月31日
保 險 期 間 10年	被保険者の更新時保険年齢 62歳
新 保 険 料 月払 2,869円	
< 主 契 約 > 死亡保険金	3,600,000円

〇〇生命保險

◎この「お知らせ」は、大変重要です。
お手元の「保険証券」とともに、大切に保管してください。
(「保険証券」は、あらためて発行いたしません)

◎「保険証券」を紛失の場合は、再発行のお手続きが必要となりますので、表記のご照会先またはコールセンターまでお申し出ください。)

更新時のものが適用されます。ご契約のしおり、定款・約款・特約条項の全文は、当社ホームページから閲覧いただけます。印刷された「約款冊子」を希望される場合は、担当者にお申し出ください。

料 金 後 納 郵 便	郵便はがき	親 展 大切なお知らせです 必ずご覧ください
	000-0000	
東京都 ○○区 ○○町00-00		
文 化 太 郎 様		
○○生命保険 〒000-0000 東京都○○区○○00-00		収納サービスグループ
お客さまのご担当 ○○支社		
電話番号	00-0000-0000	
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	

契約更新完了のお知らせ

日ごろは格別のお引立てをいただき、誠にありがとうございます。
右記記載内容のとおり、契約更新手続きが完了しましたのでお知らせいたします。更新後の保障内容を記載した保険証券は作成いたしませんので、当通知をお手元の保険証券とともに保管ください。

また、保険料払込猶予期間満了日までに更新後保険料のお払込みをいただけなかった場合には、約款のお約束により更新はなかったものとさせていただきますので、ご了承ください。

今後ともご愛顧のほどよろしくお願い申し上げます。

保険証券番号	00-000000
保 険 種 類	5年毎利差配当付新医療保険
保 険 契 約 者	文 化 四 郎 様
被 保 険 者	文 化 四 郎 様
ご契約更新日	令和 2年 1月 12 日
更 新 時 年 齢	75歳
保険料お振込方法	年払

発行日 令和 2年 2月10日

保険約款に基づいてご契約を更新いたしました。

	保険期間	保 険 金 ・ 給 付 金	保 険 料
<主契約> 基準入院給付金日額	10 年	3,000 円	66,483 円
<特 約>			
合 計 保 険 料			66,483 円

ご契約のしおり、定款・約款・特約条項の全文は、当社ホームページから閲覧いただけます。

「約款冊子」を希望される場合は担当者にお申し出ください。

手続完了のお知らせ

① 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 〇〇区 〇〇町 〇〇-〇〇

令和 3年 6月17日

文化 太郎 様

〇〇生命保険

〒 000-0000
東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇
〇〇生命保険
保全サービス部
00-000-000

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 太郎 様

[ご変更内容]

新先進医療特約 解約
新先進医療特約 給付金額 通算支払限度 20,000,000円を途中付加
保険期間 終身

[お手続きにあたっての意向確認について]
今回のお手続きにあたり、以下のとおりお客さまのご意向を確認させていただきましたので、ご確認ください。

■契約者さまのニーズは、以下のご意向を伺っています。
・生活習慣病・入院・手術などの保障を見直したい。

■今般、お手続きいただいた内容は、前述の [ご変更内容] に記載のとおりです。

■お手続き内容に関し、以下の点に合致することをご確認・ご了承いただいています。
1. 新たに付加(変更)する特約の保険金・給付金等の保障内容は、希望に沿った内容である。
2. 新たに付加(変更)する特約の保険金額・給付金額、保険期間および払込保険料等は、希望に沿った内容である。

※新特別条件特約の付加の場合等ご請求の内容を変更いただいた場合には、
お手続き時にあたりご確認いただいた内容と上記内容が相違している場合があります。

[ご連絡事項]

お申込みのときにお渡ししております「特約途中付加のしおり・約款」は、大切に保管いただきますようお願いいたします。
「約款」を同封させていただきますので、ご確認のうえお収めください。

❶ 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。

保全サービス部

00-0000-0000

契約内容変更のお知らせ

当お知らせは、お申し出いただきましたお手続き完了後の、
保障内容がわかるように作成したものです。
生命保険証券とともに大切に保管してください。

〇〇生命保険

表示欄

証券番号	000000号	無配当医療終身保険（09）Ⅱ型（健康祝金あり） 2021年 5月30日から以下のとおり契約内容を変更いたします。
作成日	2021年 6月17日	
保険契約者	文化 四郎様	保険料内訳 毎回払込保険料合計額 16,269円 うち主契約保険料 9,240円 うち特約保険料 7,029円
被保険者	文化 四郎様 昭和23年11月29日生 男性 契約年齢63歳（満年齢方式）	
受取人等	給付金受取人 被保険者 様 特約死亡保険金受取人 様 保険契約者代理人 様 被保険者代理人（2020年3月以前は指定代理請求人） 様	契約日（始期） 2012年 2月 1日 主契約保険料払込期間 終 身 保険料払込回数 年12回 保険料払込期日 毎月 1日から末日まで 保険料払込方法 保険料口座振替特約

契約内容欄

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 ※ 2介護保障終身保険特約（10） 3傷害特約 本人型 4新先進医療特約	入院給付日額 5,000円 死亡保険金額 1,000,000円 災害保険金額 1,000,000円 先進医療給付金額等（注1）	終 身 終 身 2029年 1月31日まで 終 身

（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。）
先進医療保障充実給付金額は、先進医療給付金の10%相当額とします。（1回の療養につき50万円を限度とします。）
（※）※の記載のある主契約・特約は給付限度（特約）の型を180日型とします。

その他内容欄

- ☐ 契約内容欄に記載の特約（一時払いの特約を除きます）の保険料払込期間は各特約の保険期間と同一です。
- ☐ ご家族登録サービスに登録しております。
登録家族の情報は「契約内容の説明」をご覧ください。
- ☐ 本商品に配当金はございません。

本証券の表紙に記載の「定款および普通保険約款」の文言は「普通保険約款」と置きかえます。ご契約の詳細は「ご契約のしおり・約款」をご覧ください。

死亡保険金 請求書

被保険者が死亡した場合、死亡保険金受取人が生命保険会社へ死亡保険金を請求するための書面です(111ページ参照)。押印を必要としない生命保険会社もあります。

死亡保険金(死亡給付金)請求書【〇〇生命提出用】

証券番号

★請求書★

下記の個人情報の取り扱いに同意のうえ請求します。

黒色のボールペン(消せるボールペン以外)でご記入ください。

※ご自身での記入が困難な場合は、ご家族さまが代わりに記入いただくことも可能です。記入方法等は記入見本をご確認ください。

[A]	記入日： 年 月 日																								
[B]	受取人さま名・生年月日をご記入ください。(代理人さまから請求される場合は、代理人さま名・生年月日をご記入ください) 自 署 (代理人さまは該当するものをご選択(レ)ください) ☐ 成年後見人 ☐ 保佐人 ☐ 補助人 ☐ 任意代理人(委任状をご提出ください) (受取人さまが未成年の場合) 親権者・未成年後見人ご署名欄 生年月日： 大・昭・平・令 年 月 日																								
[C]	支払明細書等の送付先をご記入ください。 〒 - 電話番号をご記入ください。 ※お客さまへご連絡する場合があります。必ずご記入ください。 -																								
[D]	『保険金等全額を一括で受け取る』場合は[E]をご記入ください(D欄の記入は不要です)。 据え置く(※)場合はいずれかを選択ください(受取人さま複数名で代表請求の場合は取扱いできません)。 ☐ ①全額を10年間据え置く(※)⇒[E]の記入は不要です。 ☐ ②一部【 万円(30万円以上、万円単位)】を10年間据え置く(※)⇒[E]をご記入ください。 (※)「据え置く」とは、当社に一定期間預けていただき、満了時または請求時に所定の利息とともにお受取りいただくものです。「保険金据置に関する約定」が契約内容となり、手続き完了の通知を当社が発信したときに手続きが成立します。																								
[E]	いずれかの受取口座(受取人様の本人口座)をご記入ください。(代理人さまの場合は、代理人さまの口座でも可能です) <table border="1"> <tr> <td>ゆうちょ 銀行口座</td> <td>通帳記号</td> <td>通帳番号(右詰め)</td> <td>口座 名義</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 0</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (カタカナでご記入ください) <table border="1"> <tr> <td>銀行口座</td> <td>金融機関名</td> <td> ☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ 労働金庫 ☐ 農協 </td> <td>支店名</td> <td> ☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 支所 ☐ 出張所 </td> <td>預金種目</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td> ☐ 総合普通 ☐ 当座 </td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>口座番号 (右詰め)</td> <td>口座 名義</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> (カタカナでご記入ください)	ゆうちょ 銀行口座	通帳記号	通帳番号(右詰め)	口座 名義		1 0			銀行口座	金融機関名	☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ 労働金庫 ☐ 農協	支店名	☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 支所 ☐ 出張所	預金種目						☐ 総合普通 ☐ 当座	口座番号 (右詰め)	口座 名義		
ゆうちょ 銀行口座	通帳記号	通帳番号(右詰め)	口座 名義																						
	1 0																								
銀行口座	金融機関名	☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ 労働金庫 ☐ 農協	支店名	☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 支所 ☐ 出張所	預金種目																				
					☐ 総合普通 ☐ 当座																				
口座番号 (右詰め)	口座 名義																								
《ご連絡》 ご請求の保険金がお支払いとなると同時に、本契約は消滅し、お手元の保険証券は無効となります。																									
【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																									

〇〇生命保険 提出用

障害診断書

お願い 記入の際は、添付の「診断書」を記入いただくようお願いを参照してください。
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. 傷病名	傷病発生日(受傷年月日)を記入してください				医師推定 年 月 日				
	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				傷病発生日(受傷年月日)を記入してください				
3. 貴院における治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日				☐ 完治 ☐ 転院 ☐ 現在治療中				
4. 今回の傷病以前にあった身体障害	☐ あり ☐ なし	部位・傷害内容・時期		5. 既往歴・持病 前医または紹介医	☐ あり ☐ なし	傷病名・医療機関・時期				
6. 入院	入院 期間	第1回	年 月 日 ~ 年 月 日 ☐ 退院 ☐ 入院中							
		第2回以降								
7. 手術	手術種類 (該当に〇)	(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 (8)経皮的 (9)経尿道的 (10)経腔的 (11)眼科レーザー (12)その他 ()								
	手術内容 (該当に〇)	筋骨関係手術の場合		(1)観血手術 (2)非観血手術		筋・腱・靱帯に操作が (4)及ぶ				
		手指・足指の手術 MP関節を含めて中軸側に		(4)及ぶ		植皮術または筋皮弁術の場合 (5)25cm ² 以上				
	第1回	手術名	K・J (-)		手術日	年 月 日				
第2回	手術名	K・J (-)		手術日	年 月 日					
8. 平衡機能傷害	四肢体幹に器質的異常がなく、脳または内耳の器質的異常により他覚的に平衡機能障害がある場合、チェックしてください									
	開眼で起立・立位保持が不能または開眼で直線を歩行中に10メートル以内に転倒あるいは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ない程度の状態ですか。									
	☐ はい ☐ いいえ (はいの場合)回復の見込みのない状態ですか。 ※次の場合は「回復の見込みのない状態」に該当するものとします。 投薬・理学療法等の治療により、今後傷病の症状・検査数値等に一時的な改善が見られる可能性がある場合であっても、長期的にはその障害が固定または悪化すると認められるとき ☐ はい ☐ いいえ 回復の見込みがなくなった時期 年 月 日頃									
9. 視力障害	裸眼視力	矯正視力	10. 視野障害	両目の視野が5度以内		☐ 該当				
	右眼			両目の視野が1/4の視標で中心10度以内におさまるもので、かつ1/2の視標で中心10度以内の8方向の残存視野の角度の合計が56度以下のもの		☐ 該当				
11. 聴力障害	聴力レベルをご記入ください				最良音音明瞭度		12. 鼻の欠損機能障害 該当する状態をチェックしてください。 ☐ 鼻軟骨の2分の1以上の欠損がある。 ☐ 両側の鼻呼吸困難またはきゅう覚脱失がある。			
	周波数	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	右		%		
	右									
	左					左		%		
13. 言語機能障害	原因	言語機能障害となった原因を選択してください。				該当する状態にチェックしてください。				
		☐ 喉頭摘出 ➡ ☐ 全部 ☐ 一部 ☐ 中枢性失語症 ☐ 構音障害 ➡ ☐ 唇音 ☐ 歯舌音 ☐ 舌音 ☐ 舌頭音 ☐ その他 ()				☐ 言語機能を全く永久に失ったもの(音声言語による意思の疎通が全くできない) ☐ 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) ☐ 言語機能の障害(簡単な単語の発語により意思の疎通がろうじて可能) ☐ その他 ()				
14. そしゃく嚥下機能障害	そしゃく・嚥下機能障害がある場合、以下にチェックをした上で、該当する状態を選択してください。									
	そしゃく機能の障害がありますか。		☐ あり (ありの場合) 下記のいずれの状態に該当しますか		a・b・c・d					
	嚥下機能の障害がありますか。		☐ あり (ありの場合) 下記のいずれの状態に該当しますか		a・b・c・d					
a. 食事内容に制限なし(通常の飲食物が食べられる)。		c. 流動食しか摂取できない。								
b. かゆ食またはこれに準じる程度の飲食物であれば食べられる。		d. 経口的に食物を摂取することができない、または極めて困難。								
15. 脊柱障害	運動障害	頸椎	前屈	0° ~ °	後屈	0° ~ °	前屈	0° ~ °	後屈	0° ~ °
			右屈	0° ~ °	左屈	0° ~ °	右屈	0° ~ °	左屈	0° ~ °
		胸腰椎	右旋	0° ~ °	左旋	0° ~ °	右旋	0° ~ °	左旋	0° ~ °
			前屈	0° ~ °	後屈	0° ~ °	前屈	0° ~ °	後屈	0° ~ °
			右屈	0° ~ °	左屈	0° ~ °	右屈	0° ~ °	左屈	0° ~ °
			右旋	0° ~ °	左旋	0° ~ °	右旋	0° ~ °	左旋	0° ~ °
	変形障害	通常の衣服を着用しても、明らかに脊柱の変形が分かる状態ですか。						☐ はい ☐ いいえ		

16.	部位	第1指(母指)		第2指(示指)		第3指(中指)		第4指(環指)		第5指(小指)	
		自動域	他動域	自動域	他動域	自動域	他動域	自動域	他動域	自動域	他動域
手指の運動障害	右	近位指節間関節 (母指では指節関節)	伸展								
			屈曲								
	中手指節関節	伸展									
		屈曲									
左	近位指節間関節 (母指では指節関節)	伸展									
		屈曲									
中手指節関節	伸展										
	屈曲										
17.	右	近位指節間関節 (母指では指節関節)	伸展								
			屈曲								
	中手指節関節	伸展									
		屈曲									
左	近位指節間関節 (母指では指節関節)	伸展									
		屈曲									
中手指節関節	伸展										
	屈曲										
18.	部位	運動筋力	伸展度 ~ 屈曲度		外転度 ~ 内転度						
			自動運動範囲	他動運動範囲	自動運動範囲	他動運動範囲					
	肩	右	～	～	～	～					
		左	～	～	～	～					
	肘	右	～	～							
		左	～	～							
	手	右	～	～							
		左	～	～							
	股	右	～	～	～	～					
		左	～	～	～	～					
膝	右	～	～								
	左	～	～								
足	右	～	～								
	左	～	～								
19.	欠損・短縮	・四肢、手指、足指の切断の場合、切断箇所には「きり」と線を記入してください。 ・下肢短縮の場合は、その程度(cm)を記入してください。									
			一側下肢長(上前腸骨棘と脛骨内果尖端を結ぶ直線距離)が他側下肢長の4分の1以上短縮していますか。 ☐ はい ☐ いいえ								
20.	日常生活動作	下表のa～gの各動作について、該当する欄に○をしてください。									
		※「自分で困難」とは、各動作のために一時的・部分的に他人の手助けまたは補助器具の使用が必要な場合をいいます。									
		日常生活動作	自分でできる	自分では困難	自分ではできない						
		a. 歩行(ベッドづたいにその周辺を歩く)									
		b. 衣服着脱(ボタン・ファスナーのない衣服を着るまたは脱ぐ)									
		c. 入浴(通常の浴槽に入浴する)									
		d. 食物の摂取(スプーン・フォークを使うか、パン・おにぎり等を手で食べる)									
		e. 排泄後の拭き取り始末(大小便の拭き取りをする)									
f. 排便・排尿(便器に大小便を排泄する)											
g. 起居(手すりなどにつかまって立つまたは座る)											
21.	回復の可能性と症状固定時期についての意見(9項～20項)	症状固定(回復の見込みがなくなった)時期									
		年 月 日 頃									
22.	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							
23.	請求意思能力	契約等の意味・内容を自ら理解し、判断することができますか?	☐ できる ☐ できない ☐ 不明								
上記のとおり証明(診断)します				年 月 日							
病院または診療所				医師氏名 印							

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き受け・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.co.jp/>)でご覧いただけます。

〇〇生命保険 あて

給付金請求書

ご提出書類

証券番号 000000 の給付金を請求します。
約款上の請求者は被保険者の方です。

請求日 (記入日)	年 月 日		内容を確認のうえ、ボールペンで記入してください。			
請求者 自署欄	ブンカ タロウ 様 が署名してください。					
	フリガナ					
お名前						
明細等 送付先	お支払明細等の送付先住所を記入してください。					
	-	都道府県	☐都 ☐道 ☐市 ☐区 ☐府 ☐県	☐市 ☐郡 ☐区		
	町名 番地 以下	フリガナ	TEL.	- -		
受取口座	支払金を受け取る口座を指定してください。					
	どちらか1つ を指定して ください	銀行 (ゆうちょ銀行 を除く)	金融機関名	☐銀行 ☐労金 ☐農協 ☐信組 ☐信金	店名	支店コード
			預金種目	☐普通・総合 ☐当座	口座番号	
			ゆうちょ銀行	通帳記号	1	0
	口座名義人 (カナ)	様			今回の請求者または約款上の請求者の名義の 口座を指定してください。	

【請求対象被保険者】※ご家族の方のご請求の場合は、ご家族の続柄・氏名・生年月日を記入してください。
請求の対象となる家族は、主契約の被保険者と同一の戸籍に記載され、本請求書に表示された続柄であることを戸籍抄本（または謄本）等の公的書類の提出に代えて報告します。
なお、事実と相違し支払金額が相違した場合には、精算を行なうことに同意します。
続柄 （主契約被保険者との続柄をチェックしてください）
☐配偶者 ☐長男 ☐次男 ☐長女 ☐次女 ☐養子 ☐養女 ☐父 ☐母 ☐その他（ ）
氏名を記入してください → カナ（ ）
→ 漢字（ ）
生年月日を記入してください（元号はいずれかをチェックしてください）
☐明治 ☐大正 ☐昭和 ☐平成 ☐令和 ☐西暦 年 月 日生

入院・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(111ページ参照)。

〇〇生命あてご提出書類 入院・手術等証明書(診断書)

1. 氏名	カルテ番号 ()		性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
2. 傷病名	ア	入院・手術等の原因(契機)となった傷病	※診断確定された場合は診断確定後の傷病名を記入してください			医師判定 傷病発生(受傷)年月日 年 月 日	
	イ	アの原因となった傷病名や事故	(例:アが「網膜症・腎不全」の場合→糖尿病、アが「食道静脈瘤」の場合→肝硬変 など)			医師判定 傷病発生(受傷)年月日 年 月 日	
	ウ	ア、イ以外の入院加療の必要があった傷病(合併症を含む)				医師判定 傷病発生(受傷)年月日 年 月 日	
	エ	アの初診日	年 月 日				
	オ	疾病の場合初診のきっかけ	☐ 症状が出現し自己判断で受診 ☐ 職場の健康診断等の結果に基づく2次検査目的 ☐ 主訴なし(健康診断・人間ドック目的) ☐ 前医からの紹介(紹介状 あり・なし) ☐ その他 ()				
3. 前医・紹介医	☐ あり ☐ なし	傷病名	治療時期		医療機関名		
4. 既往症・持病	☐ あり ☐ なし	傷病名	治療時期		医療機関名		
5. 入院	入院された期間を記入してください。妊娠・分娩による入院の場合は、正常妊娠・正常分娩により健康保険適用のない期間があれば、その期間を除いて記入ください。						
	日帰り入院の場合、入院基本料(DPC・短手3等含む)算定有無をチェックしてください(外来の場合はチェック不要) → ☐ あり ☐ なし						
	第1回	年 月 日 ~ 年 月 日		☐ 日帰り ☐ 退院 ☐ 入院中 ☐ 転院 ☐ 転科 ☐ 死亡退院			
	第2回	年 月 日 ~ 年 月 日		☐ 日帰り ☐ 退院 ☐ 入院中 ☐ 転院 ☐ 転科 ☐ 死亡退院			
第3回以降等	※第3回以降の入院があれば、入退院日を記入してください(「日帰り」、「退院」、「入院中」、「転院」、「転科」、「死亡退院」の区分も記入してください)						
6. 手術	施行された手術について記入してください。妊娠・分娩による手術の場合は、異常妊娠・異常分娩に対して施行された手術を記入ください。						
	1.開頭	2.穿頭	3.開胸	4.胸腔鏡	5.開腹	6.腹腔鏡	7.ファイバースコープまたは7.血管・バスケットカテーテル
	8.経皮的	9.眼科レーザー	10.その他()	※ステント留置、置ろう造設、気管切開、内視鏡的手術(止血術など)、胆管ドレナージも本欄に記入してください ※「輸血料」に算定される 造血幹細胞移植、「検査料」に算定される 胎盤生検、胎膜生検 も本欄に記入してください			
	第1回	手術種類	手術日	年 月 日	手術部位	☐ 観血手術 ☐ (植皮術等の場合)植皮等面積 25cm ² 以上 ☐ (手指・足指の手術の場合)MP関節を含めて中極側に及ぶ ☐ 子宮や卵巣の摘出 → ☐ 子宮体部 ☐ 子宮全摘 ☐ 右卵巣全摘 ☐ 左卵巣全摘 ☐ 血管内手術 → 具体的な血管名: ()	
		手術名	※「処置料」対象の持続ドレナージ等も記入				
		区分	K・J・D・G (-)		☐ 先進医療 ☐ 手術後引き続き特定集中治療室での管理あり		
	第2回	手術種類	手術日	年 月 日	手術部位	☐ 観血手術 ☐ (植皮術等の場合)植皮等面積 25cm ² 以上 ☐ (手指・足指の手術の場合)MP関節を含めて中極側に及ぶ ☐ 子宮や卵巣の摘出 → ☐ 子宮体部 ☐ 子宮全摘 ☐ 右卵巣全摘 ☐ 左卵巣全摘 ☐ 血管内手術 → 具体的な血管名: ()	
		手術名	※「処置料」対象の持続ドレナージ等も記入				
		区分	K・J・D・G (-)		☐ 先進医療 ☐ 手術後引き続き特定集中治療室での管理あり		
	第3回以降等	※第3回以降の手術があれば、手術日、手術名、手術部位、手術種類(1~10)、手術内容、区分を記入してください					
7. 先進医療	厚生労働大臣の定める「先進医療」の技術名		実施期間		受療者が支払った先進医療技術料		
8. 放射線・温熱療法	放射線または温熱療法の名称		実施期間		施行部位 総線量 Gy		
9. 難病	厚生労働省指定の難病の場合は診断確定日を記入してください		診断確定日		(特定疾患)医療受給者証の所持有無 ☐ あり ☐ なし・不明		
10. 悪性新生物・上皮内新生物・子宮頸部等の異形成	診断確定日	年 月 日		皮膚癌の場合		がんの種類	
				☐ 皮膚癌に該当 (身体の部位(局在))		☐ 境界悪性 ☐ 上皮内癌・非浸潤癌 ☐ 浸潤癌・肉腫・血液がん	
	病理組織学的検査	☐ あり →	病理組織診断名	TNM分類	大腸癌の場合の深達度	悪性(上皮内)新生物の既往・時期	
		☐ なし →	診断確定に至った検査	TNM分類	手術適応有無	病名告知	
11. 急性心筋梗塞	他院を含め、急性心筋梗塞で最初に医療機関を受診した日	年 月 日	左記の日からその日を含めて60日以上、軽労働・産業はできるが、それ以上の労働制限を必要としていたか		☐ はい ☐ 60日の経過・未経過にかかわらず「いいえ」		
12. 脳卒中	他院を含め、脳卒中で最初に医療機関を受診した日	年 月 日	左記の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 ☐ 60日の経過・未経過にかかわらず「いいえ」		
13. 糖尿病(合併症)	合併症の種類等にチェックし、診断日等を証明ください。	☐ 網膜症	☐ 腎症(第2期以上)		☐ 神経障害/壊疽		
	診断日	年 月 日	診断日	年 月 日	切断日	年 月 日	
13. 障害状態(後遺症等)	以下の障害や後遺症等があれば、障害状態・程度・回復見込み等について記入してください(例:完全失語、右不全麻痺、人工透析(永続的)、軽度歩行障害など)						
上記のとおり証明(診断)します	所在地	年 月 日					
病院または診療所	名称	医師氏名					
	電話番号	(印)					
	診療科						

裏面あり

介護・認知症保障用診断書

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 平成 昭和 令和	年 月 日
2. (ア) 治療入院等の主たる目的となった傷病名 ※ケガの場合は「ケガの場合」欄にも記入ください。	(平成 令和)	傷病発生日(受傷・発病年月日)	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) 原因が判明していればその傷病名等	(平成 令和)	年 月 日	骨折 ※病的骨折・軟骨骨折を含まない			
(ウ) 今回入院を伴ったとき、同時に治療を行った(ア)(イ)以外の傷病名・合併症	(平成 令和)	年 月 日	関節脱臼 ※先天性・反復性・習慣性脱臼および半月板損傷・断裂を含まない			
	(平成 令和)	年 月 日	腱の断裂 ※靱帯の断裂・損傷を含まない			

(ア)・・・治療・入院等の主たる目的となった傷病名と要介護状態の原因となった傷病名が異なる場合は10項に記入ください。

3. 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。
	今回の悪性新生物の区分	原発 再発 転移	病名 (平成 令和) 年 月 日
病理組織診断	病理組織診断名	診断確定日 (平成 令和) 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 (M SM以深) cTNM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)	本人への悪性病名告知 (有 無) (平成 令和) 年 月 日	
	細胞診 CT・MRI 血管造影 その他 ()		

4. 治療期間	初診	(平成 令和) 年 月 日
入院期間	第1回目	(平成 令和) 年 月 日 (平成 令和) 年 月 日 退院(転院含む) 入院中 死亡退院 転科
	第2回目	(平成 令和) 年 月 日 (平成 令和) 年 月 日 退院(転院含む) 入院中 死亡退院 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。)	

5. 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・腹腔灌流も含みます。)	※医療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 () 手術名 () 手術日 (平成 令和) 年 月 日 手術種類 (ア～ツ) 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。	

6. 先進医療	技術名 () () 年 月 日	8. 照射内容	部位 総線量 () (Gy Bq)
7. 前医または紹介医	医療機関名 () () 年 月 日 () 年 月 日	放射線治療および悪性新生物温熱療法	区分 M - 体外照射 定位照射(含むIMRT) 温熱療法 その他 ()
9. 以前からあった身体障がい	(有 無) 「有」の場合は部位と障がい内容、いつ頃からなられたかを記入ください。	期間	開始 (平成 令和) 年 月 日 終了 (平成 令和) 年 月 日

10. 要介護状態の原因となった傷病について、その受傷(発病)から初診までの経過、初診時の主訴・初見およびその後の経過、要介護状態の詳細を記入ください。
--

11. 公的介護要介護認定歴	A. 現在の要介護認定内容	(平成 令和) 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 令和) 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 障がいのない項目は斜線で消してください。
② 点線の部分は斜線に○印をつけてください。
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。

表面あり

12. 日常生活の介護の要否について、以下の項目（A～E）につき、それぞれ該当するもの（ア～エ）に○印を記入ください。
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
令和

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
令和

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
令和

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
令和

E. 排便・排尿後の拭き取り始末

- 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
令和

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。

13. 器質性認知症・軽度認知障がいに関して該当する項目に○印をつけてください。

器質性 認知症・ 軽度 認知障 がいの 診断	器質性 認知症	種類	アルツハイマー型	血管性認知症型	混合型	器質性 認知症・ 軽度 認知 障がい の診断 方法	認知 機能 検査	有	無	※認知機能の診断にあたり「MMSE」「HDSR」等の 認知機能検査を実施された場合は「有」を 選択ください。	
		その他									
	軽度 認知障 がいの 診断	見当識 障がいの 有無	有	無	時間の見当識障がい	場所の見当識障がい	人物の見当識障がい	画像 検査	有	無	※器質性認知症・軽度認知障がいの診断にあ たり、「MRI」「CT」、その他の脳画像検査を 実施された場合は、異常所見の有無にかかわらず 「有」を選択ください。
		※日本神経学会監修「認知症疾患診療ガイドライン2017」における「Peitersenの 基準」にもとづく各項目の全てに該当している場合、もしくは診断時 に通例的に参照されている他の軽度認知障がいの診断基準にもとづいて軽度認 知障がいに該当していると判断されている場合、左記にご証明をお願いします。						今回の器質性認知 症・軽度認知障がい・ 見当識障がいの初診 日を記入ください。	平成	年	月

14. 障がい状態の回復の可能性と、症状の固定についての意見を記入ください。（11項～13項）

現在の障がい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
平成 年 月 日頃
令和
時期不詳

15. 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、○印をつけてください。

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地
病院または
診療所の
電話番号
名称

（標榜科またはご専門）

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、いずれかに○印をつけてください。
③当社専用封筒に封入・封緘のうえご提出ください。

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・訂正箇所に証明印による訂正印を押印ください。

支払日 令和 2 年 7 月 21 日

000-0000

東京都〇〇区〇〇町

00-00

文化太郎

様

〇〇生命保険

〒000-0000

東京都〇〇区〇〇町0-0

(お問合せ先) 支払サービスセンター

TEL 0000-000-000

お支払明細書

ご来社される場合は、(最寄りの)お客様窓口をお電話でご確認ください

文化太郎様

契約番号 000000

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、「令和 2 年 7 月 21 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 疾病入院給付金 (日額10,000円)	150,000円	摘要 お支払日数 15日 (入院期間 令和 2 年 6 月 1日～令和 2 年 6 月15日)
合計給付金額	150,000円	
精算金額 遅延利息 (※)	49円	
合計精算金額	49円	
差引支払金額	150,049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
〇〇銀行	〇〇支店	普通 (総合)	1234***	ブンカ タロウ

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)

災害入院支払回数	0回	疾病入院支払回数	15日	入院療養支払回数	0回
5倍手術支払回数	0回	特定損傷支払回数	0回		

※遅延利息の対象期間および利率は以下のとおりです。

・対象期間：令和 2 年 7 月 18 日～令和 2 年 7 月 21 日 (4 日間) ・利率：年 3 % (単利・日割り)

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。

契約満了時に支払う満期保険金の明細が記載されている書面です。
確定申告の際に必要となる場合があります。

満期保険金お支払いのお知らせ

このたび、先日ご請求いただきましたお支払手続きが完了いたしましたので、お知らせ申し上げます。ご不明な点がございましたら、お手数ですが照会先までお問い合わせください。

ご契約者 文 化 太 郎 様	
被保険者 文 化 太 郎 様	
保険証券番号 000000	満期日 令和 3年 8月 1日
お支払日 令和 3年 8月 1日	お受取額（アーイ） 1,500,000円
<ご指定口座>	
金融機関名	〇〇ギンコウ (0000)
支店名	〇〇シテン (000)
口座番号	フツウ 1234* * *
口座名義人	ブンカ タロウ サマ

- ◆満期前の保険料のお払込みがございません場合には、後日集金させていただきますので、あらかじめご了承ください。
- ◆支払調書を税務署あてに提出しております。
- ◆確定申告の場合の資料となりますので、大切に保管してください。

作成日 令和 3年 8月 1日

<<お受取額の内訳>>

お支払額（ア）	差引額（イ）
満期保険金 1,500,000円	

下記計算方法に基づき令和 3年分の一時所得課税対象となります。

収入金額（満期保険金等） 1,500,000円	必要経費（正味払込保険料） 1,600,000円
----------------------------	-----------------------------

<課税対象額の計算方法>

（満期保険金等－正味払込保険料－特別控除50万円）×1／2

※特別控除は年間の一時所得の総額に対して50万円限りです。

※課税対象額がマイナスとなる場合申告は不要です。

年金支払明細書

通 知 名 : お支払明細 (年金お支払通知)
証 書 番 号 : ○ ○ ○ ○ ○ ○

平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、年金のご契約につきまして、以下のとおりお
支払いいたしましたので、お知らせ申し上げます。
ご不明な点がございましたら、表面の「お問い合わせ
先」までご連絡ください。

<<ご契約内容>> 手続完了日 2021年 8月 5日

支払事由 年金一括払	年金の種類 確定年金
受取方法 一括払	
年金受取人	文化 太郎 様

<<お支払方法>>

支払方法 別途郵便局より郵送される払出証書にてお受取ください。

<<お支払内容>>

(差引) 支払額	3,023,084 円
内 年金	2,703,270 円
すえ置金	319,814 円
訳	

必要経費 (既払込保険料) 2,099,348 円
※税務申告時にご使用ください。

お受取金は「所得税 (一時所得)」の対象となります。

<<ご連絡事項>>

*今回のお支払いでご契約は消滅いたします。
お手元の年金証書につきましては、破棄してください。
*税務の詳細な内容や法人の場合の税法上のお取り扱いにつ
いては、税理士や所轄の税務署にご確認ください。

〒000-0000 東京都○○区○○0-0-0
○○生命保険