



給付金請求書 兼 医療照会同意書

海外用

撮

日本生命保険相互会社 行
了解事項を確認・了解のうえ、日本生命の約款規定により、以下の契約の給付金の支払いを請求します。
※請求人ご本人が記入ください。

請求 人 記 入 欄 (自 書)	請求日 (記入日)	平成 年 月 日	契約番号	()	
	請求人 住所	(海外住所の場合は、アルファベット大文字活字で国名まで記入ください。)			*訂正の場合は、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。
		電話番号			
	支払明細 書送付先	(支払明細書送付先が、上記請求人住所と同一の場合は記入不要です。)			
		電話番号			
	支払明細書送付先が請求人住所と異なる場合は理由を以下に記入ください。				
	請求人 氏名	(フリガナ)	印鑑証明書を提出される 場合はその印を押印 ください		
	傷病者 氏名	(フリガナ)			
	受取口座	①日本国内で受取られる場合(日本語で記入ください。)			
		(フリガナ)	銀行 信用金庫 信用組合 農協	(フリガナ) (支)店 出張所 営業部	
	※請求人ご本人 の口座を指定 ください。				
	① 日本国内の 金融機関	預金種目 ※いずれかにレ点チェック ください。 <input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座	口座 番号	口座 名義人	
	② 海外の 金融機関	②海外で受取られる場合(アルファベット大文字活字で記入ください。)			
	①②のいずれ か一方を記入 ください。 海外の金融機 関の場合、送 金の経費は請 求人のご負担 となります。	金融機関名	支店名	国名:	
		金融機関 所在地・国 名			
		口座番号	※右つめで記入ください。	口座 名義人	

了解事項

① 3大疾病保険金の請求があり、「上皮内新生物診断保険金」が支払われる場合は、「上皮内新生物診断保険金」をあわせて請求します。
 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扱います。
 ④ 今回の支払いに伴う特約消滅および保険料払込免除による保険証券への裏書は、変更後の契約内容を記載した通知で代替するものとします。
 ⑤ 「お客様情報取扱説明書」を受領し、記載内容に同意のうえ、請求します。
 ⑥ 日本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、日本生命(または日本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)を求めると同意します。
 ⑦ 請求人が傷病者の診断書等を日本生命(または日本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。
 ⑧ 上記⑤～⑦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。
 ⑨ 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、以下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)から日本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、日本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。

会 社 処 理 欄	確認事項・備考 ・住所確認・電話確認 ・運転免許証、パスポート ・個人番号カード その他、番号等を具体的に記入 ※個人番号は記載しない				
	支社・支店コード 取扱者受領日 平成 年 月 日 請求権者が自書されたことを確認しました。 取扱者コード・氏名		拠点受付	本部・支社受付	本店受付

お客様情報取扱説明書

個人情報の利用目的

■当社では、お客様からいただいた個人情報を以下の目的の範囲内で利用いたします。

- 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
- ニッセイ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

なお、当該情報は、法の定めるところにより開示・訂正等いたします。ただし、ご提出いただいた請求書等の書類はご返却いたしませんのでご了承ください。

■お客様の健康状態・病歴等に関する情報について

お客様の健康状態・病歴等に関する情報は、ご本人の同意なしに取得せず、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、当該情報は、保険業の適切な業務運営を確保する必要性から、業務遂行上必要な範囲内で、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、保険商品の開発等の目的のために取得・利用いたします。なお、保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

同意いただきたい内容

お手続きをされるお客様におかれましては、以下の内容に同意いただく必要がございます。お手続きの内容に応じた各項目を必ずお読みください。

■保険金額の増額、特約の途中付加または復活をご請求のお客様へ

○「契約内容登録制度・契約内容照会制度」の利用について

当社は、一般社団法人生命保険協会（以下「協会」といいます。）、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（以下「各生命保険会社等」といいます。）とともに、保険契約もしくは共済契約または特約付加等（以下「保険契約等」といいます。）のお引受けの判断または保険金もしくは給付金等のお支払い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、入院給付金日額等）を協会に登録しております。協会に登録された情報は、同じ被保険者について保険契約等のお申込みがあった場合または保険金等のご請求があった場合、協会から各生命保険会社等に提供され、各生命保険会社等において前述の目的のため利用されることがあります。

■保険金・給付金をご請求のお客様へ

①再保険会社への情報提供について

当社が再保険会社との間で、当社と保険契約者との間の保険契約について再保険出再契約を締結している場合は、再保険会社における当該保険契約の保険金・給付金等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保険契約者の個人情報のほか、被保険者氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報、および保険金受取人氏名、住所、診断書類など当該業務遂行に必要な個人情報を当社が再保険会社に提供することがあります。

②「支払査定時照会制度」の利用について

当社は、一般社団法人生命保険協会（以下「協会」といいます。）、協会加盟の各生命保険会社、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（以下「各生命保険会社等」といいます。）とともに、お支払いの判断または保険契約もしくは共済契約等（以下「保険契約等」といいます。）の解除・取消しもしくは無効の判断（以下「お支払い等の判断」といいます。）の参考とすることを目的として、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「ご契約のしおり」、当社ホームページ等に記載された相互照会事項記載の情報を共同して利用しております。保険金、年金または給付金のご請求があった場合や、これらに係る保険事故等が発生したと判断される場合に、「支払査定時照会制度」に基づき、

- (1) 被保険者の氏名、生年月日、性別、住所（市・区・郡までとします。）、
- (2) 保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故（照会を受けた日から5年以内）
- (3) 保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法

の全部または一部について、協会を通じて照会を行い、他の各生命保険会社等から情報の提供を受け、また他の各生命保険会社等からの照会に対し情報を提供することがあります。これらの情報は、各生命保険会社等によるお支払い等の判断の参考とするため利用されることがあります。

③事実の確認への同意について

当社は関係者（医療機関関係者を含む）等に対し、当社（当社が指定する者を含む）がお客様の保険請求に関する説明（治療・検査等に関する説明を含む）などの事実説明を求めることがあります。

■保険料払込方法（経路）を口座振替または団体扱へご変更されるお客様へ

（現在口座振替で口座振替情報をご変更されるお客様も含まれます。）

保険料のお払込方法（経路）が口座振替、団体扱のお客様につきましては、ご指定の金融機関、団体、またはこれらが事務委託している委託先へお客様の氏名、保険契約内容、口座番号等の保険料振替に必要な情報を提供いたします。また、団体扱につきましては、生命保険料控除申告等で必要な情報も提供いたします。

※「個人情報保護方針」については、ニッセイホームページでもご確認ください。＜ホームページアドレス＞ <http://www.nissay.co.jp>

○個人情報に関するお客様申出

お客様からの個人情報の取扱いに関するお申し出については、当社個人情報申出窓口等で適切かつ迅速に対応いたします。

ニッセイコールセンター：0120-201-021（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）