

同意書

日本生命保険相互会社 行

名前 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

■ 同意事項

私は、保険金等の支払可否等および保険契約の存続の検討に必要な事実の確認のため、以下1～4について同意します。

1. 今回、日本生命保険相互会社（以下、「日本生命」という）に提出する診断書が、外国病院が発行するものであったため、日本生命は、診断書に記載されている内容の事実の確認業務について、「MS & AD グランアシスタンス（株）」（以下、「委託先」という）に委託を行うこと、また、委託先は、外国事業者である「北京扶桑管理諮詢有限責任公司」（以下、「再委託先」という）に再委託を行うこと
2. 上記1の再委託先は中国に所在していること
○中国における個人情報の保護に関する制度については、個人情報保護委員会ホームページ (<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/kaiseihogohou/#gaikoku>) をご参照ください。



個人情報保護委員会ホームページへは
こちらからアクセスしてください

○再委託先については、OECDのプライバシーガイドライン8原則に対応する措置を講じております。

3. 上記1の再委託を行う際は、日本生命から委託先に、委託先から再委託先に対して、日本生命に提出した診断書内容の提供を行うこと
また、再委託先は上記の者に関わる個人情報について以下①・②の事項を行うこと
(個人情報とは以下に掲げた情報を指し、以下「本個人情報」という)

「個人情報」

上記の者の傷病内容【診断名・主訴・現病歴・既往症・所見・経過記録（検査・治療内容を含む）・転入院通院歴】、診療記録（診療録、手術記録、助産録、看護記録、検査所見記録、問診表、紹介状等）、健康診断の受診・診断結果および本人への説明状況、外出・外泊状況等

- ① 前述の者を診察、検査または治療した医師（医療機関、健診センター等）より本個人情報を確認および取得すること
 - ② その際、本同意ならびに前述の者の傷病内容、保険契約の内容（責任開始期・告知日・告知内容）および傷病発生に関する事故状況等を医師（医療機関、健診センター等）に開示すること
4. 前述の者を診察、治療または検査した医師（医療機関、健診センター等）が、日本生命、または委託先、再委託先の係員へ本個人情報の開示・説明・提供および診断書（証明書）の発行等を行うこと



日本生命保険相互会社

帳202310-020 ライフラインNo.:2023110001

■ 依頼事項

1. 本同意は「個人情報の保護に関する法律第27条（第三者提供の制限）、第28条（外国にある第三者への提供の制限）」に定める「本人の同意」に当たりますので、前述の者を診察、検査または治療した医師（医療機関、健診センター等）におかれましては、第三者に該当する日本生命、または委託先、再委託先の係員の求めに応じ、本個人情報の開示・説明・提供および診断書（証明書）の発行・交付等にご協力くださいますようお願いいたします。
2. 本同意について確認する場合は、以下の電話番号をお願いいたします。

※以下、必ず自書・押印してください。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

名前 _____ 印