

(新) 医療保障保険(団体型)における「個人情報に関する重要事項」

別紙の「個人情報に関する重要事項」を併せて、内容を十分ご確認のうえ、ご請求いただきますようお願いいたします。なお被保険者を診療または治療したすべての病院・医師および関係者が保険会社またはその指名する者に被保険者に関するすべての疾病および傷害の記録を提供することがあります。なお、請求書での同意については、その写真複写も同じ効力があります。保険契約者は、保険金・給付金の請求に伴って、「(新)医療保障保険(団体型) 保険金・給付金請求書」ならびに添付書類(戸籍謄本等)に記載された個人情報(以下、「個人情報」といいます。)を、本保険の事務手続きのために使用し、引受保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提供いたします。また、引受保険会社は受領した個人情報を、この保険契約の支払査定、各種保険契約の引受・支払査定を含む生命保険制度の健全な運営のために利用し、保険契約者、他の引受保険会社、外国を含む再保険会社(詳細は、別紙「個人情報に関する重要事項」をご確認ください。)に、上記の利用目的の範囲内で提供します。なお、この他法令に根拠があるときは、上記にかかわらず、個人情報を提供する場合があります。また、引受保険会社は、今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。

(新) 医療保障保険(団体型) 保険金・給付金ご請求についての必要書類

◎:必須 ○:省略基準あり △:該当する場合にのみ必要 ※表外注意あり

書 類 名	入院給付金 手術給付金 特定疾病診断給付金 治療給付金	同左 ※遺族が給付金 請求をする場合	死亡保険金
①(新)医療保障保険(団体型) 保険金・給付金請求書	◎	◎	◎
被保険者に関する書類	②死亡証明書 または 死体検案書 ※	—	◎
	③入院・手術等証明書(診断書) ※	○	—
	④領収書コピー ※	△	△
	⑤事故証明書(事故状況報告書) ※	△	△
	⑥交通事故証明書 ※ 〈自動車安全運転センター発行〉	△	△
	被保険者の死亡を証明する公的書類	⑦被保険者の戸籍謄本 ※	◎
受取人=遺族(約款順位等)	⑧遺族の戸籍謄本 ※ *約款順位等の確認ができるもの	◎	◎
	⑨遺族の印鑑証明書 ※	—	◎
受取人=指定された遺族	⑩遺族の戸籍謄本 ※ *被保険者との続柄が分かるもの	—	○
	⑪遺族の印鑑証明書 ※	—	○
受取人=被保険者	⑫被保険者の戸籍謄本 ※	—	—
	⑬被保険者の印鑑証明書 ※	○	—
受取人=契約者(事業所)	⑭遺族の戸籍謄本 ※ *被保険者との続柄がわかるもの	◎	◎
	⑮遺族の印鑑証明書 ※	—	◎
	⑯契約者(事業所)の登記簿謄本 ※	○	○
	⑰契約者(事業所)の印鑑証明書 ※	○	○
⑱代表者選任念書 (受取人が複数いる場合・本人確認書類の添付が必要) ※	—	△	△

受取人様が未成年の場合・後見人制度をご利用の場合

【保険金・給付金請求書】

親権者または後見人欄もご記入ください。

印は親権者または後見人の印を押印ください。

【印鑑証明書】

親権者・後見人の印鑑証明書をご提出ください。

※受取人様が未成年の場合は、親権者記載のある戸籍謄本(発行6カ月以内のもの)をご提出ください。

※後見人制度ご利用の場合は、後見人の登記事項証明書(発行6カ月以内のもの)をご提出ください。

※②……加入・増額・復活後1年超の場合はコピーでも可。

※②③…契約者による原本証明があるものについては、コピーでも可。

※③……ご利用条件を満たす場合は「入院・手術申告書」にて代用可。

※④……治療給付金を請求する場合に、請求入院期間の診療報酬点数記載のある領収書コピーが必要(公費負担部分を除く)。

※⑤……不慮の事故(交通事故含む)による入院・死亡請求の場合に必要。

※⑥……交通事故による入院・死亡請求の場合、「事故証明書(事故状況報告書)」に加えて必要。コピーでも可。

※⑦～⑱の公的書類については発行日より6カ月以内のもの。

※⑩⑪⑬⑯⑰…○印の記載がある欄において1口座への合計金額が500万円以下の場合は省略可。

※必要に応じて①～⑱以外の書類をご提出いただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

〈主契約の被保険者の死亡保険金受取人の指定がない場合〉

約款により、被保険者の配偶者、子(子が死亡している場合には、その直系卑属)、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位に従って死亡保険金受取人・給付金受取人が指定されてあったものとします。この場合、同順位が2人以上いるときには「代表者選任念書」・本人確認書類を併せてご提出ください。

※受取人が契約者の場合の請求書同意書欄の記載者様も、同様の順位となりますので、高順位の方がご記入ください。

〈給付金受取人が主契約の被保険者で主契約の被保険者が死亡していた場合〉

約款により、被保険者の法定相続人のうち1人の者を代表者とします。この場合、同順位が2人以上いるときには「代表者選任念書」・本人確認書類を併せてご提出ください。

※受取人が契約者の場合の請求書同意書欄の記載者様も、同様の順位となりますので、高順位の方がご記入ください。

個人情報に関する重要事項

1. 利用目的について

メットライフ生命保険株式会社（以下「当社」といいます）は、お客様の個人情報（「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（以下「番号法」といいます）に定める個人番号を除きます）を次の目的のために利用します。これらの目的のほかに利用することはありません。

- ①各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払い
- ②関連会社・提携会社を含む各種商品やサービスのご案内・提供、ご契約の維持管理
- ③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
- ④その他保険に関連・付随する業務

当社は個人番号を番号法にもとづき支払調書などにおお客様の個人番号を記載して税務署長に提出する事務においてのみ収集・利用し、利用目的の達成後に個人番号をすみやかに消去します。

2. ご同意いただきたいこと

①機微（センシティブ）情報の取得・利用

当社は生命保険業務の適切な運営を確保するために必要な範囲において、健康状態や病歴などの要配慮個人情報を含む機微（センシティブ）情報を取得・利用します。

②外国を含む再保険会社への情報提供

当社は、生命保険事業において安定的な業務を行うにあたって、引受リスクの適切な分散のために、外国を含む再保険会社に保険契約の引受けを依頼することがあります（再保険会社は当社から引き受けた再保険契約を、さらに別の再保険会社に引受けを依頼することがあります）。再保険会社は、当該保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金などのお支払いを目的として、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情報のほか被保険者の氏名、生年月日、性別、保健医療などの個人情報を利用します。

また、保険金・給付金などのご請求があった場合は、上記の個人情報のほか受取人などの氏名、住所、戸籍書類など、業務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。

再保険会社が所在する外国の例：米国、EU、英国、シンガポール等

当社は、信用リスク等のさまざまな情報を踏まえて再保険会社を決定しております。現時点で移転先が決定していないため、移転先の外国の名称および移転先が講ずる個人情報の保護のための措置に関する情報について情報提供を行うことができません。

3. 外部への提供

当社は、次の場合を除いて、ご本人の個人情報および提供先において個人データとして取得することが想定される個人関連情報を外部に提供することはありません。

- ①あらかじめ、ご本人が同意されている場合
- ②法令に基づく場合のほか、個人情報保護法によりご本人の同意を得ないでご本人の個人情報を第三者に提供することが認められている場合
- ③利用目的の達成に必要な範囲内において、業務を外部（米国等の外国に所在する事業者、当社代理店を含みます）へ委託する場合
- ④外国を含む再保険会社へ情報提供する場合
- ⑤個人情報を共同利用する場合

その他詳細および最新情報は当社ホームページwww.metlife.co.jpに記載しています。

個人001(06)

健康状態などの告知義務について

ご契約に際しては、健康状態や職業について、ありのままを報告していただきます。

もし、故意または重大な過失によって事実をお知らせ願えなかったり、事実と違うことをお知らせいただきますと、ご契約後といえども「告知義務違反」としてご契約が解除される場合があります。ご契約が解除となった場合、解約返戻金などがあれば契約者にお支払いします。（解約返戻金などが無い場合、お支払いはありません。）

(新)医療保障保険(団体型) 保険金・給付金請求書 記入例

登録内容に変更が生じた場合は、保全手続書類のご提出も必要となります。

★訂正の際は二重線で訂正し、ご記入された方の訂正印をご捺印ください。

1 請求日をご記入ください。

(新)医療保障保険(団体型) 保険金・給付金請求書

メットライフ生命 御中

保険事故発生時に当該被保険者が被保険者としての資格を有することを確認のうえ、下記契約の保険金・給付金を請求いたします。

1 請求日(記入日) 2017年 4月 1日

2 **!** 登録内容に変更が生じた場合は、保全手続書類のご提出も必要となります。

【被保険者(受療者)欄】

受療された方または亡くなられた方についてご記入ください。

【請求種類】

にチェックください。

2 団体(契約者)記入欄

証券番号 6 × × × ×	被保険者番号 △ - 0	団体名(ご契約者名) 株式会社 保険商事
フリガナ スミダク キンシ	住所 〒130-0013 墨田区錦糸○-△-×	代表者名 代表取締役 保険太郎
フリガナ セイホ タロウ	フリガナ セイホ タロウ	印鑑(契約者印) 株式会社 保険商事
氏名 生保 太郎	氏名 生保 太郎	
生年月日 1975年 12月 1日		請求種類 <input type="checkbox"/> 死亡保険金 <input checked="" type="checkbox"/> 入院給付金 <input type="checkbox"/> 治療給付金 <input type="checkbox"/> 手術給付金 <input type="checkbox"/> 特定疾病診断給付金

3 **!** **A B** どちらか一方のみご記入ください。

A 受取人が団体(契約者)のとき

【主契約の被保険者または遺族の署名欄】

被保険者(団体の所属員の方)がご署名ご捺印ください。配偶者・子どもの請求でも、主契約の被保険者(団体の所属員の方)がご署名ご捺印ください。

【団体(契約者)または事業主記入欄】

団体(契約者)または事業主がご記入ください。

B 受取人が主契約の被保険者または遺族のとき

【主契約の被保険者または遺族の署名欄】

※配偶者・子どもが受療者の請求でも、主契約の被保険者(団体の所属員の方)がご署名ご捺印ください。送金先口座は主契約の被保険者(団体の所属員の方)の口座をご記入ください。

3 受取人記入欄

A B どちらか一方のみ

A 受取人が団体(契約者)のとき (受取人が事業主の場合は事業主および事業主印)
B 受取人が主契約の被保険者または遺族のとき (配偶者・子どもの保険金・給付金の受取人は**主契約の被保険者**)

(新)医療保障保険(団体型)の保険金・給付金の請求を了しました。別紙「個人情報に関する重要事項」および(新)医療保障保険(団体型)における「個人情報に関する重要事項」の記載内容を承知し同意します。

A 受取人が団体(契約者)のとき		B 受取人が主契約の被保険者または遺族のとき	
(新)医療保障保険(団体型)の保険金・給付金の請求を了しました。別紙「個人情報に関する重要事項」および(新)医療保障保険(団体型)における「個人情報に関する重要事項」の記載内容を承知し同意します。		別紙「個人情報に関する重要事項」および(新)医療保障保険(団体型)における「個人情報に関する重要事項」の記載内容を承知し同意します。	
主契約の被保険者または遺族の署名欄 フリガナ 住所 〒130-0012 <input checked="" type="checkbox"/> 上記2の被保険者住所と同じ フリガナ セイホ タロウ 印鑑証明書と同一印 氏名(自署) 生保 太郎 (印) 被保険者様との続柄 本人 生年月日 1975年 12月 1日 (男)・(女) フリガナ 親権者または後見人(自署) ※被保険者または遺族が未成年の場合、後見人制度をご利用の場合ご記入ください。印は親権者または後見人の印を捺印ください。		主契約の被保険者または遺族の署名欄 フリガナ 住所 〒130-0012 <input checked="" type="checkbox"/> 上記2の被保険者住所と同じ フリガナ セイホ タロウ 印鑑証明書と同一印 氏名(自署) 生保 太郎 (印) 被保険者様との続柄 本人 生年月日 1975年 12月 1日 (男)・(女) フリガナ 親権者または後見人(自署) ※受取人が未成年の場合、後見人制度をご利用の場合ご記入ください。印は親権者または後見人の印を捺印ください。	
団体(契約者)または事業主記入欄 フリガナ 住所 〒130-0012 墨田区太平○-△-× 団体名(ご契約者名) 株式会社 保険商事 (ご契約者印) 代表者名 代表取締役 保険太郎 (印)		送金先 ○○○○ (銀行) (農協) (信用金庫) (信用組合) △△△ (本店) (支店) (出張所) (支所) ①普通 ②当座 口座番号 0117117 口座名義人(フリガナ) セイホ タロウ ※口座名義人は受取人に限ります。	

4 支払通知書送付先

手続き完了後支払通知書を受取人様宛にご送付申し上げますので、上記記載の住所以外をご希望の場合は、下記にご記入ください。ご指定がない場合は、受取人住所を指定されたものとみなします。

<input checked="" type="checkbox"/> 上記の受取人住所	フリガナ 住所 〒	フリガナ 氏名
<input type="checkbox"/> 右記の住所		

20 年 月 日
 取締役・社員名 取締役コード・社員番号
 申請書に添付された書類を取りました。 EB7004(D)企 025

●印鑑について

給付金請求の場合

1回の請求が500万円以下の場合、被保険者の印鑑証明書は必要ありません。

死亡保険金、被保険者死亡後の給付金請求の場合

ご提出の印鑑証明書と同一印をご捺印ください。

●送金先口座について

ゆうちょ銀行の場合

【支店名】の欄には、通帳の「記号(5桁)」または「店番(3桁)」をご記入ください。

例)一九八店(イチキュウハチ店)の場合

記号: **11940** (本店) (支店) (出張所) (支所) 店番: **198** (本店) (支店) (出張所) (支所)

(新)医療保障保険(団体型) 保険金・給付金請求書

メットライフ生命 御中

保険事故発生時に当該被保険者が被保険者としての資格を有することを確認のうえ、
下記契約の保険金・給付金を請求いたします。

1

請求日
(記入日)

年 月 日

2 団体(契約者)記入欄

証券番号	被保険者番号		
フリガナ	住所 〒		
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
氏名	氏名	氏名	氏名
生年月日	年	月	日

団体名(ご契約者名)	(ご契約者印)
代表者名	印

請求種類 死亡保険金 入院給付金 治療給付金 手術給付金 特定疾病診断給付金

3 受取人記入欄

A B どちらか一方のみ

A 受取人が団体(契約者)のとき (受取人が事業主の場合は事業主および事業主印)

(新)医療保障保険(団体型)の保険金・給付金の請求を了知しました。別紙「個人情報に関する重要事項」および(新)医療保障保険(団体型)における「個人情報に関する重要事項」の記載内容を承知し同意します。

主契約の被保険者または遺族の署名欄

フリガナ	住所 〒	<input type="checkbox"/> 上記 2 の被保険者住所と同じ
フリガナ	印鑑証明書と同一印	被保険者様との続柄
氏名(自署)	印	
生年月日	年	月 日 男・女

フリガナ	印鑑証明書と同一印
親権者または後見人(自署)	印
※被保険者または遺族が未成年の場合・後見人制度をご利用の場合ご記入ください。印は親権者または後見人の印を捺印ください。	

団体(契約者)または事業主記入欄

フリガナ	住所 〒
団体名(ご契約者名)	(ご契約者印)
代表者名	印

銀行 農協	本店 支店
信用金庫	出張所
信用組合	支所
① 普通 ② 当座	口座番号
口座名義人(フリガナ) ※口座名義人は受取人に限ります。	

B 受取人が主契約の被保険者または遺族のとき (配偶者・こどもの保険金・給付金の受取人は主契約の被保険者)

別紙「個人情報に関する重要事項」および(新)医療保障保険(団体型)における「個人情報に関する重要事項」の記載内容を承知し同意します。

主契約の被保険者または遺族の署名欄

フリガナ	住所 〒	<input type="checkbox"/> 上記 2 の被保険者住所と同じ
フリガナ	印鑑証明書と同一印	被保険者様との続柄
氏名(自署)	印	
生年月日	年	月 日 男・女

フリガナ	印鑑証明書と同一印
親権者または後見人(自署)	印
※受取人が未成年の場合・後見人制度をご利用の場合ご記入ください。印は親権者または後見人の印を捺印ください。	

銀行 農協	本店 支店
信用金庫	出張所
信用組合	支所
① 普通 ② 当座	口座番号
口座名義人(フリガナ) ※口座名義人は受取人に限ります。	

- ※ゆうちょ銀行の場合は、支店名を5桁の通帳記号(または3桁の店番)でご記入ください。
- ※ご記入もれ等がある場合には、再提出いただくこともございます。
- ※診断書の内容によりましては、お支払いいたしかねる場合がございます。
- ※保険金・給付金のお支払いは、団体(契約者)様から支払事由が当該月の保険料をいただいてからとなりますので、ご了承ください。
- ※生命保険会社は、別紙の「個人情報に関する重要事項」および(新)医療保障保険(団体型)における「個人情報に関する重要事項」に同意いただけない場合、保険金・給付金のお支払いの手続きができません。
- ※証券への裏書は支払通知書による通知により省略されます。

4 支払通知書送付先

手続き完了後支払通知書を受取人様宛にご送付申し上げますので、上記記載の住所以外をご希望の場合は、下記にご記入ください。ご指定がない場合には、受取人住所を指定されたものとみなします。

<input type="checkbox"/> 上記の受取人住所	フリガナ 住所 〒	フリガナ 氏名
<input type="checkbox"/> 右記の住所		

受請求書 会社社使用欄	20 年 月 日
受請求書	取扱者・社員名
	取扱者コード・社員番号
	たしかに書類を受取りました。

マイナンバー提出のお願いに関するご案内

生命保険会社では、お客さまに一定額を超える保険金、満期金、年金、解約返戻金などをお支払いした場合などに、お客さまのマイナンバーを記載した支払調書を税務署へ提出しております。このため、支払調書の提出対象となったお客さまには、後日マイナンバーを当社にご提出いただくための書類（マイナンバー申告書類）を送付いたします。

お手数ではございますが、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

※契約時にマイナンバーを申告いただいたお客さまについては、書類は送付されません。

