

睡眠時無呼吸による入院請求手続きのご案内

このたびの被保険者様ご療養につきまして、心よりお見舞い申し上げます。
別紙「個人情報の取扱いについて」にご同意いただき、ご請求くださいますようお願い申し上げます。

【注】医療保険（無解約返戻金型）(25)、引受基準緩和型医療保険（無解約返戻金型）(25)のご契約で、「睡眠時無呼吸」またはその疑いによる検査のための入院の場合についてのご案内です。

1. 必要書類について

必要書類	ご説明
① 給付金請求書兼医療照会同意書	請求者様をご記入ください。
② 医療証明書（睡眠時無呼吸用）	医療機関に記載を依頼してください。 ※当社所定の診断書の提出が必要です。

<ご請求内容によって必要な書類>

請求者様との続柄が確認できる 住民票 など	<p>【請求者様が未成年の場合】</p> <p>ご請求者様が未成年の場合は、請求者と親権者（または後見人）の続柄が確認できる住民票をご提出ください。（コピー可）</p> <p>請求者と親権者（または後見人）の姓および住所が同一の場合は、両者のマイナンバーカード（表面のみ）のコピーの提出でも可です。</p> <p>両者の各種健康保険の資格確認書のコピーでも代用いただけます。</p> <p>※住民票をご提出いただく場合、発行後6か月以内のもの、マイナンバーの記載がないものをご提出ください。（コピー可）</p>
--------------------------	--

<ご請求に関する注意事項>

- 睡眠時無呼吸またはその疑いによる診断または検査のための入院をされた場合で、睡眠時無呼吸と診断されなかったときは、疾病入院給付金をお支払いできません。
- 医療証明書（睡眠時無呼吸用）、住民票等の取得費用は、お客さまのご負担となりますことをご了承ください。
- 上記以外の書類のご提出をお願いすることがありますのでご了承ください。
- ご請求の内容により、ご病気の状況などを確認する場合があります。その際は、医療機関への確認の同意書へ署名・捺印をいただくため、当社の委託した確認会社の担当者がお伺いすることがありますので、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

2. 請求者について

給付金は、主契約の被保険者様からご請求ください。

被保険者様が請求できない特別な事情（健康上の理由など）がある場合、代理の方からご請求いただけることがありますので、担当代理店またはお客さまサービスセンターにご相談ください。

以下の場合にご請求をいただく方について、「給付金請求書」の記入にご注意願います。

「主たる被保険者」および「給付金受取人」は、保険証券にてご確認いただけます。

ご注意いただきたいケース	請求者	ご説明
被保険者または給付金受取人が未成年の場合	被保険者	○請求者欄 被保険者様の署名・捺印をお願いします。 ○親権者・後見人欄 親権者・後見人様の署名・捺印をお願いします。
法人契約で受取人が法人の場合	法人	請求者欄に法人名、代表者役職名・氏名をご記入のうえ、代表者印の捺印をお願いします。

3. 別の必要書類を提出いただく場合

入院給付金・手術給付金以外をご請求される場合は、この「請求手續のご案内」とは別の書類をご案内いたします。また、以下の場合も別の書類をご案内いたしますので、担当代理店またはお客さまサービスセンターまで、ご連絡ください。

- 代理の請求人よりご請求される場合
- 被保険者様のご逝去後に給付金をご請求される場合

以上

<ご不明な点がございましたら、担当代理店または下記のお客さまサービスセンターまでお問合せください>

三井住友海上あいおい生命 お客さまサービスセンター

お客さま専用電話（無料・携帯電話可）：0120-324-386

受付時間：月～金 9:00～18:00 土 9:00～17:00（日・祝日・年末年始を除きます）

※ 音声ガイダンスに従い、1番をご指定ください。

<個人情報取扱について>

保険契約の申込書、告知書その他の各種手続書面のご記入にあたりましては、個人情報の取扱いに関する以下の説明をご確認いただき、内容にご同意のうえ、お手続きくださいますようお願い申し上げます。

1. 当社が取得した個人情報は、次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。
 - ・ 保険契約のお引受け、維持・管理、継続、保険金・給付金等のお支払い
 - ・ 当社の業務運営・管理、商品・サービスの開発・充実
 - ・ その他保険に関連・付随する業務また、当社および当社グループ会社は、本保険契約に関する個人情報を、本保険契約以外の保険契約のお引受け、履行のために利用することがあります。
2. 当社は、個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、個人情報の取扱いを、当社グループ会社、募集代理店、医師、契約確認会社、情報処理システムの開発・運用を委託する会社など外部委託先である他の事業者等（以下、「委託先」といいます。）に委託しております。
3. 当社は、生命保険事業の健全性維持や公平性確保など業務を適切に運営する必要性から、業務上必要な範囲で医療・健康情報等の機微（センシティブ）情報を取得、利用するほか、医療機関・契約者等の第三者ならびに委託先に提供することがあります。
 - ※ 医療・健康情報等の機微（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。
4. 当社は、引受リスクの適切な分散のための再保険契約の締結ならびに再保険会社における当該保険契約のお引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等支払いその他再保険に関連・付随する業務に関する利用のために、ご契約者・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。
5. 当社は、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基づいて、一般社団法人生命保険協会、同協会加盟の各生命保険会社等とともに、保険契約等に関する所定の情報（詳細は三井住友海上あいおい生命ホームページ(<https://www.msa-life.co.jp>)をご確認ください。)を同協会に登録し、利用することがあります。
6. 当社および当社グループ会社は、商品・サービスのご案内・ご提供、および提携先・委託先等の商品・サービスのご案内のために、個人情報を共同して利用することがあります。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細（グループ会社との間の個人情報の共同利用の内容を含みます。）、商品・サービスや当社グループ会社の名称、商品・サービスおよび他の生命保険会社等との情報交換制度につきましては、当社ホームページ（<https://www.msa-life.co.jp>）をご覧ください。

<支払査定時照会制度のご案内>

当社は、一般社団法人生命保険協会、一般社団法人生命保険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とともに、お支払等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以下①から③までを共同して利用しております。

- ①被保険者の氏名、生年月日、性別、住所
- 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、死亡保険金等受取人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等

詳しくは、一般社団法人生命保険協会または当社ホームページ（<https://www.msa-life.co.jp>）もしくは一般社団法人生命保険協会のパンフレットをご覧ください。

「手続き状況お知らせメッセージ」のご案内

「手続き状況お知らせメッセージ」とは、請求書類到着からお支払いまで、お手続きの状況をお客さまの携帯電話へショートメッセージ（以下「SMS」）でお知らせするサービスです（SMSの受信は無料です）。



お送りいただいた書類が到着しましたのでお知らせします。

ご請求のお手続きが完了しましたので、ご案内をお送りいたします。



0120-321-633

今日 10:00

三井住友海上あいおい生命です。
お送りいただいた書類が到着しましたのでお知らせいたします。手続き完了までしばらくお待ちください。

本サービスの利用をご希望の方は、下記＜手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項＞をご確認・同意のうえ、請求書の所定の欄に、携帯電話番号をご記入ください。

【ご注意】

本サービスをご利用いただける契約は、三井住友海上あいおい生命でご加入の証券番号が「2」「3」「7」ではじまる11桁の数字のご契約です。

* 以下のご契約はご利用対象外となります。

- ・証券番号が「イ」「ウ」「オ」ではじまるご契約
- ・三井住友海上・あいおいニッセイ同和損保から契約移行されたご契約（証券番号が9～10桁のもの）

＜手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項＞

- ① 本サービスのご利用を希望される場合、請求書の所定の欄に携帯電話番号をご記入ください。
- ② ご記入いただいた携帯電話番号は、今回のご請求に限り、利用します。
- ③ SMSは、「0120-321-633」から通知します。当番号は送信専用のため、返信はできません。ソフトバンクをご利用のお客さまへは、ソフトバンク送信専用番号で通知します。
- ④ 以下のタイミングでメッセージを通知します。

- ・請求書類が三井住友海上あいおい生命本社に到着したとき
 - ≫ **三井住友海上あいおい生命です。**
お送りいただいた書類が到着しましたのでお知らせいたします。
手続き完了までしばらくお待ちください。
- ・お支払手続きが完了したとき（お支払のない手続きは除きます）
 - ≫ **三井住友海上あいおい生命です。**
ご請求のお手続きが完了しましたので、ご案内をお送りいたします。
お届けまでしばらくお待ちください。
- ・必要書類に不備があるとき（書類の記入漏れ、未提出の書類がある場合など）
 - ≫ **三井住友海上あいおい生命です。**
書類に不備がありますので、書面で別途ご案内いたします。
お届けまでしばらくお待ちください。

※同一の電話番号に対して同じメッセージを送信する場合、SMSをまとめて送信する場合があります。

- ⑤ 以下の場合、本サービスをご利用いただけません。また、ご利用いただけない旨の通知は行いません。
 - ・請求書の提出がない場合
 - ・ご記入いただいた携帯電話番号に誤りがあった場合
 - ・ご記入いただいた携帯電話番号の数字が判別できなかった場合
 - ・ご記入いただいた携帯電話番号がSMS非対応であった場合
- ⑥ 請求内容によっては、SMSを通知しない場合があります。また、当社所定の返信用封筒もしくは封筒貼付用あて先シートを利用する以外の方法で請求書類をご提出いただいた場合、SMSの通知を行いません。
- ⑦ 誤送信防止のため、ご記入いただいた数字の判別ができない場合は、SMSの通知を行いません。携帯電話番号は丁寧に記入ください。
- ⑧ SMSの通知内容には、お客さまの個人情報を一切含みません。また、SMSを通じてお客さまの個人情報をお伺いすることはありません。
- ⑨ お客さまの携帯電話の電波状況・加入状況・キャリアによっては、SMSの受信が遅れる場合や、受信ができない場合があります。
- ⑩ 当社は、本サービスの利用・運用の中止、延期、終了などにより発生する一切の責任を負いません。
- ⑪ お客さまが受取人ご本人さま以外の携帯電話番号や誤った携帯電話番号を記入した場合、お客さまや第三者に発生した損害について、当社は一切の責任を負いません。携帯電話番号は、正しくご記入ください。

「給付金請求書兼医療照会同意書」記入例



- かならずご請求者さまご自身でご記入・ご署名・ご捺印ください。
- ご記入にあたっては、かならず黒または青のペンをご使用ください。
- ご記入内容を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印（請求印と同一）をご捺印ください。
- 修正液や“消せるタイプのペン”は使用しないでください。

1 請求日

給付金請求書を記入した日をご記入ください。

2 証券番号

該当の証券番号をご記入ください。最大3口までご記入いただけます。

3 被保険者

保険証券に記載の被保険者名をご記入ください。

4 請求者住所

ご請求者さまの住所をご記入ください。明細書を送付いたします。

5 日中連絡先

日中ご連絡のつく携帯電話等のご連絡先をご記入ください。

6 手続き状況お知らせメッセージ希望欄

手続き状況のお知らせメッセージ(ショートメッセージ)の通知を希望される場合は、「手続き状況お知らせメッセージご利用の同意事項」を確認・同意のうえ、ご請求者さまの携帯電話番号をご記入ください。

※一部対象外のご契約があります。

※法人でご利用の場合、代表者または担当者の方の携帯電話番号をご記入ください。

7 届出住所の変更

ご契約のお届出住所をご記入の住所に変更する場合は、押印ください。

※ご請求者さまが契約者の場合のみ住所変更できます。

※ご契約者さまが法人の場合は、こちらの請求書では住所変更できません。

8 請求者

・ご請求者さまが個人の場合は、かならず請求者ご本人さまがご署名・ご捺印ください。

・生年月日・性別をご記入ください。

・ご請求者さまが法人の場合は、法人名および代表者の役職名と氏名をご記入(ゴム印可)・ご捺印ください。生年月日・性別のご記入は不要です。

給付金請求書兼医療照会同意書

三井住友海上あいおい生命保険株式会社 御中
別紙記載の「個人情報取扱について」の内容に同意のうえ、貴社の保険約款にしたがって給付金を請求します。
なお、下記被保険者と請求者が異なる場合、個人情報の取扱いについて被保険者の同意を得て請求しています。

請求日 XXXX年 X月 X日
貴社もしくは貴社で委託した確認会社の担当者が事故状況・受療状況について確認し、または診断書の内容について、医療機関等に照会しても異議ありません。

証券番号 70001234567

フリガナ セイホ タロウ
被保険者(傷病を負われた方) 生保 太郎 様
ご請求者様が契約者の場合のみ
ご契約上の届出住所を下記住所に変更される場合、ご捺印ください。
届出住所を変更します

請求者(自署) 〒7070723 東京都中央区新川OT目0-0
電話(03)1234-5678
手続き状況お知らせメッセージを希望する
請求者様の携帯電話番号をご記入ください。
090-1234-5678

請求者(自署) 東京都 中央区 新川 OT目0-0
フリガナ セイホ タロウ
請求者(自署) 生保 太郎 様
生年月日 XXXX年 7月 7日 性別 男・女
※請求者が未成年のとき、ご署名・ご捺印ください。

届出住所(自署) 東京都 中央区 新川 OT目0-0
フリガナ セイホ タロウ
請求者(自署) 生保 太郎 様
生年月日 XXXX年 7月 7日 性別 男・女
※請求者が未成年のとき、ご署名・ご捺印ください。

給付金の振込口座をご指定ください。[請求者様名義の口座をご指定ください。請求者様名義の口座がない場合は、配偶者様、ご両親様またはお子様の口座をご指定ください。]

振込口座
フリガナ 〇〇ギンコウ XXシテン
銀行 〇〇 〇〇 〇〇
金融機関コード 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
支店コード 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
ゆうちょ銀行 口座振込 9900 1 0 通帳番号 1234567
請求者様名義の口座
フリガナ セイホ タロウ
生保 太郎 様
ご請求者との続柄(いづれか〇をしてください)
本人・配偶者・親・子

室料差額給付金のご請求の有無をご記入ください。
「室料差額」とは、公的医療保険制度に基づく選定療養のうち、厚生労働大臣が定める特別療養環境の提供にあたる施設または診療所の承認を得て使用された場合のベッドまたは病床の使用料をいいます。
あり なし

9 親権者・後見人

ご請求者さまが未成年の場合は、親権者または後見人さまがご署名・ご捺印ください

請求者欄には、未成年者の氏名を親権者または後見人さまがご記入ください。

10 振込口座の指定

・給付金等の振込口座をご記入ください。
・口座種目や口座名義人等のご記入もれのないようお願いいたします。
・ゆうちょ銀行の場合、通帳番号は前7ケタをご記入ください。

※ご請求者さまが法人の場合は、かならず法人名義の口座をご記入ください。

11 室料差額有無

・室料差額給付特約 α
・一時払室料差額給付特約 α
・ガン室料差額給付特約 α
上記を付加されている場合、室料差額のあり、なしを○で囲んでください。
特約を付加されていない場合は記入不要です。

1. 氏名	カルテ番号 ()	性別 男・女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	生年月日 年 月 日
2. 傷病名	いずれかにチェックください <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸（ICD-10コード G47.3） <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸の疑い		3. 初診日 年 月 日
4. 前医	有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	傷病名	医療機関・医師名
		治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
5. 既往症	有・無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	傷病名	医療機関・医師名
		治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
6. 初診時 詳細	(1)	いつからどのような症状があったか、症状を自覚された時期について以下に詳細をご記載ください	
	(2)	入院に至った契機 いずれかにチェックください <input type="checkbox"/> 医師の指示 ・ <input type="checkbox"/> 患者希望	入院経緯詳細について以下に詳細をご記載ください
7. 入院	年 月 日 ~ 年 月 日 （ <input type="checkbox"/> 退院・ <input type="checkbox"/> 現在入院中・ <input type="checkbox"/> 転入院・ <input type="checkbox"/> 転科 ）		
8. 検査詳細	病名診断に至った検査詳細についてお聞かせください。		
	(1)	在宅簡易呼吸モニター検査日 年 月 日	(2) 終夜ポリグラフィー検査日 年 月 日
		結果告知日 年 月 日	結果告知日 年 月 日
	検査結果(AHI) 回/時	検査結果(AHI) 回/時	
(3)	症状についての説明内容、治療方針についての説明内容（マウスピース治療の有無や、CPAP 治療の有無など）を以下にご記載ください		
9. 手術	手術・処置 コード	手術名 ※手術名には胸腔・腹腔ドレナージ、ステント交換術、ポート留置などを含みます。	手術日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> K- <input type="checkbox"/> J-	左 右 (両)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> K- <input type="checkbox"/> J-	左 右 (両)	年 月 日
※一連の治療過程に連続して施行し、診療報酬点数表で手術料が1回のみ算定の手術は同一手術欄にすべての手術日を記入ください。			
10. 発病時期	貴院診断傷病名の発病時期はいつ頃と考えられるでしょうか。		
	発病時期	年 月 日 (頃)	
	上記、発病時期を判断いただいた理由		

以上のとおり証明（診断）します。

年 月 日

所在地

病院または診療所の 名称・診療科

医師氏名

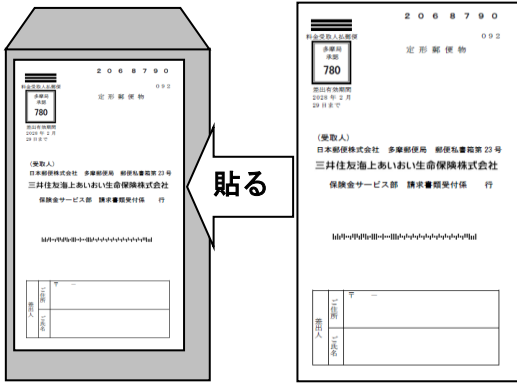


ご請求に必要な書類がそろいましたら、お客さまご自身で当社あてに郵送をお願いいたします。このあて先シートを使用いただいた場合は、郵便料金は当社で負担いたします。

※角形2号封筒用は2ページ目にごございます。

<ご使用方法>

- ① 当用紙を **A4用紙のサイズ** で印刷してください（拡大・縮小等、サイズ変更をしないで印刷してください）。
- ② 点線にそって右の「封筒貼付用あて先シート」を切り取ってください。
- ③ 切り取った「封筒貼付用あて先シート」にお客さまのご住所とご氏名を記入し、封筒の左上に合わせて、しっかりとのりで貼り付けてください。
ホチキス・クリップ等は使用しないでください。



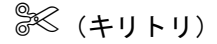
- ④ 必要な書類を封筒に入れ、はがれないようにしっかりと閉封してください。
- ⑤ ポストへ投函してください。切手の貼り付けは不要です。


<ご郵送いただける郵便物の種類>
第一種郵便物（封書）

<内容>
50g までの書類

・ご請求書類をお送りいただく場合に限定してご利用ください。
また、第三者へ譲渡されないようお願いいたします。

【長形3号 封筒用】





料金受取人払郵便

差出有効期間
2028年2月
29日まで

2 0 6 8 7 9 0

0 9 2


定形郵便物

(受取人)

日本郵便株式会社 多摩郵便局 郵便私書箱第23号

三井住友海上あいおい生命保険株式会社

保険金サービス部 請求書類受付係 行



差出人	〒	
	住所	
	氏名	

【角形2号 封筒用】



料金受取人払郵便

差出有効期間
2028年2月
29日まで

2 0 6 8 7 9 0

定形外郵便物

(受取人)

日本郵便株式会社 多摩郵便局 郵便私書箱第23号

三井住友海上あいおい生命保険株式会社

保険金サービス部 請求書類受付係 行

〒		—
住所	氏名	
差出人		