

団体信用生命保険 健康診断結果証明書について

加入申込者様へのお願い

健康診断結果証明書を作成いただく医師は加入申込者様の「ご家族」「三親等内の親族の方」以外でお願いいたします。

〈ご注意〉

- 団体信用生命保険のご加入手続きには、当証明書の他に加入申込書兼告知書のご提出が必要です。
- 健康診断結果証明書の作成料・検査料は、加入申込者様の負担となっております。
- 健康診断結果証明書には有効期間があります。期間内にご融資が行われなかった場合は、再度受診いただくこととなります。
※有効期間については、契約者である団体にお問合せください。
- 健康診断結果証明書を証明いただく医療機関の指定はありません。証明書の項目を証明いただける医療機関であれば、いずれの医療機関でも取扱いいただけます。
- 提出された健康診断結果証明書は加入可否に関わらず返却いたしませんので、ご了承ください。

医療機関へのお願い

この健康診断結果証明書は、金融機関等に融資を申込まれた方が、団体信用生命保険に加入される際に必要となる書類です。

つきましては、この健康診断結果証明書の**全ての項目をもれのないよう**に記入お願いいたします。記入事項を訂正する場合は、二重線で抹消のうえ、証明印と同じ印を押印してください。

- 証明いただきました健康診断結果証明書は添付の専用封筒に入れ、密封のうえ加入申込者様へお渡しください。

＜健康診断結果証明書に関するお問合せ先＞

団体信用生命保険 専用電話番号

- 日本生命 法人サービスセンター 0120-563-928 (通話料無料)
- 日本生命 団体保険課 0120-338-688 (通話料無料)

受付時間：月～金曜日 9：00～17：00 (祝日、12/31～1/3を除く)

※契約者である団体の所在地に応じて担当課を設置しておりますので、ご照会内容について、あらかじめ担当課からご連絡させていただくことがあります。

※このお問合せ先は、団体信用生命保険の専用窓口です。他の保険商品に関するご照会には対応できませんのでご了承ください。また、団体信用生命保険への加入申込みの結果や保険金支払請求の結果の確認、各種手続きにつきましては契約者である団体へお問合せください。

団体信用生命保険とは

この保険は、ローン貸付（ローン保証）をしている団体（金融機関、保証会社等。以下同じ。）を契約者とし、ローン債務者を被保険者とする保険契約で、被保険者が保険期間中に死亡または高度障がい保険金のお支払事由に該当された場合に、契約者が生命保険会社から受取る保険金を被保険者のローン債務の弁済に充当することを目的とする団体保険です。

個人情報の取扱いについて〈保険契約者と生命保険会社からのお知らせ〉

- ・「加入申込書兼告知書」に記入された個人情報（氏名、性別、生年月日、健康状態等）は、保険契約者である団体（以下、「契約者」といいます。）が取得し、契約者が保険契約を締結する引受生命保険会社（複数ある場合はすべての引受生命保険会社を含みます。）に提供します。（契約者からご提出をお願いした医師の「健康診断結果証明書」や「診断書」等の個人情報も同様です。）
- ・契約者は、この保険の運営において入手する個人情報を、この保険契約の事務手続きのため使用します。また、契約者は加入可否の結果お客様のローンのお借入れに際し使用することがあります。
- ・引受生命保険会社は、契約者から提供された個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金の支払い、その他保険に関連・付随する業務に利用し、契約者、他の引受生命保険会社にご目的の範囲内で提供します。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き契約者および引受生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。
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、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。
- ・引受生命保険会社は、今後、変更される場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受生命保険会社に提供されます。
- ・引受生命保険会社は、告知の有無にかかわらず、引受生命保険会社にて保有するお客様の個人情報を利用し、この保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金の支払いの可否を判断することがあります。
- ・引受生命保険会社は、ご加入をお断りする場合においても、その理由にかかわらず、お客様からいただいた個人情報を上記目的の範囲内で利用します。
なお、ご提出いただいた告知書・診断書等の書類につきましては、ご加入の承諾・不承諾にかかわらず、ご返却いたしませんのでご了承ください。

健康診断結果証明書

日本生命保険相互会社 行

団体名	
-----	--

氏名	様		
----	---	--	--

生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年 月 日	性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
------	--	-------	----	---

既往症の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「有」のときその詳細  <p>身体障がい「有」のとき障がい・欠損箇所を記入ください。</p>
現在の健康状態 現症(持病、自覚症状、外傷等)の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
医師による治療および指導の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
身体障がいの有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	

血圧	最大	mmHg	最小	mmHg
----	----	------	----	------

検尿	蛋白	<input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> 1+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+~	糖	<input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> 1+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+~
----	----	---	---	---

呼吸器・循環器・腹部・その他一般診察の所見	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「有」のときその詳細
-----------------------	---	------------

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

<病院または診療所>

所在地

名称

医師氏名

印