

団体信用生命保険 専用診断書について

被保険者様へのお願い

- ・借入総額が1億円を超える場合、告知の有無に関わらず、弊社所定の診断書*のご提出が必要となります。本書面と弊社所定の診断書を併せて、医療機関へお渡しください。
- ※受診日から告知日までの期間が1年以内の健康診断結果通知書(写)または、人間ドック成績報告書(写)での代用が可能です。ただし、検査項目が不足している場合などは弊社所定の診断書をご提出いただきます。
- ・診断書の作成料は、被保険者様負担となります。
- ・診断書等をご提出いただきましてもお引受できない場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- ・医療機関より診断書を受取りましたら、ローン取扱金融機関または保険会社の指定方法によりご提出ください。

医療機関へのお願い


この診断書は、金融機関に融資を申込みされた方が、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、診断書各項目についてご記入くださいますようお願いいたします。

- 診断書を発行いただくにあたり、弊社との提携は必要ありません。
- 診断書は、受診者へお渡しください。
- 診断書の作成料は、受診者のご負担となりますので、受診者へご請求をお願いいたします。

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

イオン・アリアンツ生命 カスタマーサービスセンター

 **0120-649-720** (フリーコール)

受付時間：月～金 9:00～18:00 土日・祝日 10:00～17:00 (年中無休)

*携帯電話・公衆電話からご利用いただけます。

診 断 書

| | | | | | | | | | |
|-----------|--|----------|----|---|---|---|----|-------------------------|-------------------------|
| 受診者 氏名 | | 生年 月日 | 西曆 | 年 | 月 | 日 | 性別 | <input type="radio"/> 男 | <input type="radio"/> 女 |
|-----------|--|----------|----|---|---|---|----|-------------------------|-------------------------|

下記検査をご実施いただき、結果をご記入ください。


| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------|-----|------|---|---|-------|------|----|-----|----|---|---|---|----|-------------------------|
| 血 圧 | ※降圧剤服用の場合には、降圧剤服用後の血圧値をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 最高 | mmHg | | | 最低 | mmHg | | | | | | | | | | | | |
| 尿 検 査 | 蛋白 | - | ± | + | ++ | +++ | 糖 | - | ± | + | ++ | +++ | 潜血 | - | ± | + | ++ | +++ |
| HbA1c | HbA1c % | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝臓機能 (○は○で囲む) | GOT | IU/l | | | GPT | IU/l | | | γ-GTP | IU/l | | | | | | | | |
| | HCV抗体 | <input type="radio"/> + | <input type="radio"/> - | HBs抗原 | | | | | | | | | | | | | | <input type="radio"/> + |

上記のとおり診断します。

所在地
病院または
診療所の
20 年 月 日
名 称
医師名 印

※訂正の場合は、必ず証明印にて訂正印を押してください。

イオン・アリアンツ生命 カスタマーサービスセンター

 0120-649-720 (フリーコール)

受付時間：月～金 9:00～18:00 土日・祝日 10:00～17:00 (年中無休)