

## 1. 宛名ラベルをご使用の前に以下ご確認ください

- ✓ この宛名ラベルは団体信用生命保険の申込みにあたってご提出いただく書類の送付専用です。その他の第一生命宛の書類送付等にはご使用いただけません。
- ✓ この宛名ラベルを貼付して使用する定形郵便封筒（※）をご用意ください。定形外郵便封筒に貼付してのご使用はできませんのでご注意ください。  
※定形郵便物は長辺 14～23.5cm、短辺 9～12cm、厚さ 1cm 以内の封筒です。

## 2. 送付する書類はネット De 団信より印刷いただいた次の書類です

- ✓ 送付状
  - ✓ 健康診断結果証明書（団体信用生命保険専用） ※医師の証明があるもの  
【健康診断結果証明書に代えて勤務先の健康診断通知書や人間ドック成績表等を提出する場合】
    - ネット De 団信より出力する健康診断結果証明書の項目がすべて記載されていますか
    - 全ページもれなく揃っていますか
    - 健康保険の保険者番号および被保険者等記号・番号がある場合、見えないように黒く塗りつぶしましたか
    - コピーを提出する場合はコピーに「原本に相違なし」と記入のうえ署名しましたか
- ◎ご提出いただいた書類はお引受けの承諾・不承諾に関わらず返却いたしかねます。

## 3. 定形郵便封筒への貼付および送付にあたり、以下ご注意ください

- ✓ キリトリ線に沿ってハサミ等で切り離してご使用ください。
- ✓ 「住所」、「氏名」および「取扱金融機関(お借入れの金融機関)」を記入してください。
- ✓ 定形郵便封筒にしっかりと貼って、はがれないことをご確認ください。
- ✓ 健康診断結果証明書はお客様のプライバシーにかかわる重要な書類です。ご自身で封筒に入れ、密封のうえご送付ください。

1 5 1 8 7 9 0	
(受取人) 日本郵便株式会社代々木郵便局 郵便私書箱第 2 8 号	
第一生命保険株式会社 団体保障事業部 団体保険サービス課団信担当 行	
住所	〒 -
氏名	
取扱金融機関	株式会社 SBI 新生銀行

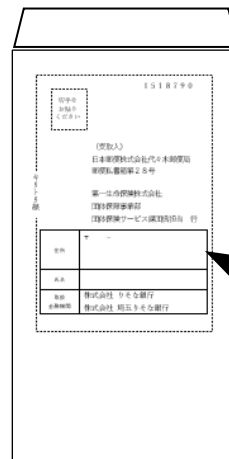
切手をお貼りください

キリトリ線

### ⚠️ ご注意

この用紙はサイズを変更せず A4 縦で印刷した後、宛名ラベル部分を切り取ってください。

#### <貼付イメージ>



封筒表面

封筒表面に貼り付け、はがれないことをご確認ください。

年 月 日

第一生命保険株式会社

団体保障事業部 団体保険サービス課 団信担当 行

## 団体信用生命保険 書類送付状

### ●お申込者さま

①	お名前	
②	金融機関名	
③	I D (※)	

※申込み時（ネット De 団信ログイン時）に使用した I D（ユーザー I D・融資 I D  
・ご照会番号等）をご記入ください。

### ●送付書類

送付する書類にチェックのうえ、送付枚数を記載ください。

健康診断結果証明書（団体信用生命保険専用） 枚

その他 枚

～～ 書類送付にあたって ～～～～

送付いただいた書類の返却は出来ません。必要に応じて送付する前にコピーをお取りください。

※ この送付状は、送付書類とともにご提出ください。

以上

健康診断結果証明書  
(団体信用生命保険 特約付専用)

受診日	年 月 日							
1	氏名	様	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年 月 日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年 月 日	
2	既往症の有無 (過去3年以内)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「有」の場合はその詳細(傷病名、入院の有無と期間、手術の有無と内容、その他治療方法[含指示・指導]、治療期間等)					
	現症の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「有」の場合はその詳細(傷病名・症状、発病・受傷時期、入院の有無と期間、手術の有無と内容、その他治療方法[含指示・指導]、治療期間等)					
	身体障害の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「有」の場合はその詳細(障害部位、原因、時期、程度等)					
3	血圧測定	最高	<input type="text"/>	mmHg	～	最低	<input type="text"/>	mmHg
4	尿検査	蛋白	－, ±, +, ++, +++ 以上					
		糖	－, ±, +, ++, +++ 以上					
5	血液	GOT (AST)	IU/1	総コレステロール(TC)	mg/dl			
		GPT (ALT)	IU/1	HDLコレステロール	mg/dl			
		γ-GTP (GGT)	IU/1	LDLコレステロール	mg/dl			
		血糖(BS, FBS)	mg/dl	HbA1c	%			
6	健康管理上の 総合判定	判定	<input type="radio"/> 健康 ・ <input type="radio"/> 要観察 ・ <input type="radio"/> 要再検 ・ <input type="radio"/> 要精検 ・ <input type="radio"/> 要治療 ・ <input type="radio"/> その他					
		「健康」以外の場合はその理由を記載						
上記のとおり相違ないことを証明します。(証明日) 年 月 日								
病院または 所在地 診療所 名称								
第一生命保険株式会社 御中 医師氏名 <input type="radio"/> 印								

# 健康診断結果証明書について

(団体信用生命保険 専用)

## 申込者へのお願い

この健康診断結果証明書は団体信用生命保険のご加入申込みの際にご提出いただく書類です。医療機関にて証明いただきました健康診断結果証明書は各種ローンをお申込みの金融機関等よりご案内の手続き方法にて第一生命へご提出をお願いいたします。

### ご留意事項

- 健康診断結果証明書は、申込者の「ご家族」「三親等内の親族の方」以外の医師に証明していただくようお願いいたします。
- 健康診断結果証明書の作成・検査にかかる費用は申込者ご本人負担となります。
- 有効期限は健康診断受診日から各種ローンの融資実行日までが2年以内となります。

## 医療機関へのお願い

この健康診断結果証明書は団体信用生命保険のご加入申込みに必要な書類です。以下の留意事項をご確認のうえ、ご記入(証明)いただきました健康診断結果証明書を申込者へお渡してください。

### ご留意事項

- 作成料は申込者負担となっておりますので、申込者へご請求くださいますようお願いいたします。
- 全ての項目について漏れなくご記入いただき、証明日・(病院または診療所の)所在地・名称・医師氏名・印をご記入・押印ください。
- 記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消のうえ、医師印と同一印を押印ください。

## 団体信用生命保険とは

この保険は、金融機関等から各種ローンを借り入れた方を被保険者、金融機関等を保険契約者ならびに保険金受取人とする団体生命保険契約です。

被保険者が保険期間中に、保険金が支払われる事由(※)に該当された場合に、引受保険会社が保険金を保険契約者(保険金受取人)に支払い、その保険金が被保険者の当該ローンの返済に充当されます。

(※)死亡または所定の高度障害状態の他、ご加入内容により異なります。

## 個人情報の取扱い

- 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の必要と認められる目的に利用目的が限定されています。
- 引受保険会社にご提出されたすべての情報・書類は、ご加入の承諾・不承諾に関わらず返却いたしませんので、あらかじめご了承ください。
- 個人情報の取扱いの詳細に関しては、「団体信用生命保険 重要事項に関するご説明」に記載の注意喚起情報をご確認ください。

### <健康診断結果証明書(団体信用生命保険 専用)に関するお問い合わせ先>

第一生命保険株式会社 団体保障事業部 TEL:0120-005-328(受付専用フリーダイヤル)

受付時間 9:00 ~ 17:00(土・日・祝日・年末年始を除く)