団体信用生命保険専用　宛先ラベル

★ご使用の前に以下をご確認ください。

- ✓ この宛先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する封筒をご用意ください。
- ✓ 貼付いただく切手をご用意ください。

★送付書類はネット De 団信より出力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

★封筒への貼付および送付にあたり、以下をご注意ください。

- ✓ 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。
- ✓ 封筒にしっかりと貼って、剥（は）がれないことをご確認ください。
- ✓ 「住所」および「氏名」をご記入ください。
- ✓ 切手をお貼りください。
- ✓ 健康診断結果証明書はお客さま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。

切手を
お貼り
ください

１５１８７９０

（受取人）
日本郵便株式会社代々木郵便局
郵便私書箱第２８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

キリトリ線

住所	〒　　－
氏名	
取扱金融機関	株式会社 SBI 新生銀行

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
団体信用担当　行

団体信用生命保険 健康診断結果証明書 送付状

＜お申込者さま＞

お名前	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
申込 ID	
告知日（※）	年　　月　　日

※ネット De 団信で告知内容を入力した日です。

＜送付書類＞

健康診断結果証明書･･･　１通

＜留意事項＞

ご送付にあたりましては、以下の点をご留意くださいますようお願い申しあげます。

- ✓ 健康診断結果証明書に記載の受診日（※）がお借入れ日から１年２カ月以内であること（１年２カ月を超える場合は無効です）。
  ※万一、受診日が未記入の場合は医師の「証明日」でご確認ください。
- ✓ 健康診断結果証明書は原本をご提出ください。なお、ご返却はいたしかねますので、必要に応じてご送付前にコピー等で控をお取りください。

本送付状は健康診断結果証明書とともに宛先ラベルを貼付した封筒でご送付ください。

団体名（保険契約者）
株式会社SBI新生銀行

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	男・女	生年月日	昭和・平成　年　月　日

2	既往症の有無（過去3年以内）	有・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	有・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	有・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	mmHg ～ 最低 mmHg
4	尿検査	蛋白	－，±，＋，＋＋，＋＋＋以上
		糖	－，±，＋，＋＋，＋＋＋以上

5	血液	GOT（AST）	IU/l	総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（TC）	mg/dl
		GPT（ALT）	IU/l	HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ	mg/dl
		γ-GTP（GGT）	IU/l	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	健康・要観察・要再検・要精検・要治療・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

病院または診療所　所在地

名称

第一生命保険株式会社　御中　　医師氏名　　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1年2ヶ月以内となります。

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）

団保〔登〕03856-11 2023.9 保存期間10年 本