

海外渡航の てびき

生命保険契約のお取扱い



渡航前の準備



海外での保障



海外からのお手続き

ご出発前にご準備いただきたいことを記載していますので、
必ずご一読ください。

あなたの未来を強くする

 住友生命

《 目 次 》

| | ページ |
|---|-----|
| 海外渡航前の準備 | |
| 1. 海外渡航前のお手続きについて | 1 |
| 2. 保険料のお払込みについて | 4 |
| 3. 渡航先への携行書類について | 5 |
| 4. 住友生命からの諸連絡について | 5 |
| 海外渡航と生命保険契約 | |
| 5. 海外での保障について | 6 |
| 6. 海外からの保険加入・中途付加などについて | 6 |
| 海外からの各種請求手続き | |
| 7. 契約者貸付・保険ファンド引出し、配当金・育英資金・ 生存給付金・学資祝金引出し、契約通算扱特約給付金引出し | 7 |
| 8. 解約 | 8 |
| 9. 満期保険金・年金 | 9 |
| 10. 入院・手術・通院・運動器損傷給付金・がん薬物治療給付金 | 11 |
| 11. その他の病気・ケガの保険金・給付金 | 13 |
| 12. 死亡保険金 | 14 |
| 13. 名義変更・契約内容変更 | 15 |
| 14. 代理人さまからの手続きについて | 16 |
| 15. 海外送金のお取扱いについて | 16 |
| 16. 外国の居住者（納税者）となった場合 | 17 |
| 17. 渡航先がアメリカ合衆国の場合 | 18 |
| 18. 請求について必要となる書類一覧 | 19 |
| 19. 各種書類の送付先 | 20 |
| 巻末：スミセイダイレクトサービスについて 海外からの連絡先・帰国されたときの連絡方法 | |

【添付書類】

- 給付金請求書
- 海外傷病状況届出書
- 入院・手術・通院証明書（英文）
- 運動器損傷証明書（英文）
- 受傷状況報告書
- 生命保険加入証明書（英文見本）
- 任意届出書兼異動届出書（居住地国確認届出書）
- 「外国口座税務コンプライアンス法（FATCA）」に関する確認書兼
情報提供同意書
- 委任状／委任状の見本

次の点にご留意ください

- このてびきは海外に渡航されるお客さまを対象にご説明しています。
- 財形にご加入の方は、別途お手続きが必要となりますので、当社までお申し出ください。

* このてびきの内容は、将来変更されることがありますので、あらかじめご了承ください。
なお、最新の内容は当社ホームページからご覧いただけます。

1. 海外渡航前のお手続きについて **Check!**

海外に渡航される**契約者さま**は、以下のお手続きが必要です。
お手続きには日数を要することがありますので、できる限り**渡航前**に
お手続きください。

* 被保険者さま・受取人さまの渡航についてはお手続き不要です。

Check1

スミセイダイレクトサービスが利用できるかご確認ください。

スミセイダイレクトサービスとは、インターネットでお手続き・お問い合わせいただける便利なサービスです。

海外からもスムーズにご利用いただけますので、サービスのお申込みがお済みでないお客さまは渡航前にぜひお手続きください。

詳細は2ページへ

Check2

国内の連絡先をご確認ください。

海外渡航中、当社からの諸通知は、ご指定いただいた国内連絡先あてに送付いたします。

詳細は3ページへ

スミセイダイレクトサービスはこんなとき便利です!

加入している
保険の内容を
確認したい!



インターネットで
出金等の手続き
がしたい!





Check1

スミセイダイレクトサービスのご利用について

「スミセイダイレクトサービス」をご利用いただくためには、インターネットで利用登録をしていただく必要があります。

スミセイダイレクトサービスとは…

インターネット等で契約内容のご確認、入出金取引、各種お手続きなどがご利用いただけるサービスです。

* 海外でのご利用にあたっては、次の点にご注意ください。

○日本語に対応したパソコン、スマートフォン等が必要です。

推奨環境は当社ホームページをご覧ください。

<https://www.sumitomolife.co.jp/notice/>

○利用登録時にはお客さまの電話番号に認証コードを通知いたします。電話の契約状態にもよりますが、認証コードが届かないケースがございますので日本国内で利用登録を済まされることをお勧めします。

○出金手続きの送金先口座について

- ・インターネットで送金先口座の登録が必要です。
- ・日本国内の口座（契約者ご本人名義）に限ります。

○海外のご住所への住所変更はお取り扱いできません。

○手続き書類の送付先は、ご指定いただいた国内連絡先となります。

* インターネットでID・パスワードを登録済みの場合、ID・パスワードを忘れた時も当社ホームページから再登録が可能です。

* サービス内容の詳細につきましては、当社ホームページをご覧ください。

<https://www.sumitomolife.co.jp>



Check2

国内連絡先の変更について

- * 海外渡航中、保険契約に関する諸通知は、国内連絡先へ送付いたします。連絡先として国内に居住されるご家族などの代理人をご指定いただき、契約者さまの住所を国内連絡先にご変更ください。
- * 以下のいずれかの方法で変更ができます。
 - スミセイダイレクトサービスでのお手続き
 - スミセイコールセンターへお問い合わせ
 - 担当の営業職員（スミセイライフデザイナー）へお問い合わせ

2. 保険料のお払込みについて

Q 海外渡航中の保険料の払込みは どうすればいいのですか？



海外渡航中の保険料のお払込みは、次のいずれかの方法をお選びください。

ご契約によってはお取扱いできない場合がありますので、詳しくは担当の営業職員（スミセイライフデザイナー）までお問い合わせください。

- ① 団体扱のご契約で、海外赴任後もお勤務先での給与引去りでお払い込みいただく方法
- ② 日本国内の銀行またはゆうちょ銀行口座から自動振替えでお払い込みいただく方法
- ③ 満期(保険料払込満了)まで、または渡航予定期間中の保険料をまとめてお払い込みいただく方法
渡航期間の延長等により、保険料のお払込みが必要となった場合は、下記④のお取扱いとさせていただきます。
- ④ 日本国内のコンビニエンスストア等から、振込用紙を使用してお払い込みいただく方法
- ⑤ クレジットカードでお払い込みいただく方法

- ・ 渡航にあたり保険料のお払込みを継続していただけないときは、保険料のお払込みを中止してご契約の保障を継続していただく方法（延長保険・払済保険への変更）もごございます。
- ・ 海外渡航中はご契約が失効しますと、復活のお取扱いができません。大切なご契約の効力が失われないよう、安全で確実なお払込み方法をお選びください。

3. 渡航先への携行書類について

Q 渡航先には、何を持っていけばいいのですか？

A 海外滞在中の、契約内容のご照会や手続きのお申し出などの場合に備えて、次のものをご持参されることをおすすめいたします。

○保険証券（写）

○ご契約のしおり（約款）

（一部の商品については、当社ホームページからもご覧いただけます）

○スミセイ安心だよりなど、当社からの通知物

4. 住友生命からの諸連絡について

Q 海外渡航中の住友生命からの通知や案内はどうなるのですか？

A 海外渡航中の住友生命からの諸通知は、ご指定いただいた国内連絡先にお送りいたします。

● お願い ●

海外渡航中での国内住所の変更や海外からのご帰国の際など、国内連絡先に変更がある場合は、当社までご連絡ください。

5.海外での保障について

Q

現在加入している保険は、渡航中でも保障されますか？

A

海外渡航中でも、ご契約が有効に継続している限り保障が受けられます。

ご契約の約款に基づいて、保険金や給付金などをお支払いいたします。

6.海外からの保険加入・中途付加などについて

Q

海外から新しく保険に加入することはできますか？

A

海外渡航中の新規ご加入や災害疾病関係特約の中途付加・増額、契約転換、復活などは、お取り扱いできません。

また、渡航前であっても渡航先や渡航期間、渡航先でのお仕事の内容などによっては、ご希望の内容でお引き受けできないことがあります。

担当の営業職員（スミセイライフデザイナー）もしくは最寄りの住友生命（各支社・支部）までお問い合わせください。

7. 契約者貸付・保険ファンド引出し、配当金・育英資金・生存給付金・学資祝金引出し、契約通算扱特約給付金引出し



海外渡航中の契約者貸付・保険ファンド引出し、配当金・育英資金・生存給付金・学資祝金引出し、契約通算扱特約給付金引出しの手続きはどのようにすればいいのですか？



次のいずれかの方法でご請求ください。

① **契約者ご本人から直接ご請求いただく方法**

インターネットまたは郵送にてお手続きいただけます。

■ **インターネットでご請求いただく方法**

「スミセイダイレクトサービス」のご利用が便利です。

(2～3ページをご参照ください。)

■ **郵送でご請求いただく方法**

海外から請求書類を直接当社に郵送していただく方法です。

当社から必要書類をご案内いたしますので、契約者ご本人がお申し出ください。

お申し出の際には必ず、次の情報をお知らせください。

○証券番号 ○契約者氏名 ○日本国内の送付先住所

② **代理人さまからご請求いただく方法**

16ページをご参照ください。

ご請求の際には次の書類をご提出ください。

○ **当社所定の請求書**

○ **本人確認書類** 各種証明書（パスポート、運転免許証等）の写し

貸付元金返済・利息返済につきましては、日本国内で日本円によるご返済となりますのでご了承ください。

(海外送金については、16ページをご参照ください。)

8. 解約

Q 保険を解約するときはどうすればいいのですか？



海外渡航中に、やむなく解約を希望されるときは、次のいずれかの方法でご請求ください。

① 海外渡航先から直接ご請求いただく方法

海外から請求書類を直接当社に郵送していただく方法です。当社から必要書類をご案内いたしますので、契約者ご本人がお申し出ください。

お申し出の際には必ず、次の情報をお知らせください。

○証券番号 ○契約者氏名 ○日本国内の送付先住所

② 代理人さまからご請求いただく方法

16ページをご参照ください。

ご請求の際には次の書類をご提出ください。

○当社所定の請求書

○本人確認書類 各種証明書（パスポート、運転免許証等）の写し

生命保険はご家族の生活保障や資金づくりなどに役立つ大切な財産ですので、ぜひともご継続ください。

(海外送金については、16ページをご参照ください。)

9.満期保険金・年金

Q

海外渡航中に、満期保険金を請求するときは、どのような手続きが必要ですか？

A

次の書類を満期保険金受取人さまからご提出ください。
ご請求には、3つの方法があります。

- ① **ご帰国後にご請求いただく方法**
ご帰国後に請求書類をご提出いただく方法です。
- ② **海外渡航先から直接ご請求いただく方法**
海外から請求書類を直接当社に郵送していただく方法です。
(ご請求に必要な書類につきましては、19ページをご参照ください。)
- ③ **代理人さまからご請求いただく方法**
16ページをご参照ください。

ご請求の際には次の書類をご提出ください。

○**当社所定の請求書**

○**本人確認書類** 各種証明書（パスポート、運転免許証等）の写し

※必要により上記以外の書類をご提出いただくことがありますので、
あらかじめご了承ください。

Q

海外渡航中の年金の受取りは、 どのような手続きが必要ですか？

A

年金受取人さまから当社所定の請求書等をご提出ください。
年金の種類や渡航先の国によって、ご提出いただく書類
および年金受取時の課税方法が異なります。（最下段の
〈年金受取時の課税について〉をご参照ください。）

渡航中に年金開始するとき、もしくは年金開始後に渡航されるときは、
お手続きに必要な書類をご案内いたしますので当社までご連絡ください。

ご請求には、2つの方法があります。

- ① **年金受取人ご本人からご請求いただく方法**
請求書類を直接当社に郵送していただく方法です。
- ② **代理人さまからご請求いただく方法**
16ページをご参照ください。

なお、海外送金のお取扱いはしていませんのでご了承ください。

ご請求の際には次の書類をご提出ください。

（必要な書類については、19ページをご参照ください。）

○ **当社所定の請求書**

○ **本人確認書類** 各種証明書（パスポート、運転免許証等）の写し

※必要により上記以外の書類をご提出いただくことがありますので、
あらかじめご了承ください。

〈年金受取時の課税について〉

海外渡航され「非居住者」(*1)となる場合、所得税法上の源泉徴収税率が20.42%となります。
ただし、渡航先の国と日本の両国で課税がされることを回避する主旨で、国ごとに「租税条約」を締結して
おり、租税条約締結国の場合は「租税条約に関する届出書」等の書類を当社経由で税務署あてにご提出いた
だくことで、源泉徴収税が免除される取扱いがあります。（条約の内容によっては免除されないこともあります。）(*2)

(*1) 「非居住者」・・・日本国内に「住所」を有するか、引き続き1年以上国内に「居所」を有する方以外
をいいます。判断に迷う場合は税務署あてご確認ください。

(*2) 2018年9月時点でアメリカ、イギリス、フランス等と租税条約を締結しており該当の国へ渡航
されている場合、源泉徴収税が免除されます。また国ごとに提出いただく書類は異なります。

10.入院・手術・通院・運動器損傷 ・がん薬物治療給付金

Q

**海外渡航中に、入院・手術・通院・
運動器損傷・がん薬物治療給付金を
請求するときは、どのような手続き
が必要ですか？**

A

ご請求には、3つの方法があります。

① **ご帰国後にご請求いただく方法**

ご帰国後に請求書類をご提出いただく方法です。

ご請求に必要な書類のうち、海外でのご入院先の診断書や現地警察などが発行する事故証明書など、その国で準備しておかなければならない書類は必ずお取り寄せのうえご帰国ください。

② **海外渡航先から直接ご請求いただく方法**

海外から請求書類を直接当社に郵送していただく方法です。

(ご請求に必要な書類につきましては、19ページをご参照ください。)

③ **代理人さまからご請求いただく方法**

16ページをご参照ください。

※診断書など、現地の医療機関から取得いただく書類については、和訳されたものがお手元にございましたら、あわせてご提出ください。

【ご使用いただく診断書】

2種類の診断書（証明書）は、以下のように使い分けてください。

| | |
|-----------------|---|
| 運動器損傷 証明書 | ※傷害損傷特約・傷害損傷特約（04）を付加されている お客さまのみ ・「骨折」の治療を受けたとき ・不慮の事故により「腱の断裂」・「靭帯の断裂」・ 「半月板の断裂」のいずれかに該当し、かつ約款に 規定する治療を受けたとき |
| 入院・手術・ 通院証明書 | 上記以外の不慮の事故・疾病により、入院・手術・通院 治療を受けたとき |

運動器損傷証明書をお取り寄せいただいたときは、入院・手術・通院証明書は不要です。がん薬物治療給付金※をご請求される場合は、抗がん剤（または疼痛緩和薬）の医薬品名の記載がある診療明細書写し等を、給付金請求書・海外傷病状況届出書と併せてご提出ください。

※がん薬物治療給付金は、がんにより所定の薬物治療（抗がん剤・疼痛緩和薬の投与・処方）を受けた場合に、薬物治療を受けた日の属する月ごとにお支払いします。

ご注意

入院・手術・通院・運動器損傷・がん薬物治療給付金は被保険者さまからのご請求となりますが、以下のときは異なりますのでご注意ください。

1. こども保険・新教育保険のとき
→ 契約者からのご請求となります。
2. 契約者、死亡保険金受取人および満期保険金受取人が同一の法人であるご契約のとき
→ 契約者からのご請求となります。
3. 被保険者が亡くなられたとき
→ 被保険者の相続人代表者からのご請求となります。
4. 被保険者が未成年のとき
→ 親権者からのご請求となります。
5. 傷病者をご家族のときで、以下のいずれかのご契約のとき
 - ① 2010年4月1日以降に更新したご契約
 - ② 2010年2月23日以降に復活したご契約→ 傷病者ご本人からのご請求となります。
6. 被保険者の意思能力がないとき
→ 被保険者代理人、成年後見人もしくは便宜後見人からのご請求となります。請求に必要な書類やお手続きの方法をご案内いたしますので、当社までご連絡ください。

1 1 .その他の病気・ケガの保険金・給付金

Q

病気やケガにより所定の状態になったときの請求はどのようにすればいいのですか？

A

海外渡航中に所定の介護状態等になられた場合は、日本国内での医学的基準に基づく当社所定の診断書により、ご傷病の状態を判断する必要がありますので、原則ご帰国後にご請求いただくこととなります。請求に必要な書類やお手続きの方法をご案内いたしますので当社までご連絡ください。

事故の場合は、ご帰国までに次の書類をお取り寄せください。

○不慮の事故であることを証明する書類

不慮の事故により障害状態になられたときのみお取寄せください。

現地警察などの公的機関発行の事故証明書

(お取寄せが困難なときは、新聞記事もしくは勤務先など第三者による証明をご提出ください。)

※保険金等のご請求の際は「受傷状況報告書」もご提出ください。

原則ご帰国後にご請求いただく保険金・給付金一覧

- 高度障害保険金
- 介護保険金（年金）、就労不能・介護年金（保険金）
- 早期ケア給付金、就労不能・介護保障充実給付金
- 特定疾病保険金、重度慢性疾患保険金、特定重度生活習慣病保険金
- 特定障害給付金
- 障害給付金
- 顔面損傷給付金
- がん診断保険金
- 保険料払込免除 等

1 2 . 死亡保険金

Q

被保険者が海外渡航中に死亡したときは、保険金の請求はどうすればいいのですか？

A

死亡保険金のご請求につきましては、日本国内で受取人さまからご請求ください。

ご請求の際には次の書類をご提出ください。

○当社所定の請求書

○受取人さまの本人確認書類の写し

○死亡証明書（診断書）

現地で発行の証明書（診断書）とあわせて、和訳されたものもご提出ください。

○不慮の事故であることを証明する書類

災害死亡を保障する特約が付加されているご契約で、不慮の事故により亡くなられたときはご記入・お取寄せください。

受傷状況報告書

現地警察などの公的機関発行の事故証明書

（お取寄せが困難なときは、新聞記事もしくは勤務先など第三者による証明をご提出ください。）

※請求に必要な書類やお手続きの方法につきましては、お申し出の際にご案内いたします。

1 3. 名義変更・契約内容変更

Q

海外渡航中の、名義変更や契約内容変更の手続きはどうすればいいのですか？

A

名義変更については被保険者さまの同意が必要となるため、被保険者さまのご署名が必要となります。また、変更内容によってご帰国後のお手続きとなることがありますので、あらかじめご了承ください。

契約内容変更につきましては、災害疾病関係特約の中途付加・増額などはお取り扱いできませんので、ご帰国後にお手続きください。その他の契約内容の変更は可能です。

① 海外渡航先から直接ご請求いただく方法

海外から請求書類を直接当社に郵送していただく方法です。当社から必要書類をご案内いたしますので、契約者ご本人がお申し出ください。お申し出の際には必ず、次の情報をお知らせください。

○証券番号 ○契約者氏名 ○日本国内の送付先住所

② 代理人さまからご請求いただく方法

16ページをご参照ください。

ご請求の際には次の書類をご提出ください。

○当社所定の請求書

○本人確認書類 各種証明書（パスポート、運転免許証等）の写し

1 4 . 代理人さまからの手続きについて

Q 代理人からの手続きはどうすればいいですか？



日本国内の代理人さまから請求書類をご提出いただくときは、委任状のご提出が必要となります。委任状をご記入いただき、代理人さまにお送りください。

※添付書類の「委任状／委任状の見本」をご参照ください。
なお、代理人さまによる手続き時には、代理人さまの本人確認書類もあわせてご提出いただくことになります。

1 5 . 海外送金のお取扱いについて

Q 海外口座への送金はできますか？



保険金等のお支払金の送金先は、日本国内の口座をおすすめいたします。ご希望があれば海外への送金をお取扱いいたします。（契約者貸付・年金はお取扱いいたしません。）

ただし、渡航先の法規制などによりお取り扱いできないことがあります。

1. 送金方法

請求者さま名義の銀行口座に円貨建で送金いたします。

なお、外貨建保険については、指定通貨での送金もお取り扱いいたします。

2. 送金経費

送金諸経費を請求者さまにご負担いただく場合があります。

※当社がご請求を受けてから、口座への送金（着金）までには日数を要しますので、あらかじめご了承ください。

16. 外国の居住者（納税者）となった場合



外国の居住者（納税者）となった場合、どのような手続きが必要ですか？



「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、所定の届出書をご提出ください。

「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」の改正により、「非居住者に係る金融口座情報の自動的交換のための報告制度」が創設され、一定の生命保険契約に加入される際等に、お客さまの氏名・住所（名称・所在地）、居住地国等を記載した届出書を、生命保険会社へご提出いただくことがお客さまに義務付けられました。

生命保険会社は、お客さまからご提出いただいた届出書の記載事項等を確認し、一定のご契約情報等を国税庁（所轄の税務署長）に報告することが義務付けられております。

つきましては、居住地国（*1）が日本以外であるお客さま、もしくは過去に届け出いただいた居住地国に変更（異動）があったお客さまは、「任意届出書 兼 異動届出書（居住地国確認届出書）」をご提出ください。（*2）

（*1）居住地国（納税地国）は、以下の①および②のように判断されますが、お客さまご自身の居住地国につきましては当社では判断できかねますので、ご不明点がある場合には、税理士等の専門家または最寄りの税務署にお問い合わせください。

①日本に住所等を有する方は日本（法人の場合は日本国内に本店または主たる事務所がある方）

②外国の法令において、住所を有するなど一定の基準により、所得税・法人税に相当する税を課されるものとされている方は当該外国

※上記の①②どちらにも該当する場合は、該当する居住地国をすべてご申告ください。

（*2）居住地国に異動が生じることとなった日から3ヶ月以内までにご提出ください。

17. 渡航先がアメリカ合衆国の場合



渡米後に米国納税義務者になったときは、どのような手続きが必要ですか？



米国法「FATCA（外国口座税務コンプライアンス法・Foreign Account Tax Compliance Actの略称）」実施に関する日米関係官庁間の声明（*1）に基づき、お客さまが所定の米国人（*2）である場合、米国内国歳入庁あてにご契約情報等の報告を行っており、米国内国歳入庁への報告にあたり、所定の書類をご提出いただきます。

《手続き方法》

- ・「外国口座税務コンプライアンス法（FATCA）に関する確認書兼情報提供同意書」に、必要事項をご記入のうえ、当社にご提出ください。
- ・なお、必要により、上記以外にも、追加の証明書類をご提示またはご提出いただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

（*1）国際的な税務コンプライアンスの向上及びFATCA実施の円滑化のための米国財務省と日本当局の間の相互協力及び理解に関する声明（2013年6月発表）

（*2）米国市民（米国籍）、米国居住者（*3）

（*3）「永住権所有者」および「米国での滞在日数が以下①②を共に満たす方」

①今年の米国滞在日数が31日以上

②「今年の米国滞在日数」「前年の米国滞在日数の3分の1の日数」「前々年の米国滞在日数の6分の1の日数」の合計が183日以上。（端数については、合計して1日に満たないときは切捨て）

18. 請求について必要となる書類一覧

| お手続き 必要書類 | 契約者貸付 | 配当金 | 解 約 | 満 期 保険金 | 年金*5 | 入院・手術 通院・ 運動器損傷 ・がん薬物 治療給付金 | 死亡保険金 |
|--|---------------|------|-----|------------|--------------|---|--|
| | 保険ファンド 引出し | 育英資金 | | | | | |
| [該当ページ] | P 7 | | P 8 | P 9 | P 10 | P 11 | P 14 |
| 当社所定の 請求書 | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 本人確認書類 の写し*1 | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○*2 | ○*3 |
| 海外傷病 状況届出書 | - | | - | - | - | ○*6 | - (受取人) |
| 入院・手術・通院 証明書(英文) または 運動器損傷 証明書(英文) | - | | - | - | - | ○*7 | - |
| 事故証明書*4 (不慮の事故の場合) | - | | - | - | - | ○ | ○ (災害死亡を保障する 特約が付加されて いる契約のみ) |
| 受傷状況報告書 (不慮の事故の場合) | - | | - | - | - | ○ | ○ (災害死亡を保障する 特約が付加されて いる契約のみ) |
| 戸籍書類等 | - | | - | - | △ | ○*8 | - |
| 死亡証明書 (診断書) | - | | - | - | - (在留証明書) | - | ○*9 (現地で発行された もの) |

* 1) 本人確認書類

各種証明書(パスポート、運転免許証等)の写しをご提出ください。

* 2) ご本人名義の口座をご指定の場合は省略できます。

* 3) ご本人名義の口座をご指定の場合、お支払金額によっては省略できる場合があります。

* 4) 現地警察などの公的機関が発行する証明書

取寄せが困難なときは、新聞記事もしくは勤務先など第三者による証明書でも可能です。

* 5) 租税免除の手続きを取られる場合、渡航先によって必要書類が異なります。

詳細は10ページをご参照ください。

* 6) 通院給付金のご請求につきましては、海外傷病状況届出書に通院日を正確にご記入ください。

なお、通院日の記載ある領収証(レシート)のご提出は不要です。

がん薬物治療給付金のご請求につきましては、抗がん剤(または疼痛緩和薬)の医薬品名の記載がある診療明細書の写し等を、給付金請求書・海外傷病状況届出書と併せてご提出ください。

- * 7) ご利用いただけない時は、現地の病院・診療所の所定のものでも結構です。その際は必ず、傷病者の氏名・生年月日・傷病名・初診日・入退院日・医療機関名（手術を受けられたときは、手術名・術式・手術日）の記載がある医師の署名付きの診断書をご提出ください。また、運動器損傷給付金のご請求の場合は、上記に加え、運動器損傷証明書（英文）の第4・10項に準じた記載がある医師の署名付きの診断書をご提出ください。和訳されたものがお手元にございましたら、あわせてご提出ください。
- * 8) 次のときには戸籍関係書類（全部事項証明書・個人事項証明書・住民票）または健康保険証の写しをご提出ください。
 - ①被保険者が亡くなられているとき
 - 被保険者さまの死亡事実が記載された戸籍関係書類
 - 請求者さまが被保険者さまの相続人であることが判明する戸籍関係書類
 - ②被保険者が未成年のとき
 - 「被保険者さまと親権者さま」との続柄が判明する戸籍関係書類または健康保険証の写し
 - ③傷病者をご家族のとき
 - 「被保険者さまと傷病者さま」との続柄が判明する戸籍関係書類または健康保険証の写し
- ②・③で、戸籍関係書類もしくは健康保険証の写しが困難なときは、「被保険者さまと親権者さま」「被保険者さまと傷病者さま」の各々のパスポートの写しをご提出ください。
※健康保険証の写しは、「記号、番号、枝番、保険者番号、二次元コード」をマスキング（黒塗り等）のうえ、ご提出ください。
- * 9) 現地で発行の証明書（診断書）とあわせて、和訳されたものもご提出ください。

○その他、必要に応じ、他の書類の提出が必要なことがあります。

○入院・手術・通院・運動器損傷給付金以外の保険金（年金）・給付金のご請求につきましては、日本国内の医的基準に基づく当社所定の診断書により、ご傷病の状態を判断する必要がありますので、原則ご帰国後にご請求いただくことになります。

19. 各種書類の送付先

| 書類名 | 書類送付先 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・任意届出書兼異動届出書（居住地国確認届出書） ・「外国口座税務コンプライアンス法（FATCA）」に関する確認書兼情報提供同意書 | 〒540-8512 大阪府中央区城見1-4-35 住友生命保険相互会社 保全変更サービス室 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・給付金請求書（入院・手術・通院・運動器損傷・がん薬物治療給付金） ・海外傷病状況届出書 ・入院・手術・通院証明書（英文） ・運動器損傷証明書（英文） ・受傷状況報告書 | 〒540-8512 大阪府中央区城見1-4-35 住友生命保険相互会社 保険金室 |

スミセイダイレクトサービスについて

インターネット等でお手続き・お問い合わせいただける便利なサービスです。サービス内容の詳細につきましては、当社ホームページをご覧ください。

■スミセイダイレクトサービス



*受付時間：平日、土・日・日本の祝日 午前8時～午後11時45分

〔5/3～5/5、12/31～1/3およびシステムメンテナンス期間中はご利用いただけません〕

<https://www.sumitomolife.co.jp>

※ご利用には、事前に利用登録が必要です。
詳細については2～3ページをご参照ください。

海外からの連絡先

海外からのご契約内容に関するご照会やお手続きのお申し出などは、下記窓口までお願いいたします。ご照会やお申し出の際には必ず、つぎの項目をご連絡ください。

- 証券番号 ○契約者名 ○被保険者名 ○ご照会いただく方の氏名
- 日本国内の送付先住所 ○照会・連絡内容

〒540-8512 大阪府中央区城見1-4-35

住友生命保険相互会社 スミセイコールセンター

TEL 81-78-330-9011 FAX 81-6-6937-1377

*受付時間：月～金曜日 午前9時～午後6時
土曜日 午前9時～午後5時

(日・日本の祝日・年末年始、臨時休業日を除く)

※受付時間等の詳細は当社ホームページをご確認ください。

帰国されたときの連絡方法

スミセイコールセンターまたは担当者まで帰国後のご住所をお知らせください。





- 海外渡航中にお支払いの事由が発生していて、お手続きされていないときは、その旨をお申し出ください。

■スミセイコールセンター

*受付時間：月～金曜日 午前9時～午後6時
土曜日 午前9時～午後5時

(日・祝日、年末年始、臨時休業日を除く)

※受付時間等の詳細は当社ホームページをご確認ください。

- スミセイライフデザイナー(営業職員)を通じてご加入のお客さま  0120-307506
- 金融機関等代理店・保険ショップを通じてご加入のお客さま  0120-506154
- 郵便局、ゆうちょ銀行、かんぽ生命を通じてご加入のお客さま  0120-506873
- 「外貨建商品」「たのしみYOUプラス」にご加入のお客さま  0120-506081

証券番号(お客さま番号)をあらかじめお確かめのうえお電話ください。
プライバシー保護のため、契約者等ご本人さまからのお電話をお願いします。

*受付日時は日本時間です。

給付金請求書（入院・手術・通院・運動器損傷・がん薬物治療）【住友生命提出用】

5586011

証券番号

記入日 年 月 日 黒色（または青色）のボールペン（消せるボールペン以外）でご記入ください。

請求者ご署名
 下記の承諾事項に（傷病者とともに）同意のうえ請求します。
 （代理人さまは該当するものをご選択（レ）のうえ左欄にご署名ください）
被保険者代理人 成年後見人 保佐人
補助人 任意代理人（委任状をご提出ください）
 親権者
 未成年後見人
 ご署名欄

支払明細書等送付先
 ●お支払明細書は下記のご住所へお送りします。
 （ご記入がない場合は、ご契約者の届け出住所に送付します。ご住所が海外の場合は、アルファベット大文字ブロック体で国名までご記入ください）

連絡先
 電話番号をご記入ください。（お客さまへご連絡する場合があります。必ずご記入ください）
 （ ） - （ ） - （ ）

※ 早くて安全な日本国内への送金をおすすめします。（確実に送金できるよう預金通帳等でご確認ください）
 ① 海外金融機関への送金をご希望の場合： 請求者ご本人の口座と金融機関の住所を、アルファベット大文字ブロック体で②と下記住所欄にご記入ください。
 （下記枠内への記入が困難な場合は、請求内容等欄の余白等にご記入、または口座情報の分かる資料をご提出ください。海外への送金諸経費を請求者さまにご負担いただく場合があります）

②または③のどちらかを選択し、請求者ご本人の口座をご記入ください。

受取口座
② 銀行口座
 金融機関名
銀行 労働金庫 本店
信用金庫 農協 支店
信用組合 支所
出張所
 預金種目
総合普通
当座
 口座番号（右詰め）
 口座名義（カタカナでご記入ください）


③ ゆうちょ銀行口座
 通帳記号
 通帳番号（右詰め）
 口座名義（カタカナでご記入ください）
 ※通帳ご利用欄の「振替口座開設」に○印があることをご確認ください。○印がない場合は受取口座に指定できません。

金融機関の住所（海外への送金をご希望の方のみ）【 (国名まで) 】

請求内容等
 給付金を請求します。（今回のご請求内容の該当番号を○で囲んでください。）
 【・入院給付金 ・手術給付金 ・通院給付金（退院後のみ） ・運動器損傷給付金 ・がん薬物治療給付金】
 ※上記選択いただいたご請求内容について、別紙の「海外傷病状況届出書」に記入のうえご提出ください。
 ※診断書など、現地の医療機関から取得いただく書類は和訳されたものがお手元にごございましたら、あわせてご提出ください。
 ※ご家族分（配偶者さま・20才未満のお子さま）のご請求時のみ以下の項目をご記入ください。
 フリガナ
 ・ご家族氏名〔 〕・続柄〔 配偶者さま ・ お子さま 〕（いずれかに○を付けてください）

【承諾事項】以下の事項について承諾のうえ請求します。
 ■当社は個人情報をお客さまの目的達成に必要な範囲で取り扱います。保健医療など特に取り扱いに注意を要する個人情報は、保険業法施行規則により利用目的が限定されており、保険業の適切な運営を確保するため業務上必要な範囲で取り扱います。
 ・各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い
 ・関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供（※）、ご契約の維持管理
 ・当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実 ・その他保険に関連・付随する業務（※）
 （※）お客さまの取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴、グループ会社等から取得した情報等を分析して、お客さまのニーズにあった各種商品・サービスに関する広告等の配信等を行うことを含みます。
 ■請求者は、当社が業務上必要な範囲内で治療を受けた医療機関へ保健医療等の機微（センシティブ）情報（傷病歴内容・事故状況・保険契約の内容）等を開示・提供することに同意します。
 ■請求者は、当社が業務上必要な範囲内で治療を受けた医療機関から保健医療等の機微（センシティブ）情報（問診票や診断書等の診療記録）等を取引することにご同意します。
 ■当社が必要と認めるときは、事実の確認を行います。

（住友生命使用欄）

| | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|------------------|-----------|
| 取次者（シール貼付欄） コード 支部 氏名 | 本人確認方法 | 代筆時請求意思確認方法 | ※送付案内はPX83-01（給付金）にて作成要 | | |
| | <input type="checkbox"/> 面識あり <input type="checkbox"/> 面前での本人確認書類の提示 <input type="checkbox"/> 本人確認書類写しの添付 | <input type="checkbox"/> 面前代筆：請求意思確認済 <input type="checkbox"/> 郵送代筆：電話で請求意思確認済 月 日 電話番号 | 事務担当者 確認印 | 書類受付日欄 | |
| 備考 | | |  | 取次者 書類 受付日 | 年 月 日(和暦) |
| | | | | 不備 整備日 | 年 月 日(和暦) |

海外傷病状況届出書

本帳票は入院・手術・通院・運動器損傷・がん薬物治療給付金についてお支払いの判断をさせていただく際の参考とさせていただきますので、わかる範囲でご記入ください。

本帳票のみでお支払可否・お支払金額の判断はできません。ご請求にあたっては、当社所定の英文診断書（入院・手術・通院証明書）または英文診断書（運動器損傷証明書）に主治医の証明をいただいたうえで、ご提出ください。また、がん薬物治療給付金をご請求の場合は、抗がん剤・疼痛緩和薬の医薬品名の記載がある診療明細書等をご提出ください。

次のとおり届け出ます

海外にて
 (入院・手術・退院後の通院(通院特約の付加がある方のみ)・
運動器の損傷・がんの薬物治療)
 該当に○をしてください。 をしました。

■証券番号・傷病者氏名をご記入ください。

| | |
|-------|---|
| 証券番号 | 号 |
| 傷病者氏名 | |

■入院・手術・通院・運動器損傷・がん薬物治療の原因となった傷病名をご記入ください。

| | |
|-----|--|
| 傷病名 | |
|-----|--|

■入院期間をご記入ください。(西暦)

| | |
|------|--------------|
| 入院期間 | 年 月 日～ 年 月 日 |
|------|--------------|

■手術名・手術日をご記入ください。(西暦)

| | |
|-----|-------|
| 手術名 | 手術日 |
| | 年 月 日 |

■今回治療を受けた国名をご記入ください。

| | |
|----|--|
| 国名 | |
|----|--|

■その他連絡事項があればご記入ください。(がん薬物治療給付金を請求される場合は) 抗がん剤・疼痛緩和薬の投与・処方を受けた年月をご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

■以下は、通院特約の付加がある方のみご記入ください。

退院後の通院がある場合は、下記の表に該当の年月月をご記入のうえ、通院した日を○で囲んでください。なお、医療機関発行の領収証（レシート）のご提出は不要です。

※ご注意

- 左記傷病の治療を目的とした通院治療日(往診日も含む)が対象となります。治療処置を伴わない、薬剤の購入・受取のみの通院、診断書の受取のみの通院はお支払対象とはなりませんので記入しないでください。
- 記載の通院日について、当社が医療機関あて事実の確認をする場合があります。
- 故意に事実と異なる申告をした場合、保険約款に基づきご契約・特約を解除する場合がありますのでご注意ください。

| | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 年 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 月 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 年 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 年 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| 年 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 月 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |

【個人情報の取扱いについて】

- 当社は個人情報を以下の目的達成に必要な範囲で取り扱います。保健医療など特に取扱いに注意を要する個人情報は、保険業法施行規則により利用目的が限定されており、保険業の適切な運営を確保するため業務上必要な範囲で取り扱います。
 - ・各種保険契約のお引き受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い ・当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
 - ・関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供 (※)、ご契約の維持管理 ・その他保険に関連・付随する業務 (※)
 - (※) お客さまの取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴、グループ会社等から取得した情報等を分析して、お客さまのニーズにあった各種商品・サービスに関する広告等の配信等を行うことを含みます。
- 請求者は、当社が業務上必要な範囲内で治療を受けた医療機関へ保健医療等の機微（センシティブ）情報（傷病歴内容・事故状況・保険契約の内容）等を開示・提供することに同意します。
- 請求者は当社が業務上必要な範囲内で治療を受けた医療機関から保健医療等の機微（センシティブ）情報（問診票や診断書等の診療記録）等を取付することに同意します。
- 当社が必要と認めるときは、事実の確認を行います。

運動器損傷給付金のご請求の場合は、運動器損傷証明書をご使用ください。

To:Sumitomo Life Insurance Company

English Only:Please type or write in block letters.

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT 英文診断書(入院・手術・通院証明書)

1.PATIENT'S NAME 2.SEX 3.DATE OF BIRTH (Month) (Day) (Year)

4.NAME OF SICKNESS OR INJURY FOR HOSPITALIZATION 5.INCEPTION DATE OF SICKNESS OR INJURY (Month) (Day) (Year)

6.CAUSE OF THE HOSPITALIZATION

7.TREATMENT TERM Initial Consultation : / / to / / Consultation : Finish Continue Month Day Year Month Day Year

8.SURGICAL OPERATION EFFECTED Important : Please circle appropriate Craniotomy Trepanation Thoracotomy Thoracoscopic Surgery Laparotomy Laparoscopic Surgery

NAME OF OPERATION DATE OF OPERATION Month Day Year

9.RADIOTHERAPY Place Period / / to / / Quantity in total Gy (Rads)

10. IN CASE OF MALIGNANT NEOPLASM Result of Histopathological Diagnosis Please describe the Name of Histopathological Diagnosis TNM Staging T()N()M() Date of Diagnosis (Month)(Day)(Year)

11. IN CASE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION 60 days after the initial consultation,was it still necessary to continue limiting the work done by the patient? Yes/No

12. IN CASE OF CEREBRAL APOPLEXY CNS sequelae remaining 60 days after initial consultation Yes/No If Yes,please write details of these sequelae

13. TREATMENT RECEIVED AS OUTPATIENT Treatment received in Month /Year Please circle day(s) of ambulatory care or visit for above 4(Disease/injury)-within 120days after discharge. Total Day(s)

these statements are true and complete to the best of my knowledge and belief Name of hospital Address of hospital Signature of doctor Date (Month) (Day) (Year) Country

運動器損傷給付金以外のご請求の場合は入院・手術・通院証明書をご使用ください。

To:Sumitomo Life Insurance Company

English Only:Please type or write in block letters

Musculoskeletal Injury certificate 英文診断書 (運動器損傷証明書)

| | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------------|---|--|--------------------------------|
| 1.Name | | Sex M / F | Date of Birth | ____ (m) / ____ (d) / ____ (y) | | |
| 2.Name/site of Injury | | | 3.Date of Accident | ____ (m) / ____ (d) / ____ (y) | | |
| 4. Details of Injury state | If a definitive diagnosis is related to the conditions below, Please circle appropriate. | | 5. Initial Consultation | ____ (m) / ____ (d) / ____ (y) | | |
| | <input type="checkbox"/> Fracture / Insufficiency Fx / Compression Fx(*) (*)includes one caused by disease | | 6.Period of Hospitalization | From | ____ (m) / ____ (d) / ____ (y) | |
| | <input type="checkbox"/> Rupture of the ligament <input type="checkbox"/> Rupture of the tendon <input type="checkbox"/> Rupture of the meniscus | | | To | ____ (m) / ____ (d) / ____ (y) | |
| | <input type="checkbox"/> Other (specify : _____) *Please make sure to circle at least one of the above. | | | 7.Previous Doctor | | Doctor's Name |
| 8.Cause of Injury | | | 9.Pre-existing Disorder | Part of Body | Detail of Disorder | |
| 10.Type of Fixation | (1)Plaster (2)Splint (3)Other (_____) | | Period of Fixation | From to | ____ (m) / ____ (d) / ____ (y) ____ (m) / ____ (d) / ____ (y) | |
| 11.Operation | Operation performed for this injury | | | | | |
| | Name of Operation | | | | Date of Operation | ____ (m) / ____ (d) / ____ (y) |
| | Please circle appropriate | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | Open Surgery | <input type="checkbox"/> | Surgery of Extremity in which operative site is MP joint and/or proximal | | |
| | <input type="checkbox"/> | Closed Surgery | <input type="checkbox"/> | Surgery of Dermatoplasty(Skin·Flap)with grafts equal to 25cm ² or larger | | |
| <input type="checkbox"/> | Surgery of Muscle,Tendon and Ligament | | | | | |
| 12. Outpatient Treatment Certificate | Month/Year | Please circle day(s) of ambulatory care or doctor's visit for above 2. <u>after discharge</u> | | | Total | |
| | (m) (y) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | day(s) | |
| | (m) (y) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | day(s) | |
| | (m) (y) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | day(s) | |
| | (m) (y) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | | | day(s) | |
| These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief. | | | | Date | ____ / ____ / ____ (Month) (Day) (Year) | |
| Name of hospital | | | | Country _____ | | |
| Address of hospital | | | | | | |
| Signature of doctor | | | | | | |

受傷状況報告書【住友生命提出用】

- ・ご請求原因が『事故・ケガ』の場合はA・B欄についてご記入のうえ、請求書と一緒にご提出ください。
- ・黒色（または青色）のボールペン（消せるボールペン以外）でご記入ください。
- ※ご自身での記入が困難な場合は、ご家族さま（ご親族さま）が代わりに記入いただくことも可能です。

| | | | | |
|-----------|------|---------------------------------|------------------------------------|----------|
| A 請求者等 | 記入日 | 年 月 日 | 請求者氏名 | |
| | 受傷者 | <input type="checkbox"/> 請求者と同じ | <input type="checkbox"/> 請求者以外【氏名： | 請求者との続柄： |
| | 事故日 | 年 月 日 | 午前・午後 | 時 分 |
| | 事故場所 | | | |

| | | | |
|-----------|--|---------------------------------------|--|
| B 受傷状況 | ① 工作中的の事故ですか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| | ② ケガの原因となった事故について a～f の中から該当するものを 全て チェックしてください。 c～f に該当する場合は下部の詳細記入欄に受傷状況の詳細をご記入ください。 | | |
| | <input type="checkbox"/> a. 転倒（例：道ばたでつまずき、転んだ） | | |
| | <input type="checkbox"/> b. スポーツ（例：サッカーで相手と衝突） | | |
| | <input type="checkbox"/> c. 転落（例：〇〇していて、〇〇から落ちた） | | |
| | <input type="checkbox"/> d. 自動車・バイクでの交通事故 | | |
| | <input type="checkbox"/> 運転中 <input type="checkbox"/> 運転中以外（同乗中等） | 運転中のとき、右の中から 該当するものをチェック してください | <input type="checkbox"/> 飲酒をしての事故 <input type="checkbox"/> 無免許（免許無効中含む）での事故 <small>※免許不携帯は含みません</small> <input type="checkbox"/> 上記に該当するものはない |
| | <input type="checkbox"/> e. 自転車・歩行中の交通事故 | | |
| | <input type="checkbox"/> f. その他 | | |
| | 詳細記入欄（c～f をご選択された場合にご記入ください。） | | |
| | | | |

英文による「生命保険加入証明書」

海外留学などをされる場合に、留学先などから「生命保険加入証明書」の提出を求められることがあります。
このような場合、住友生命では英文による証明書を発行していますので、ご要望の際はお申し出ください。

「生命保険加入証明書」(CERTIFICATE)見本

SUMITOMO LIFE INSURANCE COMPANY

1-4-35, SHIROMI CHUO-KU,
OSAKA 540-8512, JAPAN

Tel.06-6937-1208

October 1, 2015

C E R T I F I C A T E

This is to certify that the policyholder has been under the contract with
SUMITOMO LIFE INSURANCE COMPANY in the following conditions :

Policy Plan : Whole Life with Rate Adjustable Every 3 Years and with Minimum
Rate Guaranteed(includes Renewable 30-year Term Life Rider *)
* without medical underwriting

Policy No. : 03123456789

Policyholder : Hanako Sumisei

Insured : Hanako Sumisei

Issue Date : April 1, 2003

Term of Policy : Life time

Death Benefit : ¥10,006,209

Premium : ¥5,000per month

Riders:

Injury and casualty policy: ¥50,000

General Medical Policy : ¥5,000 per day

Hospital benefit for cancer : ¥5,000 per day

Advanced medical special contract : ¥5,000,000 (Benefit maximum)

Special contract for inpatient care: ¥75,000

This life insurance policy is valid in all the countries of the world.(*)
(*)This life insurance policy is effective for the temporary return to Japan.

Yours truly,

Taro Sumisei

Taro Sumisei
Manager of Policyholder Service & Maturity Payment Section

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

任意届出書 兼 異動届出書 (居住地国確認届出書)

「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、以下の項目を届け出ます。

| | | | |
|----------------|--|--|--------------------|
| 記入日 | 年 月 日 | 生年月日 個人のみ | 年 月 日 |
| (フリガナ) 氏名 (自署) | 法人の場合は法人名と代表者名 (組合の場合は組合名と特定組合員の名称) | | 様 ご印鑑 (法人の場合のみ) |
| 住所 | 法人の場合は本店または主たる事務所の所在地 (組合の場合は組合の住所および特定組合員の住所) | | |
| 居住地 | 以前届け出いただいた税制上の居住地 | (当社に届け出いただいた居住地国に異動があった場合のみ) 以前届け出いただいた税制上の居住地国をご記入ください 国名: | |
| | (今後の) 税制上の居住地 | 国名: (年 月から) 税制上の居住地国と、上記住所の国名が異なる場合は、以下にその理由をご記入ください | |
| | 納税者番号 | | |

以下は、法人のみご記入ください

| | | | |
|---|--|-------------|-------------|
| 法人の届出事項 法人のみ | ①いずれかにチェックしてください。 | | |
| | 法人形態は以下のいずれかに該当しますか <input type="checkbox"/> はい 該当するものにチェックしてください <input type="checkbox"/> いいえ ②に進んでください ②の記入は不要です | | |
| | <input type="checkbox"/> 上場法人 <input type="checkbox"/> 上場法人と支配関係にある法人 <input type="checkbox"/> 外国の報告金融機関等 <input type="checkbox"/> 内国の報告金融機関等 <input type="checkbox"/> 持株会社 <input type="checkbox"/> 公共法人及び公益法人等 (法人税法別表第一及び別表二に掲げられているもの) <input type="checkbox"/> 国、地方公共団体 <input type="checkbox"/> 国、地方公共団体が資本金、基本金その他これらに準ずるものの全部を出資している法人 <input type="checkbox"/> 上場法人と支配関係にある法人に対する出資、融資又はこれらに準ずる取引を行うことを業務とする法人 | | |
| | ②いずれかにチェックしてください。 | | |
| 主となる業種は投資業※1ですか <input type="checkbox"/> はい 以下をご記入ください <input type="checkbox"/> いいえ 以下は記入不要です | | | |
| 法人の実質的支配者※2 等について、①~④は必ずご記入、⑤~⑦は当てはまる場合のみご記入ください。 | | | |
| ①氏名 (フリガナ) | | | |
| ②住所 | | | |
| ③生年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| ④税制上の居住地国名 | (旧) | (旧) | (旧) |
| | (新) (年 月~) | (新) (年 月~) | (新) (年 月~) |
| ⑤②の国と④(新)が異なる場合、その事情 | | | |
| ⑥納税者番号 ④(新)が外国の場合 | | | |
| ⑦貴社の法人番号※3 貴社が内国法人であり、実質的支配者の居住地国が外国の場合 | | | |

※1 次の①もしくは②に該当する法人をいいます。
 ①各事業年度の総収入金額のうち、投資関連所得の占める割合が50%以上である法人
 ②各事業年度の総資産額のうち、投資関連所得の元となる資産の合計額が占める割合が50%以上である法人
 ※2 例：議決権保有比率が25%超の方、法人を代表する権限を有する方
 ※3 法人番号が確認できる書類をご提出ください。

任意届出書 兼 異動届出書について

- 当書面は、「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、税制上の居住地国等をご申告いただくものです。
 - ・ご申告いただいたお客さまの情報は、国税庁に報告・提供させていただきます。
 - ・虚偽の記載をされた場合等は、法律上の罰則を科せられることがあります。
 - ・ご記入いただく内容に変更があった場合は、その事実の発生後3ヶ月以内までに改めて届出書をご提出いただく必要があります。その際は速やかに当社までお申し出ください。

●本人確認書類の写しをご提出ください。

- <個人の方> : パスポート、運転免許証、在留カード、特別永住者証明書、住民票、外国政府の発行する各種証明書などの写し
- <法人の方> : 登記事項証明書、印鑑証明書、外国政府の発行する各種証明書などの写し

記入要領

- 1 法人の場合は、法人名と代表者名を記入し、ご印鑑欄に法務局届出印を押印ください。
親権者・未成年後見人による手続きの場合、親権者・未成年後見人の方の氏名もご記入ください。
 - 2 外国の住所の場合は、アルファベットでご記入ください。
 - 3 以前当社に届出書を提出されていた場合のみ、届け出いただいた居住地国をご記入ください。税制上の居住地国名は、カタカナでご記入ください。今後の税制上の居住地国と住所が異なる場合は、理由をご記入ください。
 - 4 日本の個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。納税者番号をご提供いただけない場合は、その旨をご記入ください。（発行されていない・発行国の法令により提供できない 等）
- 以下は、法人のみご記入ください
- 5 ①「はい」か「いいえ」いずれかにチェックしてください。
「はい」の場合は、該当する法人形態にチェックしてください。
「いいえ」の場合は、②をご記入ください。
 - 6 ②「はい」か「いいえ」いずれかにチェックしてください。
「はい」の場合は「特定法人※」にあたるため、国税庁への報告対象となりますので、実質的支配者等についてご記入ください。
「いいえ」の場合は、以降についての記入は不要です。
 - 7 今後の居住地国を(新)に、(当社に届け出いただいた居住地国に異動があった場合のみ)以前届け出いただいた居住地国を(旧)にご記入ください。

住友生命保険相互会社 御中 証券番号 **12345678901**

任意届出書 兼 異動届出書 (居住地国確認届出書)

「租税条約等の実施に伴う所得税法、法人税法及び地方税法の特例等に関する法律」に基づき、以下の項目を届け出ます。

| | | | |
|----------------|---|---|--|
| 記入日 | 2019年 1月 23日 | 生年月日 | 1990年 4月 5日 |
| (フリガナ) 氏名 (自署) | 個人の場合 住生太郎 | 法人の場合 〇×商事株式会社 代表取締役 築地太郎 | ご印鑑 (法人の場合のみ) |
| 住所 | 法人の場合は本店または主たる事務所の所在地 (組合の場合は組合の住所および特定組合員の住所) 東京都中央区築地 7-18-24 | | |
| 居住地国 | 以前届け出いただいた税制上の居住地国 国名: ドイツ | (当社に届け出いただいた居住地国に異動があった場合のみ) 以前届け出いただいた税制上の居住地国 国名: フランス (2019年 1月から) | 税制上の居住地国と、上記住所の国名が異なる場合は、以下にその理由をご記入ください 1年間の留学のため |
| 納税者番号 | 4 | 123-45-6789 | |

以下は、法人のみご記入ください

| | | | |
|--|-----------------------|---|---|
| ① いずれかにチェックしてください。 | 法人形態は以下のいずれかに該当しますか | <input type="checkbox"/> はい 該当するものにチェックしてください ②の記入は不要です | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ②に進んでください |
| ② いずれかにチェックしてください。 | 主となる業種は投資業※1ですか | <input checked="" type="checkbox"/> はい 以下をご記入ください | <input type="checkbox"/> いいえ 以下は記入不要です |
| 法人の実質的支配者※2等について、①~④は必ずご記入、⑤~⑦は当てはまる場合のみご記入ください。 | ① 氏名 (フリガナ) | 城見 太郎 (シロミ タロウ) | |
| | ② 住所 | 大阪市中央区城見 1-4-35 | |
| | ③ 生年月日 | ××××年 4月 1日 | 年 月 日 |
| | ④ 税制上の居住地国 | (旧) 日本 (旧) | (旧) |
| | | (新) イタリア (2019年 1月~) (新) | (新) (年 月~) (新) (年 月~) |
| | ⑤ ②の国と④(新)が異なる場合、その事情 | イタリアに1年間滞在のため | |
| | ⑥ 納税者番号 | 123-45-6789 | |
| | ⑦ 貴社の法人番号※3 | 1234567890123 | |

※1 次の①もしくは②に該当する法人をいいます。
①各事業年度の総収入金額のうち、投資関連所得の占める割合が50%以上である法人
②各事業年度の総資産額のうち、投資関連所得の元となる資産の合計額が占める割合が50%以上である法人
※2 例：議決権保有比率が25%超の方、法人を代表する権限を有する方
※3 法人番号が確認できる書類をご提出ください。

- ※「特定法人」とは以下の法人のいずれにも該当しない法人のことをいいます。
- 上場法人 ●上場法人と支配関係にある法人 (親会社・兄弟会社・子会社・孫会社等) ●外国の報告金融機関等 ●内国の報告金融機関等
 - 持株会社 ●公共法人及び公益法人等 (法人税法別表第一及び別表第二に掲げられているもの)
 - 国、地方公共団体 ●国、地方公共団体が資本金、基本金その他これらに準ずるものの全部を出資している法人
 - 上場法人と支配関係にある法人に対する出資、融資又はこれらに準ずる取引を行うことを業務とする法人
 - 主となる業種が投資業でない法人 (以下①と②のいずれにも該当する法人)
 - ①各事業年度の総収入金額のうち、投資関連所得の占める割合が50%未満である法人
 - ②各事業年度の総資産額のうち、投資関連所得の元となる資産の合計額が占める割合が50%未満である法人

「外国口座税務コンプライアンス法(FATCA)」に関する確認書兼情報提供同意書

住友生命保険相互会社 行

当書面は、米国内国歳入庁(IRS)や本邦国税庁へ、お客さまの米国納税者番号(TIN: U.S. taxpayer identification number)や加入内容等を報告することに同意いただくためのものです。ご契約者本人が内容を確認いただき、正確にご記入くださいますようお願いいたします。

① 米国内国歳入庁(FATCA)における特定米国人に該当するかの確認

【確認1】ご契約者について、以下a. ~d. のうち該当するものにチェック☑してください。

| | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. 米国内国歳入庁(米国内籍) | <input type="checkbox"/> b. 米国内国居住者のうち、米国内国永住権所有者 | <input type="checkbox"/> c. 米国内国居住者のうち、直近3年間で183日以上米国内国に滞在 | <input type="checkbox"/> d. 左記a. ~c. のいずれにも該当しない |
|---|---|--|--|

【確認2】へ
進んでください

【確認2】ご契約者について、以下ア. イ. に該当しますか。

a・bのいずれかにチェック☑してください。

ア. 今年の米国内国滞在日数が31日以上

イ. 「今年の米国内国滞在日数」「前年の米国内国滞在日数の3分の1の日数」「前々年の米国内国滞在日数の6分の1の日数」の合計が183日以上(端数については、合計して1日に満たない場合は切捨て)

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. 両方の条件に該当する。 | <input type="checkbox"/> b. いずれか一方または両方の条件に該当しない。 |
|---|---|

特定米国内国に該当
以下②に進んでください

特定米国内国に該当
以下②に進んでください

② 米国内国納税者番号(TIN: U.S. taxpayer identification number)の確認

次頁に記載の「■個人情報の取扱い」に同意いただき、各項目をご記入ください。

| | |
|-----------------------------|--|
| 氏名(英字・大文字) | |
| 住所(英字・大文字) | |
| 米国内国納税者番号 | □□□□ - □□□□ - □□□□□□ |
| 証券番号 | □□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 署名欄 (ご契約者本人が ご署名ください) | 上記内容は事実に相違ありません。 年 月 日 |
| | 氏名 様 |
| | 親権者または未成年後見人氏名 様 (親権者または後見人による手続きの場合のみ) |

特定米国内国に非該当
この同意書の提出は不要です

本社受付



■個人情報の取扱い

○FATCAに基づき、当社が米国内国歳入庁や本邦国税庁へ、租税の賦課徴収のため、米国納税者番号（米国雇用主番号）や生命保険の内容（契約者名、証券番号等）を提供する場合があります。

○米国の個人情報の保護に関する制度については、以下のとおりです。

詳細については、個人情報保護委員会 HP (<https://www.ppc.go.jp/>) をご覧ください。

＜米国の個人情報の保護に関する制度（概要）＞

・包括的な法令は存在しませんが、公的部門に適用される法令として、電子通信プライバシー法（ECPA）や、医療保険の携行性と責任に関する法律（HIPAA）があります。

・EU の十分性認定は受けておりません。

・APEC の CBPR システムに 2012 年 7 月 25 日に参加しております。

・OECD プライバシーガイドライン8原則に対応する義務又は本人の権利に関しては、①収集制限の原則、⑤安全保護の原則、⑦個人参加の原則について、HIPAA に一部規定されており、④利用制限の原則については ECPA 及び HIPAA に一部規定されています。②データ内容の原則、③目的明確化の原則、⑥公開の原則、⑧責任の原則については、該当する規定は不見当です。

・その他本人の権利利益に重大な影響を及ぼす可能性のある制度は、不見当です。

○提供先である米国内国歳入庁においては、OECD プライバシーガイドライン 8 原則に対応する措置をすべて講じております。

委任状

代理人（受任者）

住 所 _____

氏 名 _____ 続 柄 _____

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は上記の者を代理人と定め、次の事項に関し権限を委任します。

| | |
|-------|---|
| 証券番号等 | |
| 手続き | ・ |
| | ・ |
| | ・ |

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者（請求権者）

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____

委任状記入見本

● 委任者（請求権者）が全項目をご記入ください。

① 代理人（受任者）情報

請求権者に代わって手続きを行う代理人（受任者）についてご記入ください。

② 証券番号等

権限を委任する契約の証券番号等をご記入ください。

③ 手続き

委任する手続きを具体的にご記入ください。

〈例〉 契約者貸付金の請求
受取人の変更
死亡保険金の請求 等

④ 委任者（請求権者）情報

委任者（請求権者）本人についてご記入ください。

法人の場合は、氏名欄に「法人名、代表者肩書、代表者氏名」をご記入ください。

住友生命提出用

委任状

① 代理人（受任者）

住 所 大阪市中央区城見1-4-35

氏 名 住生 一郎 続柄 長男

生年月日 (西暦) 1985 年 4 月 15 日

私は上記の者を代理人と定め、次の事項に関し権限を委任します。

| | |
|---------|-------------------|
| ② 証券番号等 | 12345678901 |
| ③ 手続き | ・ 契約者貸付 ・ ・ |

(西暦) 2021 年 1 月 8 日

④ 委任者（請求権者）

住 所 大阪市中央区城見1-4-35

氏 名 住生 花子

生年月日 (西暦) 1955 年 12 月 16 日

電話番号 090-1234-5678

< 委任者（請求権者）の必要書類 >

① 委任状

② 公的な各種証明書の写し ※当社への提出時点において、有効な各種証明書をご準備ください。

▶ 委任者（請求権者）が**個人**の場合

委任者（請求権者）の公的な各種証明書の写しをご提出ください。

▶ 委任者（請求権者）が**法人**の場合

登記事項証明書と代表者の公的な各種証明書の写しを提出するか、もしくは

法人の印鑑証明書を提出のうえ、④委任者（請求権者）情報欄の余白に実印を押印してください。

※登記事項証明書の有効期限は発行日から6か月以内、印鑑証明書の有効期限は発行日から3か月以内です。

< 代理人（受任者）の必要書類 >

① 公的な各種証明書の写し ※当社への提出時点において、有効な各種証明書をご準備ください。

● 委任状による手続きについてのお願い

・ 手続きに際しては、委任者（請求権者）あて意思確認をさせていただくことがあります。

・ 原則 お支払いは、委任者（請求権者）名義の口座への送金となります。

※代理人（受任者）名義口座への送金が可能な手続きには、請求書記入見本にご希望の場合の取扱い方法を記載しています。

・ 委任状は、誰が（委任者（請求権者）の自署）・誰に（代理人（受任者）名）・何を（証券番号等と手続き）委任するかが明確に表示されていれば、形式は問いません。