

# 申込画面 操作マニュアル

## みまもりスク

(正式名称：医療保険)

※当マニュアルは、すべてのスマートフォン・OSに対応しているものではありません。機種やOSによって画面表示や操作方法が異なる場合があります。

「あなたらしく」をスマートに!

**第一スマートほけん**

第一スマート少額短期保険株式会社

 Dai-ichi Life Group

**STEP 0** お申込みトップページ

**STEP 1** アカウント作成、契約者および指定代理請求人の入力

**STEP 2** 健康状態等の確認（告知）

**STEP 3** 申込内容確認

**STEP 4** 重要事項説明・意向確認

**STEP 5** 申込提出（カード情報入力）

# STEP 0 お申込みトップページ

「あなたらしく」をスマートに!

## 第一スマートほけん

第一スマート少額短期保険株式会社

デジタル

### 商品概要

ちょうどいいスマホ医療ほけん

# みまもりスク

(正式名称:医療保険)

病気やケガによる入院・手術に加え、不慮の事故による骨折治療にもリーズナブルな保険料で備えられる医療保険です。

### 商品特徴

## 3つの特徴

01



入院・手術はもちろん、事故による骨折治療もサポート

1泊2日以上入院をしたとき、所定の手術を受けたとき、不慮の事故による骨折で治療を受けたときに給付金をお受け取りいただけます。

※申込日からその日を含めて14日を経過した日から保障が開始されます。

※給付金額やお支払い条件は「保障内容」欄をご確認ください。

デジタル

### 保障内容

## 保障内容

入院給付金

入院1日あたり

# 5,000円



① 保障内容欄までスクロールすると画面下部に「お申込みはこちら」ボタンが表示されます。ページ最後までご確認の上、押下してください。



お申込みはこちら

### お申込み前のご確認

お申込み前にご確認ください

スマートフォンでお申し込みされる場合、ご利用のブラウザはSafari、Chromeを推奨しております。

#### お客さまの意向

- ・病気やケガによる入院・手術等の費用に備える
- ・不慮の事故による骨折の治療費用に備える

#### 商品の特徴

- ・病気やケガでの1泊2日以上入院、所定の手術にかかる費用に備えられる保険
- ・不慮の事故で骨折した場合の治療費用に備えられる保険

② ポップアップが表示され、スクロールすると、「続ける」ボタンが表示されるので押下してください。

※初年度の保険期間は、責任開始期に始まり、契約日の11か月後に更新を迎えます。詳細は更新前のご案内いたします。

- お問い合わせや契約・給付金請求等のお手続きはご都合の良い時に [マイページ](#) からおこなえます。

戻る

続ける

次ページ

③ ^

# STEP 1 アカウント作成、契約者および指定代理請求人の入力

× 第一スマートほけん

アカウント作成

お申し込みには第一スマート少額短期保険株式会社のアカウント作成が必要です

メールアドレス

パスワード

英大文字・英小文字・数字を全て含む8桁以上 (@や!などの記号は使用できません。)

③ 弊社のアカウントをお持ちでないお客さま

アカウントとして登録するメールアドレス・パスワードを入力してください。

④ 利用規約の確認ボタンを押下してください。

※ ご入力いただきましたメールアドレスあてにお送りいたします。  
※ あらかじめ「@dsmart-ins.com」からのメールを受信できるように設定をお願いいたします。

利用規約の確認

利用規約に同意してアカウント登録

アカウントをお持ちの方はこちら

③ 弊社のアカウントを既にお持ちのお客さま

ご登録頂いたメールアドレス、パスワードを入力して、6ページ⑫にお進みください。

6ページ  
⑫へ

× 第一スマートほけん

利用規約

最後までお読みいただくと「利用規約に同意する」ボタンが押せるようになります

第一スマートアカウントサービス利用規約  
および本サービスにおける個人情報保護方針

【第一スマートアカウントサービス利用規約】

2021年4月1日制定

第1条 (規約の目的)

本規約は、第4条第3項の規定に基づき第一スマートアカウントサービス利用規約を締結した個人に対して第一スマート少額短期保険株式会社（以下「当会社」といいます。）が提供する特定保険（以下「本保険」といいます。）の契約に係るマイベジ等の運用等のサービス（以下「本サービス」といいます。）に関する利用条件を定めることを目的とします。なお、本サービスは、本保険の保険約款（特約事項その他の付随書類を含みます。）および本規約（以下すべてを併せて「全約款」といいます。）に従って提供されます。本保険の加入にあたっては、全約款をご承諾のうえ、加入する必要があります。

第2条 (対象)

本サービスは、当会社のアカウントを保有するお客さまのうち、第4条の規定に基づく本サービスの利用条件（以下「本サービス利用条件」といいます。）を満たした個人（以下「利用客」といいます。）を対象とします。

利用規約に同意する

⑤ 利用規約をすべてスクロールすると「利用規約に同意する」ボタンが押下できるようになります。

× 第一スマートほけん

アカウント作成

お申し込みには第一スマート少額短期保険株式会社のアカウント作成が必要です

dai-ichi-smart@gmail.com

英大文字・英小文字・数字を全て含む8桁以上 (@や!などの記号は使用できません。)

⑥ メールアドレス、パスワードの入力、利用規約の確認を行うとボタンが押下できるようになります。

利用規約に同意してアカウント登録

アカウントをお持ちの方は

次ページ  
⑦へ

# STEP 1 アカウント作成、契約者および指定代理請求人の入力



メールアドレスを認証してください。

入力いただいたメールアドレス宛に認証メールを送信しました。

24時間以内にメール本文に記載のURLをタップし、認証手続きを完了してください。

⑧ 認証メールのURLをタップするとログイン画面に遷移します。先ほどのメールアドレス、パスワードを入力してください。

⑦ この画面がでたら、登録したメールアドレスに認証メールが送付されますので、その認証メールに記載してあるURLをタップしてください。

⑨ メールアドレス、パスワード入力後、ボタンが押下できるようになります。

⑩ 契約者情報をご入力ください。

⑪ 上記入力完了後、このボタンを押下できるようになります。

次ページ  
⑫へ

第一スマートほけん  
第一生命グループ

契約者情報の入力  
契約者の情報を登録してください。

メールアドレス  
パスワード

ログイン

パスワードをお忘れの方はこちら

氏名  
第一 スマート

生年月日  
1990/05/10

性別  
 男性  女性

郵便番号

この内容でアカウントを登録する

# STEP 1 アカウント作成、契約者および指定代理請求人の入力

**指定代理請求人・死亡時支払金受取人入力**

ご指定いただく指定代理請求人と死亡時支払金受取人は同一の方となります。

**指定代理請求人とは**  
被保険者の意思表示が困難である場合や、保険金・給付金を請求できない特別な事情があるときに、被保険者ご本人に代わって請求を行える方のことです。

**指定代理請求人に指定できる範囲**  
被保険者からみて、以下のいずれかに当てはまる範囲の方1名をご指定ください。

- 戸籍上の配偶者
- 父・母等（直系血族）
- 兄弟・姉妹等（3親等以内の親族）

上記以外の方を指定する場合、または指定できる方がいない場合は、「その他」を選択してください。

**死亡時支払金受取人とは**  
死亡時支払金受取人とは、被保険者の死亡に伴う支払金がある場合にこれを受け取るの方のことです。

**氏名**

第一 請求人

**氏名カナ**

ダイイチ セイキウニン

**お客さま(被保険者)から見た続柄**

配偶者

**電話番号**

08033334444

**メールアドレス**

dai-ichi-dairinin@icloud.com

**次に進む**

⑫指定代理請求人・死亡時支払金受取人を入力後にこのボタンを押下してください。

**STEP 2へ**

# STEP 2 健康状態等の確認（告知）

**健康状態等の確認（告知）**

- 告知について

ご契約者様には、ご自身で健康状態・職業・年齢等について告知をしていただく義務があります。（告知義務）

**告知事項**

以下の告知項目がすべて「いいえ」に該当した場合、お申込みいただけます。

1. 以下①～②のいずれかに該当し、

①	最近3ヶ月以内に	医師による療・投薬を受けた。
②	今後3ヶ月以内に	医師による療・投薬を受ける予定がある。

「いいえ」となる事例は **こちら** をご参照ください。

はい  いいえ

**告知が不要な事例**

告知事項1について、下記の場合は「いいえ」に該当します。

<予防接種・健診>

- 予防接種・健康診断・妊婦健診を目的とした医師の診察・検査（ただし、その際に異常を指摘された場合は「はい」に該当します）

<その他>

- 処方箋を受けずに一般の薬局で購入した市販の薬の服用
- アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚病の通院や投薬

<歯>

- 歯科の外来通院

<妊娠・出産>

- 妊娠期間中で異常がない場合
- 妊娠悪阻による頭痛・吐き気、便秘に対する薬・胃腸薬の処方
- 帝王切開以外の方法で出産し、産後の1か月以内

● 力士 ● 競馬騎手 ● 競輪 ● 競艇の選手  
● レーサー ● テストドライバー  
● ボクサー ● レスラー ● 空中演技者

はい  いいえ

7. 現在妊娠中ですか。

妊娠中  妊娠していない

**STEP 3へ**

告知項目 7/7 件

**保障内容の確認へ**

⑬告知事項をご確認のうえ、「はい」「いいえ」をご選択ください。

告知は男性6項目、女性7項目あり、1つの告知を終えると、次の告知が表示されます。「はい」が1つでもあると、ご加入いただけません。

（参考）このボタンを押下すると、告知が不要な事例がポップアップで表示されます。<第1項・第3項>

⑭全ての告知を終えると、このボタンを押下できるようになります。

**STEP 3へ**

# STEP 3 申込内容確認

STEP 1 STEP 2 **STEP 3** STEP 4 STEP 5  
申込内容確認

以下の内容で申し込みを行います。よろしいですか?

みまもリスク (正式名称: 医療保険)

- 病気やケガでの1泊2日以上入院、所定の手術にかかる費用に備えられる保険
- 不慮の事故で骨折した場合の治療費用に備えられる保険

※以下の申込内容を修正する場合、保険料が変更となったり、告知を再度実施いただく場合がありますのでご注意ください。

**責任開始期・保障内容**

- 責任開始期・保険期間

責任開始期  
2024年2月15日

保険期間  
2024年2月15日～2025年1月31日

STEP 1 STEP 2 **STEP 3** STEP 4 STEP 5  
申込内容確認

**契約者情報**

- 契約者

修正

氏名  
第一 スマート

氏名 (カナ)  
ダイイチ スマート

生年月日  
1990年5月10日

性別  
女性

住所  
〒135-0061  
東京都江東区豊洲

電話番号

STEP 1 STEP 2 **STEP 3** STEP 4 STEP 5  
申込内容確認

**指定代理請求人**

- 指定代理請求人

修正

(参考) 内容に誤りがある場合は修正ボタンを押下して修正してください。

氏名

配偶者

電話番号  
08033334444

メールアドレス  
dai-ichi-dairinin@icloud.com

STEP 1 STEP 2 **STEP 3** STEP 4 STEP 5  
申込内容確認

**告知事項**

- 告知事項

修正

次ページ ⑮へ

以下①～②のいずれかに該当しますか。  
①については、初診から終診までの期間が30日以内で医師により完治と診断を受けたものを除きます。

①	最近3ヶ月以内に	医師による診察・検査・治療・投薬・経過観察の指示を受けた。
②	今後3ヶ月以内に	医師による診察・検査・治療・投薬の予定がある。

いいえ

以下①～②のいずれかに該当しますか。  
①現在入院中ですか。  
②今後3か月以内に入院(人間ドックを除く)または手術の予定がありますか。

いいえ


過去2年以内に、入院または手術したことがありますか。(ケガによる入院・手術は除きます。)

いいえ



# STEP 3 申込内容確認

The screenshot displays the 'STEP 3 申込内容確認' (STEP 3 Application Confirmation) screen. It features a progress bar at the top with steps 1 through 5, where step 3 is highlighted. Below the progress bar, there are two main sections: '保障内容' (Coverage Details) and '保険料' (Premium). The '保障内容' section lists three items: 1) Hospitalization due to illness or injury (5,000 yen per day), 2) Surgery due to illness or injury (50,000 yen), and 3) Surgery during hospitalization or outpatient care (50,000 yen). The '保険料' section shows a monthly premium of 1,230 yen, payable via credit card. At the bottom, there are two buttons: '戻る' (Back) and '意向確認・重要事項説明へ' (Proceed to Confirmation/Important Information), with the latter button highlighted in red.

STEP	STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5
STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5	
<b>保障内容</b>					
● 保障内容					
病気・ケガでの入院 (1泊2日以上) 5,000円×入院日数 (入院1日目から起算)					
病気・ケガでの所定の手術 (1泊2日以上) 50,000円					
病気・ケガでの所定の手術 (「日帰り入院中」または「外来」) 50,000円					
<b>保険料</b>					
● 保険料 (月額)					
1,230円					
保険料払い込み方法 月払/クレジットカード					
					
<a href="#">戻る</a> <a href="#">意向確認・重要事項説明へ</a>					

⑮内容に間違いがないか確認のうえ、このボタンを押下してください。

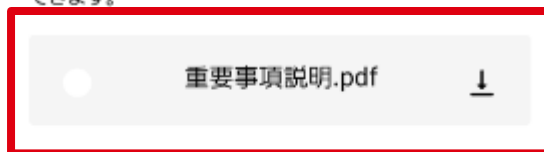
**STEP 4 へ**

# STEP 4 重要事項説明



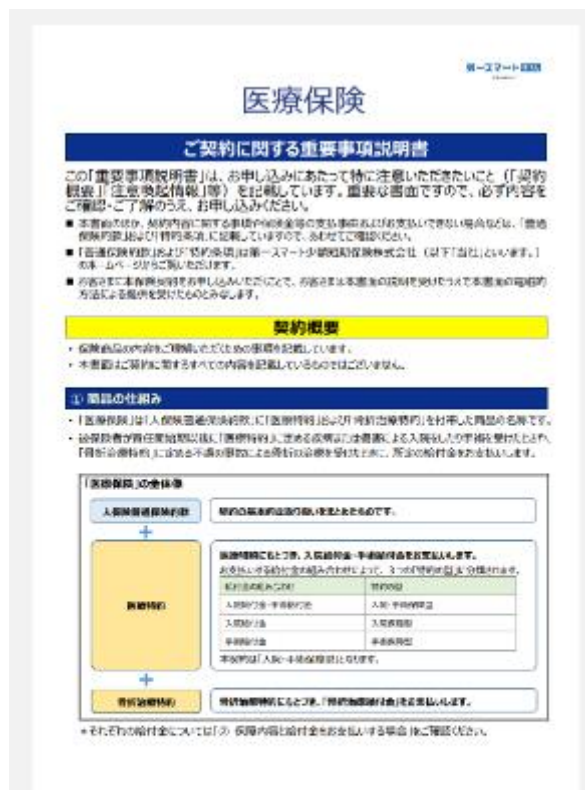
## 重要事項説明 (契約概要・注意喚起情報)

重要事項説明PDFをダウンロードし、保存してください。  
なお、スマートフォンの場合、重要事項説明書の表示画面から、ブラウザの「戻る」または「別タブ表示」ボタン（“<”や“□”など）をタップすると、本画面に戻ることができます。



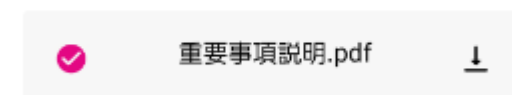
内容を確認し、理解しました

⑩こちらをタップし、重要事項説明書をダウンロードしてください。



## 重要事項説明 (契約概要・注意喚起情報)

重要事項説明PDFをダウンロードし、保存してください。  
なお、スマートフォンの場合、重要事項説明書の表示画面から、ブラウザの「戻る」または「別タブ表示」ボタン（“<”や“□”など）をタップすると、本画面に戻ることができます。



内容を確認し、理解しました

⑪重要事項説明書をご確認し、ご理解いただけましたらチェックしてください。次の意向確認書が表示されます。

※ブラウザによっては、うまく遷移しない場合があります。うまく遷移しない場合は、Google Chrome、Safari等のブラウザで操作してください。

次ページ  
⑫へ

# STEP 4 意向確認

STEP 1 STEP 2 STEP 3 **STEP 4** STEP 5  
重要事項説明・意向確認

## 意向確認

お申し込みいただく際には、おさまのご意向（ニーズ）を改めてご確認ください。以下の事項をご確認ください。

**⑱こちらを確認いただき、チェックを付けてください。**

### ご意向の確認

- 申し込む保険商品は、意向（ニーズ）に沿った内容になっている。
- 保障内容、保険期間、払込期間、保険料、保険料払込方法を確認した。

意向確認書（控）PDFをダウンロードし、保存してください。

意向確認書.pdf

**⑲こちらをタップして、意向確認書をご確認ください。**

### 意向確認書

本確認書は、お申し込みいただく保険商品がおさまのご意向に沿っているかをご確認いただくための書面です。おさまのご意向と相違がないかご確認ください。こちらの意向確認書は、印刷・ダウンロードのうえ、お申込後も保管ください。（申込後もマイページよりご確認いただけます。）

おさまのご意向（ニーズ）	
入院にかかる費用に備える	<input type="checkbox"/>
手術にかかる費用に備える	<input type="checkbox"/>
不慮の事故による骨折の治療費用に備える	<input type="checkbox"/>

お申し込みいただく商品	
医療保険（医療特約・骨折治療特約）	

※給付金のお支払条件等の詳細は「重要事項説明書」、「約款」および「特約条項」をご確認ください。

■ご提案内容がおさまのご意向に沿っているかご確認ください。

申し込む保険商品は、意向（ニーズ）に沿った内容になっていますか。	はい
保障内容、保険期間、払込期間、保険料、保険料払込方法を確認しましたか。	はい

第一スマート少額短期保険株式会社  
お客様サービスユニット  
06220013 (2023. 6)

STEP 1 STEP 2 STEP 3 **STEP 4** STEP 5  
重要事項

- 申し込む保険商品は、意向に沿った内容になっている。
- 保障内容、保険期間、払込期間、保険料払込方法を確認した。

意向確認書（控）PDFをダウンロードしてください。

- 上記「ご意向の確認」の記載内容に基づき、申込内容が意向にあっていることを確認しました

戻る

続ける

**⑳意向確認書をご確認頂いた後、チェック入力が可能となります。当該商品がご意向にあっていることを確認できましたら、チェックを付けて続けるボタンを押下してください。**

**STEP 5へ**



# STEP 5 申込提出 (カード情報入力)



## カード情報入力

\*契約者本人名義のカードをご利用ください  
\*ご登録されるクレジットカードから毎月の保険料が引き落とされます。

クレジットカード番号

1111 2222 3333 4444

※数字のみで記入してください

ご利用いただけるクレジットカード



カード名義人

SMART DAIICHI

有効期限

月

年

2027

**【申込確定ボタン】**カード情報入力後、このボタンを押下してお申込みください。

戻る

申し込む

②1 保険料を決済するクレジットカード情報を入力ください。かならず、契約者ご本人名義のカードを登録ください。



この後、申込内容を当社にて確認させていただき、結果についてメールにてお知らせさせていただきます。