

団体保険 別紙健康状態告知書

以下のご質問をよくお読みいただき、ご回答は「回答記入欄」にご記入のうえ、ご提出ください。

申し訳しませんが、お引受けできません。

申し訳しませんが、お引受けできません。

医療補償にご加入の方

介護補償にご加入の方

がん補償にご加入の方

質問1 ●告知日(ご記入日)より過去3か月以内に入院をしたこと、または手術を受けたことはありますか。
 ●現在入院または手術の予定(医師からすすめられている場合を含みます)はありますか。
 ※正常分娩に伴う入院・手術を除きます。

1つ以上あり

全てなし

質問2 告知日(ご記入日)より過去2年以内に
 ●【A表】の病気・症状であると医師に診断されたこと、または【A表】の病気・症状のため医師の指示による検査(注)・治療(投薬の指示を含みます)を受けたことはありますか。

あり

【A表】お引受けできない病気・症状		
悪性新生物	・がん(悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫を含む) ・上皮内がん(上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成を含む)	泌尿・生殖器系の病気・症状 腎不全・腎硬化症・慢性腎炎・ネフローゼ 眼の病気・症状 眼底出血・網膜の病気
循環器系の病気・症状	・脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓を含む) ・心臓病(狭心症、心筋梗塞、不整脈、心房細動、心室細動、心不全、心筋炎、心筋症、心肥大、弁膜症を含む) ・動脈の疾患(動脈瘤、動脈の閉塞・狭窄を含む)	その他の病気・症状 糖尿病(高血糖、糖尿病の合併症を含む) 結核・免疫不全症・メニエール病 認知症(アルツハイマー病を含む) 精神の病気(アルコール・薬物依存を含む) 脳・神経の病気(アルコール・薬物依存を含む) 膠原病(全身性エリテマトーデス、リウマチ、皮膚筋炎、強皮症、多発性動脈炎を含む) 厚生労働省指定の難病(特定難病に対する医療受給者証の交付を受けている方)
消化器系の病気・症状	・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・肝炎(A型肝炎をのぞく)・肝硬変・慢性膵炎	
呼吸器系の病気・症状	・ぜんそく(気管支喘息)(プレドニゾン、プレドニン、メドロール、レダコート、リンデロン等の経口ステロイドを処方された場合)・慢性気管支炎・肺気腫	

なし

(注)検査結果が異常な場合は「なし」となります。

質問3 告知日(ご記入日)より過去2年以内に
 ●【B表】の病気・症状であると医師に診断されたこと、または【B表】の病気・症状のため医師の指示による検査(注)・治療(投薬の指示を含みます)を受けたことはありますか。

あり

【B表】条件付でお引受けできる病気・症状
ア 高血圧症、脂質異常症(高脂血症)
イ 白内障、緑内障
ウ 脊椎、背骨および椎間板の障害(脊椎分離症、脊椎すべり症、椎間板ヘルニア、むちうち症を含む)
エ 前立腺肥大、子宮筋腫

ご回答が「あり」の場合には、ア～エのうち該当するもの全てに○をつけてください。(注)

お引受けすることができませんが、質問3で、○をつけたア～エに対応する【C表】の病気・症状が補償対象外(特定疾病等不担保特約セット)となります。ご同意いただける場合は、右記「署名欄」にご署名ください。

【C表】補償対象外となる病気・症状 *1
ア 脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓)、狭心症、心筋梗塞、不整脈 *2、心室細動、心不全、心筋炎、心肥大、弁膜症、動脈瘤、動脈の閉塞・狭窄
イ 白内障、緑内障(質問3で告知いただいた内容が片眼だけの場合でも、両眼が補償対象外となります。)
ウ 脊椎分離症、脊椎すべり症、椎間板ヘルニア、むちうち症
エ 前立腺肥大、前立腺炎、前立腺がん、子宮筋腫

*1 主治医がC表記載の病気・症状と医学的に同一であると診断した病気・症状に関しては、補償の対象外となりますのでご注意ください。
 *2 心房細動は補償の対象となります。

なし

お引受けできます。右記「署名欄」にご署名ください。

質問1 ●公的介護保険の要介護・要支援の認定を受けたこと、または認定の申請をしたことはありますか。
 ●現在、「歩行」「食事」「排せつ」「入浴」「衣服の着脱」「店での買い物」「公共の交通機関を利用する」のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。
 ●告知日(ご記入日)より過去2年以内に高血圧症もしくは脂質異常症(高脂血症)により入院をしたこと、【D表】の病気・症状であると医師に診断されたこと、または【D表】の病気・症状のため医師の指示による検査(注)・治療(投薬の指示を含みます)を受けたことはありますか。

1つ以上あり

全てなし

(注)検査結果が異常な場合は「なし」となります。

【D表】お引受けできない病気・症状
・がん(悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫を含み、上皮内がん(上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成を含む)を除く)・心臓病(狭心症、心筋梗塞、不整脈、心房細動、心室細動、心不全、心筋炎、心筋症、心肥大、弁膜症を含む)・脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓を含む)・肝硬変・慢性肝炎・慢性気管支炎・肺気腫・慢性腎炎・腎不全・糖尿病(高血糖・糖尿病の合併症を含む)・白内障(手術を行った場合を除く)・緑内障・両眼の失明・加齢黄斑変性症・精神の病気(アルコール・薬物依存を含む)・脳・神経の病気(アルコール・薬物依存を含む)・認知症(アルツハイマー病を含む)・膠原病(全身性エリテマトーデス、リウマチ、皮膚筋炎、強皮症、多発性動脈炎を含む)・(骨折歴を伴う)骨粗しょう症・関節炎(リウマチ性、変形性)・厚生労働省指定の難病(指定難病に対する医療受給者証の交付を受けている方)・転倒による骨折(転倒による骨折とは、例えば歩行中や階段の昇り降りにおいてご自身で転倒したものを指します)。

お引受けできません。右記に回答をご記入の上ご署名(*3)ください。

(*3)ご署名欄下の注意事項をご確認の上、健康状態告知を行った方がご署名ください。

質問1 今までに「がん」または「上皮内がん」と医師に診断されたことはありますか。 *1

*1 「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例
 がん・悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
 上皮内がん：上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成

あり

なし

質問2 下記の質問にお答えください。(一部の「病気・ケガ」については告知の対象外となります。詳しくは裏面の「別表」をご参照ください。)
 ●告知日(ご記入日)より過去3か月以内に、医師の診察を受けた結果、服薬・治療・検査・入院・手術を受けたこと、またはすすめられたことがありますか。
 ●告知日(ご記入日)より過去5年以内に、病気やケガで、「継続して7日以上」の入院をしたこと、または手術を受けたりすすめられたことがありますか。
 ●告知日(ご記入日)より過去2年以内に健康診断・人間ドックを受けて、臓器もしくは検査結果の異常(要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます)を指摘されたこと、または医師の診察の結果、定期的な診察・検査を受けるよう指摘されたことがありますか。

1つ以上あり

全てなし

お引受けできます。右記「署名欄」にご署名ください。

加入のお申込みをされるお客様(会員様)本人

ご記入日 (加入依頼日)		平成 年 月 日	保険期間	平成30年3月1日 ~ 平成31年3月1日午後4時	
会員 ご住所	郵便 番号			連絡先 (電話番号)	
	カナ			生年月日	明治 大正 平成 年 月 日
	漢字			性別	男性 女性
会員番号		ご署名(自署)・ご捺印欄			
会員 氏名	カナ			私は裏面「ご加入時の同意内容について」を確認し、契約者である企業・団体に対して加入(変更・更新しない等)を依頼します。 印	
	漢字				
<small>個人の場合はフルネームで自署、法人の場合は捺印をお願いします。</small>					

保険の対象となる方(被保険者)

↓会員様ご本人様以外の場合のみご記入ください。

本人の お名前	カナ			★生年月日	明治 大正 平成 年 月 日
	漢字			★性別	男性 女性
会員様から みた続柄 (D ご参照)				★職業・職務 (E ご参照)	
本人の ご住所 (住宅 建物) 所在地	ご加入者ご住所と同じ		受取人 がん 保険金 氏名 *	カナ	被保険者本人 からみた続柄 (D ご参照)
	漢字			漢字	
★他の 保険契約等		あり	裏面に詳細をご記入ください。		A B

*がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合に記入。

↓ご希望のタイプに○をつけてください。タイプごとの補償内容や保険料等については募集パンフレット等にてご確認ください。

お身体に関する補償			
1 傷害補償+個人賠償責任	2 医療補償	3 介護補償	4 がん補償
タイプ	口数	タイプ	タイプ
A B		MA MB	CA

保険料

月払	円
----	---

↓医療補償、介護補償、がん補償にご加入の場合、下欄を必ずご記入下さい。

★ 被保険者本人	医療 補償	質問1 全でなし 一つ以上あり	質問2 なし あり	質問3 なし あり
	がん 補償	なし あり	全でなし 一つ以上あり	ア イ ウ エ
	介護 補償	全でなし 一つ以上あり		

⚠健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容について
【がん補償にご加入の場合】上記ががん保険金受取人の指定の内容について確認・同意します。

告知日(ご記入日)	平成 年 月 日
被保険者本人または 親権者・後見人等 (自署)	

被保険者本人が満15歳未満の場合には、親権者・後見人等(後見人・保佐人・補助人)の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わってご署名ください。(ご署名例:安心 ショウタ 親権者・安心 ヒロシ)

介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を保険の対象となる方(被保険者)とするときには、被保険者からのご依頼を受けた団体構成員が被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知内容が正しくない場合には、ご契約が解除され、保険金をお受けいただけないことがあります。健康状態告知を行った方がご署名ください。

署名欄・回答記入欄

別表

(がん補償)告知の対象とならない病気・ケガ一覧

「別紙健康状態告知書」にご回答いただく際に使用します。

消化器・口腔の病気等	●そけいヘルニア ●痔 ●虫垂炎(盲腸) ●慢性便秘 ●口内炎 ●舌炎 ●手術をしていない胆石症 ●A型肝炎(A型と確定できているものに限ります)(*1) ●胃炎(*1) ●胃カタル(*1) ●胃酸過多(*1) ●急性腸炎(*1) ●急性大腸炎(*1) ●胃潰瘍(*2) ●十二指腸潰瘍(*2)
呼吸器の病気等	●ぜんそく ●急性気管支炎 ●急性咽喉炎 ●急性へんとう炎 ●慢性へんとう炎 ●へんとう肥大 ●アデノイド ●上気道炎 ●副鼻腔炎(ちくのう症) ●鼻炎 ●花粉症
運動器の病気等	●関節炎 ●四十肩 ●五十肩 ●ガングリオン ●腱鞘炎 ●脊柱側弯症 ●先天性股関節脱臼 ●オスグット病 ●変形性関節症 ●後縦韧带骨化症 ●脊柱管狭窄症 ●坐骨神経痛 ●椎間板ヘルニア ●腰椎すべり症 ●腰椎分離症
代謝・免疫の病気等	●糖尿病 ●痛風 ●高尿酸血症 ●脂質異常症(高脂血症) ●関節リウマチ ●急性リウマチ熱(*1)
目・耳の病気等	●トラコーマ ●結膜炎 ●角膜炎 ●白内障 ●外耳炎 ●急性中耳炎
循環器の病気等	●不整脈 ●心房細動 ●期外収縮 ●徐脈 ●頻脈 ●心雑音 ●狭心症 ●心筋梗塞 ●心臓弁膜症 ●心肥大 ●高血圧症
泌尿・生殖器の病気等	●遊走腎 ●腎下垂 ●尿管結石 ●腎臓結石 ●膀胱結石 ●尿道結石 ●膀胱炎 ●尿道炎 ●腎のう胞(*3)
皮膚の病気等	●水虫 ●いんきん ●たむし ●白せん ●たこ ●わきが ●うおのめ ●いぼ ●あせも ●にきび ●しもやけ ●とびひ ●湿疹 ●接触皮膚炎 ●アトピー性皮膚炎 ●じんましん ●帯状疱疹 ●ヘルペス
女性の病気等	●妊娠 ●子宮外妊娠 ●子宮下垂 ●子宮脱 ●妊娠中毒症 ●悪阻 ●産じょ熱 ●前置胎盤 ●胎盤早期剥離 ●死産 ●切迫早産 ●切迫流産 ●早産 ●流産 ●帝王切開 ●不妊症 ●更年期障害
感染症・寄生虫病	●インフルエンザ ●かぜ ●水ぼうそう ●風しん ●はしか ●回虫 ●ぎょう虫症
ケガ	●全てのケガ(ただし、外傷が原因と特定できる場合に限ります)

- (*1) 治療内容に関係なく現在完治している場合限り、告知の対象外となります。
- (*2) 入院・手術を行わずに治療し、現在完治している場合限り、告知の対象外となります。
- (*3) 健康診断・人間ドックによって発見されたもので、要治療との指摘を受けていないもの限り、告知の対象外となります。

ご記入上のご注意

●記入・訂正方法

加入依頼書はボールペンで必要事項を漏れなくご記入ください。ご記入を誤ってしまった場合は、二重線で抹消し余白に正しい内容をご記入ください。その際、訂正箇所にも重なるように訂正印もしくは訂正署名をお願いいたします。

●★他の保険契約等

他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます)がある場合には○をし、右記の「他の保険契約等」の欄に詳細をご記入ください。

●続柄

下記「コード一覧」から「続柄」の該当コードをご記入ください。

D のコード一覧

加入者・被保険者本人から見た続柄			
01	本人	07	孫
02	配偶者	08	その他親族
03	父母	10	雇用主(法人)
04	子	11	雇用主(個人事業主)
05	兄弟姉妹	12	従業員
06	祖父母	99	その他

●傷害補償にご加入の場合

職種級別	重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容を確認のうえ、必ず○をつけてください。
☆職業・職務	下記「コード一覧」から「職業・職務」、「職種級別(AまたはB)」の該当コードをご記入ください。

●ご署名(自署)・ご捺印欄

加入内容および下記「ご加入時の同意内容について」をご確認のうえ、ご加入者が個人の場合はフルネームで自署、法人の場合は記名・捺印をお願いします。

E のコード一覧

職業・職務/職種級別(AまたはB)			
010	事務職	A	070 家事従事者 A
020	営業職	A	080 学生 A
030	自動車運転者	B	090 無職者 A
040	運輸従事者	A	990 その他 職業・職務が「990その他」の場合具体的な内容をご記入ください。
050	金属製造加工作業者	A	
060	建設作業員	B	

ご加入に際して(ご加入時の同意内容について)

私は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

- ①私が保険契約者である企業または団体の構成員であること
- ②「重要事項説明書」の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
- ⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容

! ★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらに事実と異なる記載をした場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく引受保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

他の保険契約等 (他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。)

具体的な内容をご記入ください。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額 単位:万円)

告知事項・通知事項一覧

★:告知事項 ☆:告知事項かつ通知事項

保険種類 項目名	医療補償 がん補償	介護補償	傷害補償
生年月日	★	★	—
性別	★	—	—
職業・職務 * 1	—	—	☆
健康状態告知 * 2	★	★	—

※ すべての補償について「他の保険契約等」についても告知事項(★)となります。

* 1 新たに職業に就いた場合や就いていた職業をやめた場合を含みます。

* 2 新たにご加入される場合、または更新にあたり補償内容をアップされる場合のみとなります。