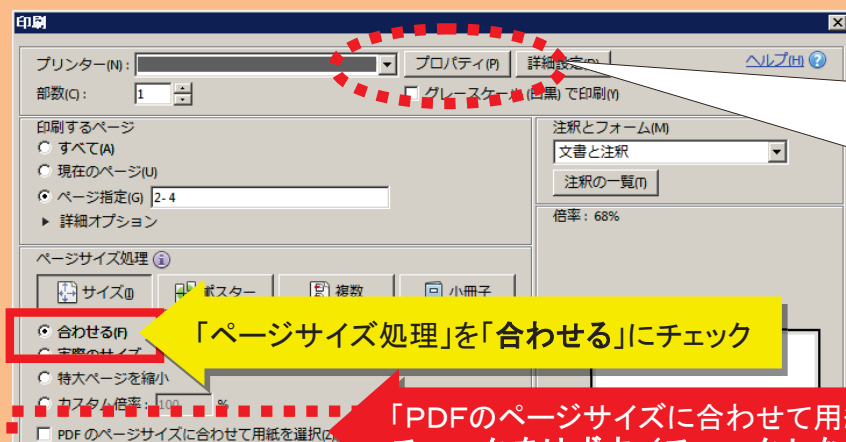


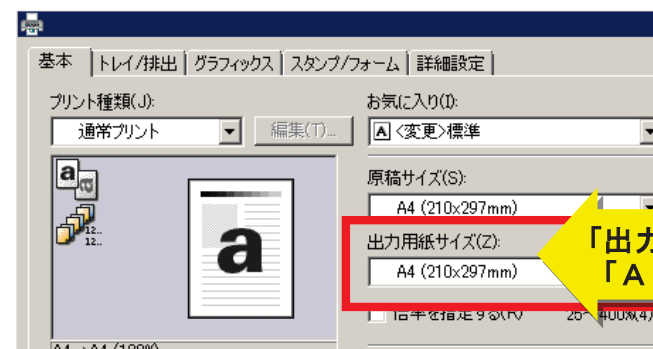
拡大・縮小印刷不可

本帳票は **A4** サイズで印刷してください。

<印刷設定画面（例）>



<プロパティ>



2019年10月1日以降始期用

！ご注意！

- 「重要事項のご説明」を印刷（または別途用意）して交付
保険契約の締結または既契約を更改する場合には、必ず「重要事項のご説明」を使用して情報提供を行ってください。
- 申込書類をコピーして「お客さま控」として交付
申込書類はお客さまの意向を確認した書面になるため、必ず「お客さま控」を交付してください。

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項（告知事項）です。
事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答（記入）ください。

000AAA020994

RC6503

2023

354④

（ご記入にあたって）

1. ◎年令は保険始期日時点の年令をご記入ください。（保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日時点ではなく、団体契約の保険始期日時点の年令をご記入ください。）
2. 職種コードは裏面をご参照ください。
3. 被保険者住所が申込人（加入者）の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に○印をしてください。

代表証券番号

加入申込日

010

令和R

年

月

日

011 電話番号

—

—

012 郵便番号

〒

—

317 カナ

399 漢字

307 カナ

「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。

フルネームでご署名ください。

漢字

341

自署

980 生年月日

（大正）T（昭和）S（平成）H（令和）R

年

月

日

018 所属名

カナ

019 所属コード

017 社員番号

098 加入者番号

保 險 期 間

令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

前年加入内容を変更する場合記入（脱退を含む）

L17 前契約加入者識別コード

099 前契約加入者番号

符号

390

被 保 険 者

セット名
(3桁以内の英数字)

※健康状況告知書質問事項回答欄（注）

その他の項目
(被保険者項目のみ記入可)

住所

申込人住所と同じ

VBT

①

018 漢字

576※職業名・職種名

カナ

300

質問1

質問2

質問3

該当疾病

特 定 疾 病 対 象 外 欄
(お 引 受 可 否)

項目No

内 容

氏名

J04 カナ

L67 漢字

312※職種コード

573職種級別

□数

572

質問1、質問2に対する回答のいずれかが「はい」の場合

L27

A欄

お引受できません。

L45 疾 病 コード

562 疾病・症状名

カナ

(R0の場合のみ記入)

323 ※生年月日

（大正）T（昭和）S（平成）H

303 ※◎年令

302 性別

L18 ◆団体との関係

①②③④⑤⑥⑦⑧

□

※他の保険契約等

同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等の身体障害による就業不能に対して保険金が支払われる他の保険契約等）がありますか。「あり」の場合、「あり」に○印のうえ、必ず「合計保険金額」にご記入ください。（ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。）

Y34

（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

保険金請求歴（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。

過去3年以内に病気またはケガで保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがありますか。

（あり）

会社名

合計保険金額（月額）

回数

合計金額

Y36

万円

回

円

告知日

令和R

年

月

日

自署

（注）裏面の健康状況告知書質問事項についてご回答ください。
ご契約の継続の際、所得補償保険の保険責任を加重（免責期間の短縮、てん補期間の延長、入院のみ補償特約の削除、疾病を補償する特約の追加等、補償を拡大することをいいます。）することなく継続いただく場合には、あらためてご回答いただく必要はありません。

告知日

令和R

年

月

日

自署

572

合計保険料（分割払の場合は1回分）

R50

円

受付日（社内使用欄）

令和 年 月 日

331 特 記 事 項 カ ナ

◆団体との関係

下記該当の数字（いずれか1つ）をご記入ください。

団体の

1：構成員（子会社・関連会社の構成員、退職者を含む）

0：会員企業等の役員・従業員

上記「1」または「0」の

2：配偶者 3：子ども 4：両親

5：兄弟姉妹 6：同居の親族 7：使用人

所得補償保険 健康状況告知書質問事項

ご回答は加入申込票・被保険者明細書の「健康状況告知書質問事項回答欄」、「特定疾病対象外欄」にご記入ください。

- 「健康状況告知書ご記入のご案内」をご覧ください。
- 「所得補償保険」にお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、保険金をお支払いしないことがありますのでご注意ください。
- 下記の質問事項には、必ず被保険者となる方ご自身が、加入申込票・被保険者明細書の「健康状況告知書質問事項回答欄」にお答えください。
- 下表に記載がある傷害や疾病については下記質問1および質問2に関する告知は不要です。

＜告知対象外となる傷害・疾病一覧＞

現在治療中でも告知いただく必要のないもの	●アレルギー性鼻炎※、花粉症※ ●アトピー性皮膚炎※ ※入院中・入院歴あり・入院予定のものは、告知いただく必要があります。 ●ケガ※ ※ただし、右記の「疾病・症状一覧表」の疾病コードJ0,J1,J2またはK0に該当するものは、告知いただく必要があります。 ●妊娠・分娩に伴う異常、帝王切開（質問3には告知いただく必要があります。）
現在医師から次回通院、入院、手術、再検査等を指示されていない場合は告知いただく必要のないもの	●かぜ※、感冒※、インフルエンザ※ ※入院、手術のないものに限ります。 ●右記の「疾病・症状一覧表」の疾病コードJ0,J1,J2またはK0に該当するケガ ●食中毒 ●歯の疾患 ●結膜炎

質問1	過去3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。（上記別表＜告知対象外となる傷害・疾病一覧＞記載の傷害や疾病等を除きます。）
質問2	次のいずれかに該当しますか。 ①過去3年以内に、病気またはケガにより、医師による手術、または初診から終診（注1）までの期間が14日以上となる医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがある。（上記別表＜告知対象外となる傷害・疾病一覧＞記載の傷害や疾病等を除きます。） ②これまでに、医師に悪性新生物（がん）（注2）と診断されたことがある。 （注1）終診とは、医師から次回通院、入院、手術、再検査や投薬等の指示をされなくなったことをいいます。（治療の必要はないが、定期的に経過観察（診察・検査）の必要があると医師から指示を受けている状態は、終診には該当しません。） （注2）上皮内新生物を含みます。

質問3	女性の方で、「妊娠に伴う身体障害補償特約」付きのセットを希望される方のみお答えください。（団体によってはお取り扱いをしていない場合があります。） 次のいずれかに該当しますか。 ①現在、妊娠している。 ②過去3年以内に、妊娠・分娩に伴う異常、帝王切開により、医師による手術、または初診から終診（注）までの期間が14日以上となる医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがある。 （注）終診とは、医師から次回通院、入院、手術、再検査や投薬等の指示をされなくなったことをいいます。（治療の必要はないが、定期的に経過観察（診察・検査）の必要があると医師から指示を受けている状態は、終診には該当しません。）
-----	---

質問1から質問3に対する回答に1つも「はい」が無い場合、お引受します。

＜ご注意＞
特定疾病対象外欄への対象外となる疾病・症状等の記載の有無にかかわらず、普通保険約款およびセットされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。詳細は募集パンフレットをご確認ください。

疾病・症状一覧表

加入申込票・被保険者明細書の「特定疾病対象外欄」にご記入いただく疾病コードに属する疾病・症状は下表のとおりです。

分類	疾病コード	A欄	B欄
循環器系の疾患	A0	心臓弁膜症※、心不全、狭心症、心筋梗塞、心室細動、急性冠症候群※ ※僧帽弁・大動脈弁・肺動脈弁・三尖弁の狭窄症または閉鎖不全症をいいます。僧帽弁逸脱症候群を含みます。	不整脈（心房細動、心房粗動、発作性心頻拍症、心房性頻拍症、洞不全症候群、完全房室ブロックを含みます。）、心臓喘息、冠動脈硬化症、心筋症、心内膜炎（細菌性以外）、心房中隔欠損症
	A1	脳腫瘍、脳卒中（脳出血、脳梗塞（脳軟化）を含みます。）、くも膜下出血、脳血栓、脳塞栓	もやもや病、一過性脳虚血発作（TIA）、脳動脈瘤（脳動脈瘤）、頸動脈狭窄症
	A2		高血圧症、動脈硬化、動脈瘤（動脈瘤を含みます。）、静脈瘤
	A3		リウマチ性心疾患、リウマチ（関節・筋肉）
	A4		低血圧症
消化器系の疾患	B0	胃がん、腸がん、食道がん、大腸がん	急性胃炎、慢性胃炎、胃下垂、胃・十二指腸潰瘍、大腸炎、虫垂炎、イレウス（腸閉塞）、急性胃腸炎、憩室炎（憩室症）、けいれん性胃腸炎、腹壁ヘルニア、胃・腸・食道ボリープ（良性）、胃腸炎、胃腸腫、大腸憩室、胆管炎、胆嚢炎、嘔吐下痢症、クロン病、潰瘍性大腸炎、過敏性腸症候群
	B1	肝臓がん、肝硬変	黄疸、肝機能障害、肝肥大、急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝※ ※伝染性肝炎、ウイルス性肝炎はB1ではなくG2に該当します。ただし、ウイルス性肝炎のうち、A型・B型・C型肝炎は、B1とG2に重複して該当します。
	B2	胆道がん	胆石症、胆嚢炎、総胆管結石、胆管結石、胆嚢ボリープ（良性）、胆管炎
	B3	脾臓がん	急性脾炎、慢性脾炎、脾石症、脾腫、脾のう腫
	B4		痔、痔ろう、脱肛、肛門周囲膿瘍
呼吸器系の疾患	B5		歯の支持組織の疾患、その他の歯の疾患
	C0	肺がん	肺炎、肺気腫、肺動脈硬化、肺腫瘍、胸膜炎（肺膜炎）、肺嚢胞症、自然気胸、中葉症候群、肺膿瘍（肺膿瘍を含みます。）、肺梗塞、慢性閉塞性肺疾患
	C1	喉頭がん、気管支喘息※、喘息性気管支炎※ ※小児喘息、アレルギー性喘息を含みます。	気管支拡張症、慢性気管支炎、びまん性汎細気管支炎、急性気管支炎、咳喘息
	C2		アレルギー性鼻炎、慢性副鼻腔炎（蓄膿症を含みます。）、鼻中隔湾曲症
	D0	腎盂腎炎（腎盂炎）、ネフローゼ症候群	腎炎（慢性腎臓炎、1 g A腎症を含みます。）、腎臓腫瘍、腎臓、腎臓、尿管、尿管、尿管不全、慢性膀胱炎、腎臓腫瘍、尿管腫、尿管狭窄
泌尿器・生殖器系の疾患	D1	前立腺がん	前立腺肥大、前立腺炎
	D2	子宮がん、乳がん、卵巣がん	乳房の疾患、子宮筋腫、子宮内膜炎、卵巣腫瘍、子宮頸部異形成、子宮内膜ボリープ（良性）、子宮頸管ボリープ（良性）、チョコレート嚢胞、子宮頸筋腫、子宮内膜炎
	D3		尿管結石（腎臓結石、尿管結石、膀胱結石）
	E0	糖尿病・高血糖症	
	E1		痲瘋
内分泌系の疾患	E2		甲状腺機能亢進症（バセドウ病を含みます。）、甲状腺機能低下症、甲状腺炎、甲状腺腫瘍・甲状腺嚢腫（良性）
	F0	白血病、悪性リンパ腫	貧血、紫斑病
	G0	結核（腎結核を除きます。）	腎結核
	G1		伝染性肝炎、ウイルス性肝炎※ ※A型・B型・C型肝炎は、G2とB1に重複して該当します。
	G2		細菌性心内膜炎
感染・寄生虫症	G3		淋病、梅毒、その他の性病
	G4		髄膜炎、脳膜炎、自律神経失調症、インフルエンザ脳症
	H0	てんかん、パーキンソン病、多発性硬化症	
	H1	筋ジストロフィー症	神経炎、神経痛、顔面神経麻痺、手根管症候群、重症筋無力症、ギランバレー症候群
	H2		白内障、緑内障、黄斑変性症、その他の目の疾患
神経・感覚器系の疾患	H3		中耳炎（慢性中耳炎を含みます。）、乳突突起炎、メニエール病、突発性聴覚、耳鳴症
	J0	脊髄カリエス	脊髄の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むち打ち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊髄管狭窄症、後縦靱帯骨化症、椎間板障害、腰椎分離・すべり症、脊椎分離・すべり症、突発性腰痛症（ギックリ腰）
	J1	膠原病※ ※パーチェット病、全身性エリテマトデス、強皮症、多発性関節炎・皮膚筋炎、結節性動脈管瘤（結節性多発動脈炎）、混合性結合組織病、アレルギー性肉芽腫性血管炎（チヤーク・ストラス症候群）、側頭動脈炎をいいます。	骨髄炎（急性化膿性骨髄炎を含みます。）、半月板損傷、ばね指（手指関節腱鞘炎）、特発性大腿骨頭壊死
	J2		骨関節炎、関節内腫、変形性関節症
	K0		頭部外傷後遺症、脳挫傷
外傷後遺症	L0		アトピー性皮膚炎、蜂窩織炎、帯状疱疹、粉瘤（アテローム）
	M0	悪性新生物（がん）※ ※上皮内新生物を含みます。	
	N0		職業病
精神障害	P0	認知症、アルコール・薬物使用による精神障害、統合失調症、妄想性障害、躁うつ病等の気分障害、抑うつ状態、神経症性障害※1、ストレス関連障害※2、摂食・睡眠障害、人格障害、詳細不明の精神障害 ※1不安障害を含みます。 ※2パニック障害、適応障害を含みます。	

【上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がない場合】

加入申込票・被保険者明細書の「特定疾病対象外欄」の「症状コード・疾病・症状名」に疾病コード「R0」および具体的な「疾病・症状名（カタカナ）」をご記入ください。ご記入された疾病・症状およびご記入された疾病・症状と医学上因果関係がある疾病・症状について保険金をお支払いしない条件でお引受します。
なお、上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がある場合は、必ず、上記の疾病・症状一覧表の該当する疾病・症状をご選択ください。（例）「肺炎」の場合、具体的な疾病・症状名は記入せず、「肺炎」が区分される疾病コード「C0」を選択し、記入します。

職種コード	職業名・職種名
011	研究者・研究員
021	技術者（技術・監督を含みます。）
022	鉱山
023	航空機（搭乗する方は除きます。）
024	土木、建築
025	造船
026	上記以外の技術的な業務に従事する方
031	教員・教師・講師
041	医療保健技術者
042	医師（獣医を含みます。）、歯科医師
043	薬剤師
044	船医
045	保健師、助産師、看護師（見習を含みます。）
046	マッサージ師、指圧師、はり師、きゅう師、骨つぎ師、柔道整復師
047	上記以外の技術的、専門的な医療、保健衛生の業務に従事する方
051	芸術家・芸能家
061	職業スポーツ家
071	その他の専門的職業従事者
072	弁護士
073	裁判官、判事、検事、司法書士、行政書士等
074	公認会計士
075	税理士、社会保険労務士、弁理士、中小企業診断士、技術士、調理士等
076	記者、編集者（戦争通信員を除きます。）、文芸家、著述家、評論家、宗教活動に従事する方、社会福祉事業に関する専門的な業務に従事する方、カメラマン（戦争カメラマンを除きます。）、写真家（撮影技術、助手を含みます。）、検査員（農業、肥料、生糸等）、土地家屋調査士、不動産管理士、不動産鑑定士、乗馬教師、馬術教師、馬術訓練士、武道師範、スキーインストラクター、テニスインストラクター、ゴルフインストラクター、フencing師範、自動車教習所教員、ピアノ調律師、上記以外の専門的な業務に従事する方
111	管理的職業従事者
121	一般事務従事者
131	作業的事務員
141	商品販売従事者
191	その他の販売従事者
211	農耕作業
221	養蚕作業
231	養畜作業
241	林業作業
251	その他の農林業作業
261	漁業作業
271	採掘作業
311	鉄道関係従事者
321	船舶関係従事者
331	自動車運転者
341	航空機関関係従事者
351	客室乗務員、航空機整備員
361	通信従事者
411	金属材料製造作業
421	金属加工作業
431	電気機械器具組立・修理作業
441	輸送機械組立・修理作業
442	組立作業、修理作業、自動車解体工
451	船舶組立工
461	計器・光学機械器具組立・修理作業
471	その他の機械組立工・修理作業
511	製糸・紡織作業
521	裁断・縫製作業
531	木・竹・草・つる製品製造作業
541	バルブ・紙・紙製品製造作業
551	印刷・製本作業
611	ゴム・プラスチック製品製造作業
621	かわ・かわ製品製造作業
631	窯業・土石製品製造作業
641	飲食料品製造作業
651	化学製品製造作業
711	建設作業（陸上）
721	建設作業（海上）
731	定置機関・機械および建設機械運転作業
741	電気作業
751	技術補助員
791	その他の技能工、生産工程作業
811	保安職業従事者
821	家事サービス職業従事者
831	個人サービス職業従事者
891	その他のサービス職業従事者
911	家事従事者、上記のいずれにも入らない方
921	航空機乗組員または航空機使用事業、自家用航空機乗組員の方は、代理店・扱者または引受保険会社にご相談ください。

健康状況を告知いただく前に
必ずお読みください

所得補償保険 健康状況告知書ご記入のご案内

I 注意事項

- このご案内には、健康状況を正しく告知いただくための注意事項や手順を記載しています。健康状況を告知いただく前に、必ずお読みください。
 - 健康状況の告知については、「健康状況告知書質問事項」をご確認いただき、加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」にご記入ください。
 - ご契約の継続の際、保険責任を加重^(*)することなく継続いただく場合には、あらためて健康状況を告知いただく必要はありません。
- (*) 免責期間の短縮、てん補期間の延長、入院のみ補償特約の削除、病気を補償する特約の追加等、補償を拡大することをいいます。

お客さまチェック欄 はご理解いただいた場合にチェックいただくなど、ご理解を深めるためにご活用ください。

1. 健康状況告知の重要性

健康状況について告知いただく内容は、引受保険会社が公平な引受判断を行うための重要な事項です。必ず被保険者（補償の対象者）ご自身が、ありのままを正確に漏れなくお答えください。

〈ご説明〉	損害保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に補償しあう制度です。したがって、保険にご加入される前から健康状態の悪い方等が他の方と同じ条件でご契約されますと、保険料負担の公平性が保たれません。このため、ご契約時には、危険に関する重要な事項として引受保険会社が告知を求めたもの（告知事項）について事実を正確に告知していただく義務（告知義務）があります。ご契約にあたっては、過去の傷病歴（傷病名等）、現在の健康状況等「健康状況告知書質問事項」で引受保険会社がおたずねすることについて、事実をありのままに正確に漏れなく告知ください。
-------	---

お客さまチェック欄 ☒

2. 正しく告知されなかった場合の取扱い

「健康状況告知書質問事項」について、事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合には、ご契約が解除または取消しとなり、保険金をお支払いできないことがあります。

〈ご注意〉	・「健康状況告知書質問事項」について、故意または重大な過失によって、事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合、引受保険会社は「告知義務違反」としてご契約を解除することがあります。 ・ご契約を解除した場合には、解除後の補償はなくなります。たとえ保険金支払事由が発生していても、保険金をお支払いしません（既に保険金をお支払いしている場合でも、保険金をお返しいただきます。）。ただし、「保険金支払事由」と「解除の原因となった事実」との間に因果関係がないことを確認できた場合は、保険金をお支払いします。 - また、解除する際にお返しする保険料があれば保険契約者にお返しします。 ・告知義務違反の内容が特に重大な場合（「現在の医療水準では完全に治ることが難しい、または死亡危険の極めて高い疾患の罹患歴・現在治療中の状態等」について、故意に告知をされなかった場合」等）は、ご契約を詐欺により取消しとすることがあります。ご契約を取消しとする場合には、保険金をお支払いしません。 - また、既にお払込みいただいた保険料はお返ししません。
-------	--

お客さまチェック欄 ☒

3. 書面によるご回答のお願い

- ・代理店・扱者には告知受領権があり、代理店・扱者に対して告知いただいた事項は、引受保険会社に告知いただいたものとなります。
- ・代理店・扱者への口頭によるご回答では、健康状況を告知いただいたことにはなりません。必ず加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」へのご記入にてご回答いただきますようお願いいたします。

お客さまチェック欄 ☒

4. 「健康状況告知書質問事項」に該当される場合

「健康状況告知書質問事項」に該当された場合、ご契約のお引受について次のいずれかの取扱いとさせていただきます。

- ①特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご契約をお引受します。
 - ②ご契約はお引受できません。^(注)
- (注) 質問3に該当した場合は、「妊娠に伴う身体障害補償特約」をセットした契約をお引受することはできません。

お客さまチェック欄 ☒

〈ご説明〉	引受保険会社では、ご契約者間の公平性を保つため、お客さまのお身体の状態すなわち保険金のお支払いが発生するリスクに応じた引受対応を行っております。このため、告知いただいた内容によっては、ご契約をお断りさせていただくか、特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でお引受することがあります。なお、傷病歴等がある方をすべてお断りするものではありません。
-------	--

5. 特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご契約されているお客さまへ

お客さまチェック欄 ☒

継続時に、あらためて健康状況の告知を行うことにより、新たな告知内容に応じた条件で継続いただくことができます。

〈ご注意〉	・現在の健康状況等によっては、ご契約を継続できなかつたり、保険金をお支払いしない疾病・症状群が追加・変更されたりすることがあります。 ・新たな告知内容に応じた条件で継続いただいた場合でも、保険金のお支払額は、発病時点の保険契約の条件で算出した金額となる場合があります。 ・保険期間の途中で特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件の削除・変更を行うことはできません。
-------	--

6. 現在の契約を解約・減額し、新たなご契約を検討されているお客さまへ

お客さまチェック欄 ☒

※詳しくは重要事項のご説明（注意喚起情報）をご覧ください。

現在の契約を解約・減額し、新たにご契約する場合も、新規にご契約される場合と同様に「健康状況告知書質問事項」にお答えいただく必要があります。現在の健康状況等によっては、ご契約できなかつたり、特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご契約をお引受することがあります。また、正しく告知をされなかった場合には契約が解除または取消しとなる場合があります。

7. 保険期間の開始前の発病等の取扱い

お客さまチェック欄 ☒

ご契約をお引受した場合でも、保険期間の開始時^(※1)より前に発病した病気^(※2)（発病日は医師の診断^(※3)によります。）、または発生した事故によるケガについては保険金をお支払いしません。このお取扱い^(※4)は、健康状況告知に誤りがない場合でも例外ではありませんので、ご注意ください。なお、この保険契約が継続契約である場合、病気を発病した時またはケガの原因となった事故発生の方が就業不能とされた日から保険契約の継続する期間を遡及して1年以前であるときは保険金をお支払いすることがあります。

- (※1) この保険契約が初年度契約である場合は「この保険契約の保険期間の開始時」、継続契約である場合は「この保険契約が継続されてきた初年度契約の保険期間の開始時」をいいます。
- (※2) 就業不能の原因となった病気と医学上因果関係がある病気を含みます。
- (※3) 人間ドックや定期健康診断での指摘を含みます。
- (※4) 特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご契約した場合の特定の疾病・症状群に該当しないものについても例外ではありません。

8. その他ご留意いただく点

お客さまチェック欄 ☒

- ・ご契約のお申込後または保険金のご請求の際、引受保険会社の社員または引受保険会社で委託した確認担当者が健康状況の告知内容等を確認させていただく場合があります。
- ・「健康状況告知書質問事項」にご回答いただいた後に、万一、告知内容の漏れ・誤りに気づかれた場合は代理店・扱者または引受保険会社までご連絡ください。告知内容の訂正の手続きをご案内します。ただし、お申出内容によっては訂正をお受けできずご契約をそのまま継続いただけない場合があります。

「健康状況告知書質問事項」へのご回答手順

「健康状況告知書質問事項」について、
次の手順でご回答ください。



過去の治療等についてすぐに思い出せないような場合には、資料等をご確認のうえ、ご回答いただくようお願いします。

手順
1

ご回答いただくにあたっての留意事項やご回答いただく方等についてご説明をしています。必ずご確認ください。

手順 2

質問1、2について、告知対象外となる「傷害・疾病」をご確認ください。
なお、右記に加え、以下のケースも告知不要ですのでご注意ください。

- ①市販のビタミン剤の服用など、病気の治療等ではなく健康増進のための行為
②医師に処方されていない市販の薬(かぜ薬、胃腸薬等)の服用

手順 3

次の補足説明をご確認いただき各質問事項に正しくご回答ください。

医師の診察・検査には、定期健康診断や保険契約の申込みに伴う医師の診査を含みません。

「医師の診察・検査・治療・投薬を受けた」事実の有無をご回答ください。

手術には、レーザー光線、ファイバースコープ、カテーテル、超音波、内視鏡による手術を含みます。なお、日帰り手術も含みます。

【初診から終診までの期間について】

例えば、病気ではじめて通院し診察を受け(初診)、その際、医師より2週間後に再通院するよう指示を受け、再通院時に次の通院指示がなかった場合、この時点で終診となります。この結果、初診から終診までの期間は15日間となるため、質問2①の回答は「はい」となります。

初診

初診から終診まで15日間

15日間

再通院

2週間後の通院を指示

（次回通院の指示なし（終診））

また、その病気と異なる病気がある場合は、初診から終診までの期間はそれぞれで数えます(通算しないで結構です)。

〈終診に該当しない例〉

治療の必要はないが、定期的に経過観察(診察・検査)の必要があると医師から指示を受けている状態は、終診には該当しません。

手順 4

ご回答の結果は加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」にご記入ください。
ご記入後は、告知いただいた内容を再度ご確認ください、ご署名をお願いします。

なお、次の点にご注意ください。

・健康状況告知書質問事項に該当する疾病・症状が「疾病・症状一覧表」のB欄の疾病・症状である場合、「疾病・症状名」ではなく該当する疾病・症状を含む「疾病コード」をご記入ください。疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がない場合には、疾病コード「R0」および「疾病・症状名」をご記入ください。

[illegible]

MS&AD

三井住友海上

所得補償保険加入申込票・被保険者明細書 兼 健康状告知書

※印の項目は、ご契約に関して引継ぎ保険会社がおたねする重要な事項（告知事項）です。
事実と相違する場合は、ご契約を無効とし、保険金を支払っていません。ご了承ください。

（ご記入にあたって）

1. 〇名前は保険証記載の住所の氏名をご記入ください。（保険証欄の中で加入される場合も、中途加入日時点でもなく、団体契約の保険証記載の氏名をご記入ください。）

2. 続コードは所属をご確認ください。

3. 健康保険住所が申込人（加入者）の住所と同じ場合、（申込人住所と同じ）に〇印をしてください。

009 AAA 000 004

RC経 03 20 23

354 ④

代表証券番号

加入申込日 010

令和 年 月 日

011 電話番号

— —

申込人住所

012 郵便番号

317 カナ

013 漢字

014 カナ

（ご記入の印欄事項）
1. 〇名前は保険証記載の住所の氏名をご記入ください。
2. 続コードは所属をご確認ください。
3. 健康保険住所が申込人（加入者）の住所と同じ場合、（申込人住所と同じ）に〇印をしてください。

015 所属名カナ

016 所属コード

017 社員番号

009 加入者番号

前年加入内容を変更する場合記入
（服退を含む）

018 前契約加入者識別コード

009 前契約加入者番号

019 保険期間

令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

020 被保険者

021 セット名
（3名以内の加入者）

022 申込人住所と同じ

023 漢字

024 カナ

025 漢字

026 申込日

027 漢字

028 漢字

029 申込日

030 漢字

031 漢字

032 申込日

033 漢字

034 漢字

035 申込日

036 漢字

037 漢字

038 申込日

039 漢字

040 漢字

041 申込日

042 漢字

043 漢字

044 申込日

045 漢字

046 漢字

047 申込日

048 漢字

049 漢字

050 申込日

051 漢字

052 漢字

053 申込日

054 漢字

055 漢字

056 申込日

057 漢字

058 漢字

059 申込日

060 漢字

061 漢字

062 申込日

063 漢字

064 漢字

065 申込日

066 漢字

067 漢字

068 申込日

069 漢字

070 漢字

071 申込日

072 漢字

073 漢字

074 申込日

075 漢字

076 漢字

077 申込日

078 漢字

079 漢字

080 申込日

081 漢字

082 漢字

083 申込日

084 漢字

085 漢字

086 申込日

087 漢字

088 漢字

089 申込日

090 漢字

091 漢字

092 申込日

093 漢字

094 漢字

095 申込日

096 漢字

097 漢字

098 申込日

099 漢字

100 漢字

099 申込日

100 漢字

101 漢字

100 申込日

101 漢字

102 漢字

101 申込日

102 漢字

103 漢字

102 申込日

103 漢字

104 漢字

103 申込日

104 漢字

105 漢字

104 申込日

105 漢字

106 漢字

105 申込日

106 漢字

107 漢字

106 申込日

107 漢字

108 漢字

107 申込日

108 漢字

109 漢字

108 申込日

109 漢字

110 漢字

109 申込日

110 漢字

111 漢字

110 申込日

111 漢字

112 漢字

111 申込日

112 漢字

113 漢字

112 申込日

113 漢字

114 漢字

113 申込日

114 漢字

115 漢字

114 申込日

115 漢字

116 漢字

115 申込日

116 漢字

117 漢字

116 申込日

117 漢字

118 漢字

117 申込日

118 漢字

119 漢字

118 申込日

119 漢字

120 漢字

119 申込日

120 漢字

121 漢字

120 申込日

121 漢字

122 漢字

121 申込日

122 漢字

123 漢字

122 申込日

123 漢字

124 漢字

123 申込日

124 漢字

125 漢字

124 申込日

125 漢字

126 漢字

125 申込日

126 漢字

127 漢字

126 申込日

127 漢字

128 漢字

127 申込日

128 漢字

129 漢字

128 申込日

129 漢字

130 漢字

129 申込日

130 漢字

131 漢字

130 申込日

131 漢字

132 漢字

131 申込日

132 漢字

133 漢字

132 申込日

133 漢字

134 漢字

133 申込日

134 漢字

135 漢字

134 申込日

135 漢字

136 漢字

135 申込日

136 漢字

137 漢字

136 申込日

137 漢字

138 漢字

137 申込日

138 漢字

139 漢字

138 申込日

139 漢字

140 漢字

139 申込日

140 漢字

141 漢字

140 申込日

141 漢字

142 漢字

141 申込日

142 漢字

143 漢字

142 申込日

143 漢字

144 漢字

143 申込日

144 漢字

145 漢字

144 申込日

145 漢字

146 漢字

145 申込日

146 漢字

147 漢字

146 申込日

147 漢字

148 漢字

147 申込日

148 漢字

149 漢字

148 申込日

149 漢字

150 漢字

149 申込日

150 漢字

151 漢字

150 申込日

151 漢字

152 漢字

151 申込日

152 漢字

153 漢字

152 申込日

153 漢字

154 漢字

153 申込日

154 漢字

155 漢字

154 申込日

155 漢字

156 漢字

155 申込日

156 漢字

157 漢字

156 申込日

157 漢字

158 漢字

157 申込日

158 漢字

159 漢字

158 申込日

159 漢字

160 漢字

159 申込日

160 漢字

161 漢字

160 申込日

161 漢字

162 漢字

161 申込日

162 漢字

163 漢字

162 申込日

163 漢字

164 漢字

163 申込日

164 漢字

165 漢字

164 申込日

165 漢字

166 漢字