

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 健康状況告知書

※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。

000 AAA 020 994
RC65 03 20 23 354 ④

- 1. ◎年令は保険始期日時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

018 所属名 カナ 019 所属コード 017 社員番号

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 980 生年月日 (大正)T (昭和)S (平成)H (令和)R
341 自署 年 月 日

098 加入者番号

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

保 險 期 間

令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

099 前契約加入者番号

申し込み *ご加入される方について下欄にご記入ください。ご家族の方もご加入できます。

申し込まない

符号	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	申込人住所と異なる場合は必ずご記入ください。				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	
390	H41 カナ				576※職業名・職種名 カナ	質問1: はい (1)	質問2: はい (1)	質問3: はい (1)	L27 A欄: お引受できません。	L45 疾病 562 疾病・症状名 カナ (R0の場合のみ記入)				
	J04 カナ				312※職種コード 573職種級別	質問1: いいえ (2)	質問2: いいえ (2)	質問3: いいえ (2)	L27 B欄:					
	L67 漢字				口数 572	※告知者ご署名欄								
	323 ※生年月日 (大正)T (昭和)S (平成)H 年 月 日				303 ※◎年令 満 才 (男)1 (女)2	三井住友海上火災保険株式会社 宛 裏面の健康状況告知書質問事項に対する上記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金のお支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。「健康状況告知書ご記入のご案内」を受け取り、内容を了解しました。 (被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。)								
	※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」と回答したことになります。）				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)									
	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。				会社名									
	合計保険金額 (月額)				回数		合計金額							
	Y36 万円				回		円							

◆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

R50 合計保険料(分割払の場合は1回分)

円

受付日(社内使用欄)

令和 年 月 日

331 特記事項 カナ

令和1年10月1日以降始期契約に使用

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。
●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>

Table with 2 columns: 現在治療中でも告知いただく必要のないもの, 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。 Contains medical conditions like allergic rhinitis, asthma, etc.

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。
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。
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。

はい
質問1または質問2のいずれか1つでも「はい」がある方は、右記の「疾病・症状一覧表」の中で、該当する疾病・症状をご選択ください。
<選択された疾病・症状がA欄の疾病・症状に該当する場合>
<選択された疾病・症状がB欄の疾病・症状に該当する場合>
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します。

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。
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。

はい
質問3に対する回答が「はい」の場合、「妊娠に伴う身体障害補償特約」付きのセットのお引受はできません。
(注1) 疾病・症状名が判明しない場合は、疾病・症状名が判明するまではお引受を見合わせさせていただきます。
(注2) (例) 不整脈による受診歴のため疾病コードA0を特定疾病対象外欄に記入して加入された方が、心筋梗塞になった場合、保険金をお支払いしません。
(注3) (例) 疾病コードA2を特定疾病対象外欄に記入して加入された方が、心筋梗塞(疾病コードA0)になり、この心筋梗塞と疾病コードA2に属する病気(高血圧症など)との間に医学上因果関係がある場合、保険金をお支払いしません。

いいえ
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。

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。

Main table with columns: 分類, 疾病コード, A欄, B欄. Lists various medical conditions and symptoms categorized by body systems like circulatory, digestive, respiratory, etc.

Table with columns: 職種コード, 職業名・職種名. Lists various professions and job titles such as researcher, technician, teacher, etc.

<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。

【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。
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。

【注】
航空機乗組員または航空機使用乗客、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。