全国町村等職員　任意収入補償保険 加入申込書

【団体長期障害所得補償保険】

「重要事項のご説明　契約概要のご説明・注意喚起情報のご説明」の「ご加入いただく内容に関する確認事項(ご意向の確認)」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。
裏面の健康状態告知書質問事項に対する下記回答は事実に相違ありません。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支払いを受けられないことがあることに同意します。「健康状態告知についてのご案内」を受け取り、内容を了解しました。

申込日	令和　　年　　月　　日

電話番号(日中連絡先)	
電話番号(勤務先)	
加入団体名	

申込人　(被保険者)　氏名
(カナ)
(漢字)自署　フルネームで署名してください

支部コード	団体コード	枝番	被保険者番号

※生年月日	※性別
昭和 S　平成 H　年　月　日	男 1　女 2

加入区分	○ 新規加入	＊＊変更申込＊＊	＊＊継続申込＊＊	＊＊脱退＊＊

契約内容	
保険期間	：令和２年１月１日より　１年間
てん補期間	：65 才に達した日まで
免責期間	：90 日

加入プラン	M 男　F 女
加入口数	口

備考
必要事項をご記入のうえ、自署欄にフルネームで署名していただき、ご提出ください。
◇加入プランと加入口数を記入ください。
◇加入をご希望の方は、裏面の記入要領をご覧になり、
下記「※健康状態告知書質問事項回答欄」へ告知日、質問１、質問２等の質問にお答えください。

★健康状態告知事項にご回答ください。

裏面の「健康状態告知書質問事項および健康状態告知書質問事項回答欄記入要領」およびパンフレット内「健康状態告知書質問事項回答欄の解説」をお読みのうえ、下記に告知日と回答をご記入ください。

※健康状態告知書質問事項回答欄

告知日	質問 1	質問 2
令和　　年　　月　　日	はい 1　いいえ 2	はい 1　いいえ 2

★裏面の「病気・症状一覧表」から病気・症状が該当する群名コード(A1～Y1)を選択いただき、疾病コード欄にご記入ください。
「病気・症状一覧表」に該当する病名がない場合は、疾病コード欄に「RO」を記入し、疾病・症状名をカナでご記入ください。

疾病・症状記入欄	疾病コード	疾病・症状名

【ご注意】 告知の内容にかかわらず、新規加入日より１２か月以内に発生した就業障害については、就業障害の原因となった身体障害について新規加入日前１２か月以内に医師の治療、診察、診断を受け、または治療のために服薬をしていたときは、保険金をお支払いできません。

※【他の保険契約等】(注)他の保険会社等における契約を含みます。
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(団体保険、生命保険、共済を含みます)。

「あり」の場合、右欄「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。)　あり

合計保険金額	万円

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(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

保険会社	
回数　回	保険金額　円

ご注意　※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。

社内使用欄

団体コード		初年度加入日	L92 H	旧加入番号	099	識別コード
		告知社内処理日	XJY H	加入番号	098	

健康状態告知書質問事項および健康状態告知書質問事項回答欄記入要領

団体長期障害所得補償保険の基本補償に今回新たに加入する方、および継続して加入する場合で保険金額の増額、特定疾病等を補償対象外とする条件の削除など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、加入申込書の健康状態告知書質問事項回答欄（以下「告知回答欄」といいます）に下記の質問事項に対する回答および告知日をご記入のうえ、ご署名ください。

- ●継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、告知回答欄へのご記入は不要です。
- ●被保険者ご本人がご回答ください。
- ●各質問に該当する場合は「はい」に、該当しない場合は「いいえ」に○印をしてください。

ご注意

・質問事項に対する回答の記載がない場合や回答内容が事実と異なっている場合は、ご加入が解除され保険金が支払われないことがあります。
・ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合、または、特定の病気・症状について保険金をお支払いしない条件（特定疾病等補償対象外）でのご加入となる場合がありますので、あらかじめご了承ください。また、特定疾病等補償対象外の場合には、次年度以降も原則として同条件でのご継続となります。
・ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始時より前に原因が発生した病気やケガについては、保険金をお支払いできません（始期前治療について協定書に定めのある場合、その規定により保険金を支払うことができることがあります）。
・継続して加入する方で、「疾病コード」欄に下記「病気・症状一覧表」の群名コード以外のコードが印字されている場合、補償対象外となる病気・症状の範囲は、別紙「健康状態告知書質問事項回答欄の解説」に記載していますのでご確認ください。

質問事項

＜質問１＞　「がん」「糖尿病」に関するご質問

①過去２年以内に「がん」（悪性新生物をいい、上皮内がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫ようを含みます）にかかったことがある。または、現在、医師から「がん」の検査を受けるように指示されている。

②過去２年以内に医師から「糖尿病」「高血糖症」「耐糖能異常」と診断されたことがある。または、現在、医師からこれらの検査を受けるように指示されている。

はい → **お引き受けできません。** ご了承ください。

質問 1　はい ①　いいえ ②

いいえ　**告知回答欄の質問1は「いいえ」に○印をし、次の質問２に進んでください。**

＜質問２＞　最近の健康状態・既往症に関するご質問

●以下の①、②のいずれかに該当する項目はありますか。

①最近３か月以内に、医師の診察・検査・治療（医師の指示による服薬を含みます）を受けたことがある。

②過去２年以内に、健康診断・人間ドックまたは医師による診察の結果、異常（要検査・要精密検査・要治療・要経過観察）を指摘されたことがある（検査や治療の結果、「異常なし」となった場合を除きます）。

※ ただし、後遺症のないケガおよび右記「完治している場合は告知不要の病気・症状」に該当する病気・症状は告知不要です。

いいえ → 質問 2　はい ①　いいえ ②　**お引き受けできます。**（健康状態の告知は以上となります）

完治している場合は告知不要の病気・症状

感冒（かぜ）、インフルエンザ、急性胃腸炎、急性へんとう炎、急性咽頭炎、急性喉頭炎、急性気管支炎、急性虫垂炎、急性中耳炎、外耳炎、結膜炎、花粉症、アレルギー性鼻炎、じんましん、そけいヘルニア、虫歯

質問 2　はい ①　いいえ ②　**はい**

質問２の①、②いずれか１つでも該当する項目がある場合は、病気・症状により、下のいずれかのお取扱となります。

病気・症状が「病気・症状一覧表」の**甲欄に該当**する方

お引き受けできません。
ご了承ください。

⚠ 病気・症状名が不明な方や検査等の結果待ちの方は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。

病気・症状が「病気・症状一覧表」の**乙欄に該当**する方

その病気・症状が含まれる群の乙欄に記載の病気・症状すべてを**特定疾病等補償対象外**としてお引き受けします。

また、告知後に同じ群の甲欄に記載の病気・症状のいづれかになった場合も**特定疾病等補償対象外**となります。

告知回答欄の**質問2の「はい」に○印**のうえ、**「疾病コード」欄に該当する群名コード（A1～Y1）をご記入**ください。

例　疾病・症状記入欄　疾病コード　D1　疾病・症状名

「病気・症状一覧表」に該当する**病名がない**方

その病気・症状のみを**特定疾病等補償対象外**としてお引き受けします。

告知回答欄の**質問2の「はい」に○印**のうえ、**「疾病コード」欄にR０、「疾病・症状名」欄に病名をカナでご記入**ください。

例　疾病・症状記入欄　疾病コード　R0　疾病・症状名　コウシ゛ョウセンキノウテイカショウ

病気・症状一覧表

群名コード	A群	B群	C群	D群	E群	F群	H群	I群	K群
	A1	X1	C1	D1	E1	F1	H1	Y1	
	脳・循環器系の疾病	呼吸器系の疾病	消化器系の疾病	肝臓系の疾病	胆のう・すい臓系の疾病	腎臓・泌尿器系の疾病	婦人科系の疾病	骨・筋肉の疾病	その他の疾病
甲欄	●脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓、脳塞栓、一過性脳虚血発作（TIA）など） ●脳腫よう　●狭心症 ●動脈硬化症　●心筋症 ●動脈狭窄症　●心不全 ●動脈瘤 ●心筋こうそく ●心臓弁膜症	●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺気腫 ●間質性肺炎 ●肺線維症 ●気管支ぜん息	●胃・腸のがん ●食道がん ●かいよう性大腸炎 ●クローン病	●肝臓のがん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎	●胆のう・すい臓のがん ●すい炎	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腎 ●尿毒症	●子宮がん ●卵巣がん	●リウマチ（関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患） ●脊椎カリエス ●後縦靱帯骨化症 ●筋ジストロフィー症 ●重症筋無力症	●精神障害（うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます）・知的障害・発達障害※1 ●左記のA～I群にある「がん」以外のがん（悪性新生物をいい、上皮内がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫ようを含みます） ●糖尿病（高血糖症、耐糖能異常を含みます） ●膠原（こうげん）病　●血友病　●カリエス ●厚生労働省指定の難病（ただし、メニエール病を除きます）※2
乙欄	●高血圧症（医師の治療を受けている 場合、または治療を受けていない場合でも最低血圧110ミリ以上の場合） ●高脂血症・脂質異常症（高コレステロール血症を含みます） ●不整脈（心房・心室細動、心室頻拍、脚ブロックなど） ●先天性心疾患（心房・心室中隔欠損症、動脈管開存症、大動脈縮窄症、ファロー四徴症など）	●肺炎 ●じん肺 ●けい肺 ●肺のう胞 ●自然気胸 ●慢性気管支炎 ●気管支拡張症 ●胸膜炎（肋膜炎）	●胃・腸のかいようまたはポリープ	●急性肝炎 ●肝肥大 ●黄疸	●胆のうポリープ ●胆のう炎 ●胆石（症） ●胆管結石	●急性腎不全 ●急性腎炎 ●腎う炎 ●腎臓・膀胱・尿路などの結石 ●前立腺肥大症	●子宮筋腫 ●子宮内膜症 ●子宮腺筋症 ●子宮頸部異形成 ●卵巣のう腫	●関節炎 ●骨髄炎 ●神経痛 ●頸肩腕症候群	

厚生労働省指定の難病の例（平成２９年３月現在）

パーキンソン病関連疾患、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、皮膚筋炎／多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、網膜色素変性症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く。）サルコイドーシス、ベーチェット病、原発性胆汁性肝硬変など

※1具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10（2003年版）準拠」によります。

※2メニエール病は「疾病・症状名」欄に病名を記載することで加入いただけます。

特定疾病等補償対象外となる例

例）告知日から3カ月以内に急性肝炎で医師の治療を受けていたため、＜質問2＞に「はい」で回答し、疾病コード欄に「D1」と記載。
告知後に肝臓がんを発症し、就業障害となった場合。

⇒告知時には病気・疾病一覧表の甲欄に該当しないため、D1群の病気・症状すべてを特定疾病等補償対象外としてお引き受けします。
告知後に発症した肝臓がんはD群の甲欄に該当するため、保険金は支払われません。