

✓記入チェックリスト ①～⑦

チェック欄	確認項目
☐	① お申込日をご記入ください。
☐	② 氏名(カナ・漢字)をフルネームでご署名ください。
☐	③ 被保険者(補償対象となる方)の氏名をご記入ください。
☐	④ 団体との関係を、申込票下部の◆欄をご参照のうえ、ご記入ください
☐	⑤ 年令(2020年1月1日時点の)・性別・生年月日をご記入ください。
☐	⑥ ご希望のセット名(AA・BA・CA・DA・XD・YD)・口数(傷害補償は最大10口まで、医療補償は1口まで)をご記入ください。
☐	⑦ 他 ^① の保険契約等にご加入の場合は、「あり」に○印のうえ、「※他の保険契約等」欄にご記入ください。

団体総合生活補償保険加入申込票 兼 被保険者明細書 兼 健康状態告知書(MS & AD型・個賠型)

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がわざわざ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。
ただし、「生年月日」、「年令」、「健康状態告知」欄は「疾病補償」、「がん補償」、「介護一時金」、「親介護一時金」、「親の介護による休業補償」、「所得補償」、「医療費用補償」をセットされない場合、告知事項に該当しません。「職業名・職種名」欄は「所得補償」をセットされない場合、告知事項に該当しません。

傷害補償
医療補償

必ずご記入ください。

加入申込日	010 令和R 年 月 日	011 電話番号	— —
住所	012 郵便番号 317 カナ	013 漢字	399 漢字
氏名	014 氏名 カナ	015 氏名 漢字	016 氏名 漢字
017 所属名	カナ	018 所属コード	019 社員番号

親介護一時金・休業	親介護一時金支払特約	または	親の介護による休業補償特約	付のセットにご加入される場合、下記をご記入ください。
特約区分	特約被保険者(※1)・介護対象者(※2)の氏名	※生年月日	※年令	親介護一時金・休業 専用 健康状態告知書質問事項回答欄
VT1 ①一時金のみ	VKA カナ	VKB カナ	VKC カナ	VKE はい ①
②休業のみ	続柄 VKD ① ②	VKB カナ	VKC カナ	VKE はい ②
③一時金+休業	続柄 VKD ① ②	VKB カナ	VKC カナ	VKE はい ③
VT2 ①一時金のみ	VKJ カナ	VKK カナ	VKL カナ	VKN はい ①
②休業のみ	続柄 VKM ① ②	VKK カナ	VKL カナ	VKN はい ②
③一時金+休業	続柄 VKM ① ②	VKK カナ	VKL カナ	VKN はい ③
※他の保険契約等	同様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、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体ケガまたは病気および損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等を含む。）、積立保険を含みます。）がありますか。〔あり〕の場合、「あり」に○印のうえ、必ず下欄にご記入ください。（ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。）	Y34 ①あり	Y34 ①あり	Y34 ①あり
傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	疾病入院保険金日額	がん入院保険金日額
Y36 (合計) Y37 万円	Y38 (合計) Y39 円	Y40 (合計) Y41 円	Y42 (合計) Y43 円	Y44 (合計) Y45 円

通 信 欄	331 加入者特記事項 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 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

000 AAA 020 994
R146 03 88 LF 354 ⑦

- ＜ご記入にあたって＞
- ◎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。）
 - 職種コードは裏面または別紙をご参照ください。
 - 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。

保 険 期 間
令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

(注1) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 宛
裏面または別紙の健康状態告知書質問事項に対する下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、個人情報取扱いに同意します。
(注2) 傷害死亡に保険金受取人を指定する場合のみご記入ください。被保険者が未成年の場合、親権者を傷害死亡に保険金受取人に指定することはできません。
(注3) 父母、子、祖父母、孫および兄弟姉妹をいいます。
(注4) 企業等の保険金受取に関する特約をセットする場合は、この特約により傷害死亡に保険金受取人に支払う旨が規定されているその他の保険金を含みます。

あいおいニッセイ同和損保 **DN1** センター受付

前契約代表証券番号		
代表証券番号		
部店課支社	代理店・扱者/仲立人	団体コード

098 加入者番号

099 前契約加入者番号

099 加入者識別コード

※ 健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)

質問1	質問2	質問3	特定疾病等対象外欄
LKA	LKH	LTA	506 疾病コード 507 疾病・症状名 カナ (R0の場合のみ記入)
はい ①	はい ①	はい ①	
いいえ ②	いいえ ②	いいえ ②	

※ 告知者ご署名欄

〔上記(注1)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者ご本人の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方がご署名ください。〕

LW8 告知日 令和R 年 月 日 自 署

傷害死亡保険金受取人 特に指定のない場合には、傷害死亡保険金受取人は、被保険者の法定相続人となります。(注2)

被保険者のご署名	傷害死亡保険金受取人指定に関する同意	31M 被保険者との関係
56H 氏名 カナ	56F 氏名 漢字	配偶者・2親等内の血族(注3) 1 2 3 4
自 署	自 署	553 上記③その他の場合具体的にカナで記入

育 英 費 用

55W 氏名 カナ	55C 氏名 カナ
55X 氏名 漢字	55E 氏名 漢字
55Y 生年月日 令和R 年 月 日	

R43 被保険者特記事項 カナ (※スポーツ賠償責任保険特約セットの場合(注6)参照)

R50 合計保険料 (分割払の場合は1回分) 円

その他の項目(被保険者項目のみ記入可)	内 容
項目No.	

令和1年10月1日以降始期契約に使用

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(被保険者ご本人用)記入要領

団体総合生活補償保険

団体総合生活補償保険の疾病補償、がん補償、介護一時金、所得補償または医療費用補償のいずれか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、加入申込票兼被保険者明細書の健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用) (以下「告知回答欄(本人用)」)といえます)に告知日と下記の質問事項に対する回答をご記入ください。

- 継続して加入する場合、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(本人用)へのご記入は不要です。
- 被保険者ご本人(補償の対象となる方)がご回答ください。ただし、満年齢が15才未満の被保険者については、親権者の方がご回答ください。
- 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。

質問事項

<質問1>

「がん」「糖尿病」に関する質問



疾病補償、がん補償、所得補償、医療費用補償または介護一時金の加入を希望する方はご回答ください。
* 疾病に関する補償が「がん補償」に限られている契約をお申込みの方は②については回答不要です(①)についてのみご回答ください。

●以下の①、②いずれかに該当する項目はありますか。

- ①今までに「がん」(悪性新生物をいい、上皮がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫瘍を含みます)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今までに医師から「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。

<質問2>

最近の健康状態・既往症に関する質問



疾病補償、所得補償、医療費用補償または介護一時金の加入を希望する方はご回答ください。
* 疾病に関する補償が「がん補償」に限られている契約をお申込みの方は回答不要です。
* 疾病に関する補償が「介護一時金」に限られている契約をお申込みの方は、「病気・症状一覧表」の甲欄に該当する病気・症状について①～③に該当する項目があるかをご回答ください。
* 病気・疾病名が不明な方や検査等の結果待ちの方は、病気・疾病名が判明するまではお引き受けできません。

●以下の①～③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、または検査・治療・入院・手術をすすめられたことがある。
 - 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)。
 - ③過去5年以内に、入院したこと、または手術(内視鏡手術等を含みます)を受けたことがある。
- ※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。

<質問3>

女性の方へのご質問



疾病補償または医療費用補償の加入を希望する女性の方のみご回答ください。

* 疾病に関する補償が「がん補償」「介護一時金」「所得補償」に限られている契約をお申込みの方は回答不要です。

●以下の①、②いずれかに該当する項目はありますか。

- ①今までに妊娠または分娩に伴う病気・症状(帝王切開を含みます)で医師の治療を受けたことがある。
※下記「妊娠または分娩に伴う病気・症状の例」を参照ください。
- ②現在、妊娠している。

はい 疾病を補償する契約はお引き受けできません。ご了承ください。

いいえ 告知回答欄(本人用)の質問1は「はい」に○印をしてください。

質問 1
LKA
はい ①
いいえ ②

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・症状が「病気・症状一覧表」の乙欄に該当する方

該当群(A～I群)の甲欄および乙欄に記載の病気・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。告知回答欄(本人用)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。

質問 2
LKH
はい ①
いいえ ②

X1
(507 疾病・症状名 カナ(R0の場合のみ記入))

「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(本人用)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」欄に病名をカナで記入してください。

質問 2 (例)
LKH
はい ①
いいえ ②

(例)
507 疾病・症状名 カナ(R0の場合のみ記入)
コウジョウセン
キノウテイカショウ

病気・症状名が不明な方や検査等の結果待ちの方

病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。ご了承ください。

はい 質問2の①～③に1つでも該当する項目がある場合は、病気・症状により、右のいずれかのお取扱となります。
* ただし疾病に関する補償が「介護一時金」に限られている契約をお申込みの方は、お引き受けできません。

いいえ 告知回答欄(本人用)の質問2は「はい」に○印をしてください。

質問 2
LKH
はい ①
いいえ ②

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、急性咽喉炎、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、ぞいけいヘルニア、虫歯

①または両方に該当する方

「妊娠または分娩に伴う病気・症状」※を補償対象外としてお引き受けします。
※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O00からO79、O81からO99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。告知回答欄(本人用)の質問3の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄に「64」をご記入ください。

質問 3
LTA
はい ①
いいえ ②

64
(64 妊娠・分娩に伴う病気・症状)

②にのみ該当する方

「補償開始日から1年以内に発病した妊娠または分娩に伴う病気・症状」を補償対象外としてお引き受けします。
※上記の条件は初年度加入時から1年間の限定であり、2年目以降は適用しません。告知回答欄(本人用)の質問3の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄に「99」をご記入ください。

質問 3
LTA
はい ①
いいえ ②

99
(99 補償開始日から1年以内に発病した妊娠・分娩に伴う病気・症状)

いいえ 告知回答欄(本人用)の質問3は「はい」に○印をしてください。

質問 3
LTA
はい ①
いいえ ②

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、ご契約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や「特定疾病等補償対象外」等の特別な条件を付けてお引き受けする場合があります。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日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(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いすることができます)。
- ・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の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(被保険者ご本人用)の解説」に記載していますのでご確認ください。

詳細のご案内

病 気 ・ 症 状 一 覧 表									
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	
●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) ●脳腫瘍 ●脳梗死 ●動脈硬化症 ●動脈狭窄症 ●動脈瘤 ●心筋こうそく ●心臓弁膜症	●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺炎 ●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 ●すい臓炎	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう膜腎 ●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 ●後縦靭帯骨化症 ●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)・非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害 ※1 ●膠原病(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	
●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、心房頻拍、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 ●胆汁肥大 ●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	※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。	

厚生労働省指定の難病の例(2019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)、サルコイドシス、パーチェット病、原発性胆汁性肝硬変 など

【記入例】

疾病に関する補償が「がん」に限られている契約をお申込みの方は質問1のみご回答ください

質問3は女性のみご回答ください

※ 健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)				
質問 1	質問 2	質問 3	特定疾病等対象外欄	
LKA はい ① いいえ ②	LKH はい ① いいえ ②	LTA はい ① いいえ ②	506 疾病コード R0 507 疾病・症状名 カナ (R0の場合のみ記入) コウジョウセン キノウテイカショウ	

「疾病・症状名」欄に病名を記載する場合のご注意 — 「病気・症状一覧表」に該当する病名がないことをご確認ください。

「病気・症状一覧表」の甲欄、乙欄に該当する病気・症状の具体名を「疾病・症状名」欄に記入して加入した場合は、加入申込票兼被保険者明細書提出後であっても、保険期間の開始時から条件を訂正することまたはご加入の取り消しをすることがあります。