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）

あいおいニッセイ同和損保 DNI センター送付

※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。
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。

私（申込人）は、自分が所属する企業または団体に対して、当該企業または団体が引受保険会社（共同保険契約の場合は共同保険会社を含みます。以下同様とします。）と締結する団体保険契約への加入を、以下のとおり依頼します。以下加入申込票に記載のない加入条件（適用約款・特約、保険期間、保険金額など）は、当該企業または団体により定められているものであることを確認します。私および被保険者は、団体保険契約に関する情報を引受保険会社に提供することに同意します。また、私および被保険者は引受保険会社に提供された情報が、適切な保険の引受、万一保険事故が発生した場合の円滑かつ適切な保険金の支払い、保険契約に付帯されるサービスの提供のほか、保険制度の健全な運営（再保険契約に伴う諸手続きを含みます。）、更改のご案内、商品提案、グループ会社（海外にあるものを含みます。）および提携先への商品・サービスの提案・提供等に利用されることに同意します。（引受保険会社は、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社となります。なお、詳細は弊社ホームページhttps://www.aioinissaydowa.co.jp/をご参照ください。）

000	AAA	020	994
R154	03	88	LF

354 ⑦

＜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。（保険期間の中途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. 職種コードは裏面または別紙をご参照ください。
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。

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

◯	◯
傷害補償	医療補償

保険契約者（団体名）

申込人（加入者）

加入申込日 010 令和R 年 月 日

011 電話番号 ー ー

住所 012 郵便番号 〒 ー

317 カナ

399 漢字

氏名 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

保険期間

令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

098 加入者番号

099 前契約加入者番号

L05 加入者識別コード

（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。
（注2）傷害死亡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。
（注5）スキー・スケート賠償責任保険特約をセットした場合で、被保険者が競技または指導を職務としている場合は、○印をしてください。
（注6）スポーツ賠償責任保険特約をセットした場合、下記（例）のとおり、スポーツの種類を必ずご記入ください。
（例）スポーツの種類が卓球の場合「スポーツ_タッキュウ」

（注7）「健康状態告知についてのご案内」をお読みいただき、健康状態告知をされる場合は、裏面または別紙の「健康状態告知書質問事項」を参照のうえ、下記に回答と告知日をご記入いただき、告知者ご署名欄にご署名ください。

必ずご記入ください。

被保険者ご本人（基本部分）

（注）「介護一時金支払特約」付のセットに加入される場合、「介護一時金支払特約」の被保険者は、本欄記載の方となります。

符号 390

住所 申込人住所と同じ VBT ①

申込人住所と異なる場合は必ずご記入ください。

H41 カナ

L68 漢字

576 ※職業名・職種名 カナ

※被保険者職業区分（注5）（スキー・スケート） ㋐㋑

312 職種コード

傷害

323 ※生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R 年 月 日

氏名 J04 カナ

L67 漢字

L18 ◆団体との関係

L40 家族構成人数 名

303 ※◎年令 満 才

302 性別 男1 女2

所得 ※職種コード LJW　職種級別 LJX

加入セット選択欄

基本セット（必須加入）	オプション 1	2	3	4	5
300 セット名（3桁以内の英数字）					
572 口数	口	口	口	口	口

※ 健康状態告知書質問事項回答欄（被保険者ご本人用）（注7）

疾病・がん（質問2のみ）・所得・医療		本人介護	過去の健康状態告知内容
質問1	質問2	質問3	特定疾病等対象外欄（再告知の場合要削除）
LKA はい③ いいえ④	LKH はい③ いいえ④	L1A はい③ いいえ④	506 疾病コード / 507 疾病・症状名 カナ

「はい」の場合、該当補償についてお引き受けできません。
詳細は裏面または別紙をご参照ください。

※ 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

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。

親の介護による休業補償特約 / 親介護一時金支払特約

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（注7） ※質問	確認方法	※告知者ご署名欄
VT1 ①一時金のみ ②休業のみ ③一時金＋休業	VKA カナ / 続柄 VKD 父1 母2	VKB 大正T 昭和S 平成H 年 月 日	VKC 満 才	VKE はい③ いいえ④	VKT ①対面 ②電話 ③FAX・郵送 ④メール等の通信手段	（上記（注1）をご確認のうえ、特約被保険者・介護対象者となる方の現時点の健康状態を確認し、必ず基本部分の被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における基本部分の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。） VKS 告知日 令和R 年 月 日 自 署
VT2 ①一時金のみ ②休業のみ ③一時金＋休業	VKJ カナ / 続柄 VKM 父1 母2	VKK 大正T 昭和S 平成H 年 月 日	VKL 満 才	VKN はい③ いいえ④	VKU ①対面 ②電話 ③FAX・郵送 ④メール等の通信手段	

詳細は裏面または別紙をご参照ください。「はい」の場合、お引き受けできません。

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）

56H 氏名 カナ

56F 氏名 漢字

＜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
傷害死亡保険金は左記受取人に支払われることに同意します。（注4）（被保険者ご本人がご署名ください。）
自 署

31M 被保険者との関係
配偶者・2親等内の血族（注3） 1　勤務先 2　その他 4

553 上記「その他」の場合具体的にカナで記入

育英費用

被保険者
55W 氏名 カナ
55X 氏名 漢字
55Y 生年月日 昭和S 平成H 令和R 年 月 日

扶養者
55C 氏名 カナ
55E 氏名 漢字

※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、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の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いい、積立保険を含みます。）があります。「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。）
（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。

Y34 あり 1

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	賠償支払限度額・保険金額
Y36 （合計） 万円	Y37 （合計） 円	T28 （合計） 円	Y38 （合計） 円	LW9 （合計） 円	（合計） 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・ケガまたは事故で保険金（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
回数 回　合計金額 円

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）

XJY 告知社内処理日 平成H 令和R 年 月 日

L92 初年度加入日 昭和S 平成H 令和R 年 月 日

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）

項目No.	内容

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（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：こども　4：両親
5：兄弟姉妹　6：同居の親族　7：使用人

令和5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、回答欄記入例

団体総合生活補償保険

疾病補償、がん補償、所得補償、医療費用補償、本人介護一時金、親介護一時金、親介護休業補償のいずれかに新たにお申し込みいただく方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事項につきご回答ください。

ご注意

- 健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、**別紙「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。**また、**ご加入される補償パターンに応じてご回答ください。**
- 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があります。あらかじめご了承ください。
- 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、要介護状態については、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できることがあります)。
- 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、健康状態告知書質問事項回答欄への記入は不要です。

疾病補償　がん補償　所得補償　医療費用補償　にご加入の方

●被保険者ご本人がご回答ください。なお、下表に記載があるケガや病気については告知不要です。

告知対象外となるケガ・病気一覧

●ケガ(ただし、以下については、病気として告知対象となります) ●正常分娩

脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、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)、半月板損傷、ばね指(手指屈筋腱腱鞘炎)、骨関節炎、関節内障、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

<質問1> 疾病補償　所得補償　医療費用補償　にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は回答不要です。質問2の①をご回答ください。

●次のいずれかに該当しますか。

①告知日(ご記入日)現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※をすすめられている。

②告知日(ご記入日)より過去2年以内に病気で、継続して14日以上の入院をしたことがある。

※再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。

「手術」には、内視鏡・腹腔鏡・レーザー・カテーテル・超音波・衝撃波によるものなどを含みます。なお、入院の有無は問いません。

「医師」には歯科医師を含み、柔道整復師・指圧師・鍼灸師は含みません(以下の質問も同様です)。

はい → 「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」は、お引き受けできませんので、ご了承ください。

いいえ ↓

<質問2> 疾病補償　がん補償(①のみ)　所得補償　医療費用補償　にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は①についてのみご回答ください。

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査※・治療(投薬を含みます)を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。

①「がん」、「上皮内がん」

②「糖尿病」、「高血糖症」、「耐糖能異常」

③「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」

※検査結果が異常なしだった場合は「いいえ」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「はい」となります。

「医師による治療」には注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを含みます。なお、市販のビタミン剤の服用など、病気の治療ではなく健康増進のための行為は含みません。

③について、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。

はい → 「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」は、お引き受けできませんので、ご了承ください。

いいえ ↓

「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」をお引き受けします。

本人介護一時金　親介護一時金　親介護休業補償　にご加入の方

●本人介護一時金は、被保険者ご本人がご回答ください。

●親介護一時金は、特約被保険者となる方に被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、被保険者ご本人が特約被保険者の健康状態を回答してください。また、親介護休業補償は、被保険者ご本人が介護対象者の健康状態を確認し回答してください。

<質問3> 本人介護一時金　にご加入の方

<質問> 親介護一時金　親介護休業補償　にご加入の方

*病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。

●次のいずれかに該当しますか。

①歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。

②公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。

③告知日(ご記入日)より過去2年以内に、医師により、下表の「病名・症状一覧」記載の病気や症状と診断されたことがある。

①は、告知日(ご記入日)現在の状態をご回答ください。また、「他人の介護が必要である」とは、何らかのかたちで他人の力を借りている状態をいいます。

②の「要介護認定申請をしたことがある」とは、過去に要介護認定の申請を行った結果、非該当となった場合を含みます。

はい → 「本人介護一時金」「親介護一時金」「親介護休業補償」は、お引き受けできませんので、ご了承ください。

いいえ ↓

「本人介護一時金」「親介護一時金」「親介護休業補償」をお引き受けします。

病名・症状一覧

脳血管系	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞(脳血栓、脳塞栓、脳軟化)等)　●脳虚血発作(一過性脳虚血発作(TIA)、可逆性虚血性神経障害(RIND)等)　●眼底出血(網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等をいい、外傷性を除きます)　●脳動脈瘤　●脳動静脈奇形	肝臓系	●肝硬変　●肝不全　●慢性肝炎　●B型肝炎*　●C型肝炎* *ウイルスキャリア(感染者)を含みます。
		筋・骨格系	●後遺症のある骨折(上肢の骨折を除きます)　●骨髄炎 ●骨粗しょう症　●脊柱管狭窄症　●変形関節症
心臓系	●虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞、冠不全等)　●不整脈(心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等をいい、治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます)　●心臓弁膜症(僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等)　●心内膜炎　●心肥大(心室肥大等)　●心不全　●心筋症　●動脈瘤	悪性新生物	●悪性新生物(がん、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫をいい、上皮内新生物は除きます)　●脳腫よう
呼吸器系	●肺塞栓症(肺梗塞等)　●肺線維症　●慢性閉塞性肺疾患(COPD)(肺気腫、慢性気管支炎)　●塵肺(珪肺症、アスベスト肺症等)　●気管支喘息(終診した小児喘息を除きます)	その他	●正常圧水頭症　●好酸球性筋膜炎 ●糖尿病(インシュリン等の注射剤を投与している場合に限ります) ●頭部外傷(後遺障害があると診断された場合に限ります) ●膠原病(関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます) ●精神障害(アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・知的障害・発達障害(注1) ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病(注2)
腎臓系	●慢性腎炎(増殖性腎炎、膜性腎症、IgA腎症等)　●腎不全 ●ネフローゼ症候群　●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患		

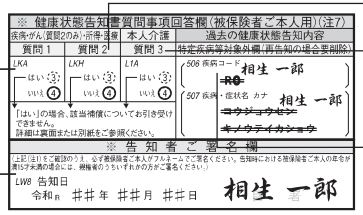
(注1)具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によります。

(注2)告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ(https://www.nanbyou.or.jp)等でご確認いただけます。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給者証の交付を受けることができますが、交付を受けていなくても告知の対象となりますので、ご注意ください。

回答欄記入例

回答が「いいえ」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者ご署名欄」に告知日を記入のうえ、署名してください。

被保険者ご本人用(質問1、2、3)



回答を記入してください。

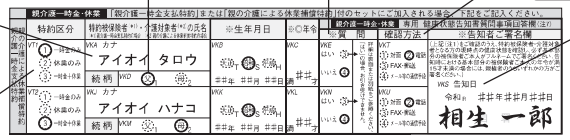
告知日を記入のうえ、署名してください。

疾病に関する補償が「がん補償」のみの方は質問2のみご回答ください。

「本人介護一時金」にご加入の方は質問3をご回答ください。

再告知のうえ、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂印をしてください。

親介護一時金・休業(質問)



被保険者ご本人から見た特約被保険者・介護対象者との関係に○をしてください。

被保険者ご本人が回答を記入してください。

健康状態について、特約被保険者・介護対象者へのご説明と回答受領にあたり実際に取られた確認方法を1つ選び○をしてください。

親介護一時金は特約被保険者、親介護休業補償は介護対象者の氏名をカナで記入してください。

加入される特約を選び○をしてください。
※プランにより加入できる特約が異なりますのでご注意ください。

回答を記入した被保険者ご本人が署名、告知日を記入してください。

(230101)(2023年1月承認)GN22D010755(V03-682)団総(MS&AD)A