

# 団体保険 加入内容変更依頼書 別紙健康状態告知書

加入者証券番号

被保険者明細番号

被保険者（お名前）：

様

変更日

年

月

日

以下のご質問をよくお読みいただき、ご回答は「回答記入欄」にご記入のうえ、加入内容変更依頼書とセットでご提出ください。

## 所得補償、団体長期障害所得補償、医療補償にご加入の方

## がん補償にご加入の方

## 介護補償にご加入の方

**質問 1**  
●告知日（ご記入日）現在、病気やケガで入院中、または入院が手術をすすめられていますか。

なし

**質問 2**  
●告知日（ご記入日）より過去1年以内に病気で、継続して10日以上入院をしたことがありますか。

なし

### 質問 3 <所得補償、団体長期障害所得補償のみ>

告知日（ご記入日）より過去2年以内に

- 「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気（アルコール・薬物依存を含みます）」と医師に診断されたことがありますか。
- 「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気（アルコール・薬物依存を含みます）」のため、医師から検査（注）・治療（投薬の指示を含みます）を受けるように指導されたことがありますか。

（注）検査結果が異常なしだった場合は「なし」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「あり」となります。

※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

が ん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成

全て  
なし

お引受けできます。  
回答をご記入のうえご署名ください。

**質問 1**  
●今までに「がん」または「上皮内がん」と医師に診断されたことがありますか。

※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

が ん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成

なし

**質問 2**  
●告知日（ご記入日）より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。

- 健康診断・人間ドックにおいて以下の検査を受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常（要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。）を指摘されたこと

- ・上部消化管エックス線検査（または内視鏡検査）
- ・胸部エックス線検査
- ・乳房エックス線（マンモグラフィ）検査
- ・乳房超音波検査 ・子宮頸部の細胞診
- ・便潜血検査
- ・しゅようマーカー（CEA・AFP・CA19-9・PSA等）
- ・CT検査 ・MRI検査 ・PET検査
- ・肝炎ウイルス検査（HBs抗原・HCV抗体）
- ・腹部超音波検査 ・その他のがん検診

- 医師の診察の結果、裏面【別表】の病気や所見、症状により継続して診察（服薬・治療を含みます）・検査を受けるように指導されたこと

なし

お引受けできます。  
回答をご記入のうえ  
ご署名ください。

**質問 1**  
●以下(1)～(3)のいずれかに該当しますか。

- 現在「歩行」「食事」「排せつ」「入浴」「衣服の着替え」「店での買い物」「公共の交通機関の利用」のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要とする。

- 今までに、公的介護保険の要介護・要支援の認定申請をしたことがある。

- 今までに、認知症、軽度認知障害（MC1）もしくはそれらの疑いまたはがん（悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫を含み、上皮内がんを除きます）で、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがある。

●告知日（ご記入日）より過去1年以内に病気やケガで入院をしたことまたは手術を受けたことはありますか。

●告知日（ご記入日）より過去2年以内に下表の病気であると医師に診断されたこと、または下表の病気のため医師から検査（注）・治療（投薬の指示を含みます）を受けるように指導されたことはありますか。

（注）検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。

### お引受けできない病気

- ・肝硬変
- ・脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）
- ・脳しゅよう ・心筋梗塞 ・心筋症
- ・心不全 ・心房細動
- ・糖尿病（高血糖・糖尿病の合併症を含みます）
- ・うつ病 ・双極性障害（躁うつ病）
- ・統合失調症 ・アルコール依存症
- ・パーキンソン病 ・アルツハイマー病
- ・レビエ小体病 ・前頭側頭葉変性症
- ・ピック病 ・（骨折歴を伴う）骨粗しょう症
- ・関節炎（リウマチ性、変形性）

全て  
なし

1つ以上  
あり

お引受けできます。  
回答をご記入  
のうえご署名\*1  
ください。

申し訳ござい  
ませんが、  
お引受け  
できません。

\*1 ご署名欄下の注意事項をご確認の上、健康状態告知を行った方がご署名ください。

### 注意事項

- 本内容は健康状態に関する回答です。ご加入いただく補償のみご回答ください。
- 加入内容変更依頼書のタイプ欄に今回追加されている補償と健康状態告知書で今回ご回答いただいた補償とが異なる場合は、加入内容変更依頼書のタイプ欄に今回追加されている補償についてのみ、ご加入のお申込みがあったものとして取扱います。

### 回答記入欄・署名欄

	所得補償	団体長期障害所得補償	医療補償
★被保険者本人	質問 1  なし  あり	なし  あり	なし  あり
質問 2	なし  あり	なし  あり	なし  あり
質問 3	全て なし	1つ以上 あり	なし  あり

\*2 被保険者本人が満15歳未満の場合には、親権者・後見人等（後見人・保佐人・補助人）の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わってご署名ください。（ご署名例：安心ショウタ 親権者 安心ヒロシ）

	がん補償
★被保険者本人	質問 1  なし  あり
質問 2	なし  あり

- 健康状態告知の内容
- 加入内容変更依頼書または裏面記載のご加入に際しての内容
- 【がん補償にご加入の場合】加入内容変更依頼書記載のがん保険金受取人の指定の内容について確認・同意します。

告知日（ご記入日） 令和 年 月 日

被保険者本人または親権者・後見人等\*2（自 署）

介護補償のみに（追加）加入される場合、団体構成員のご家族（団体構成員の配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族）を保険の対象となる方（被保険者）とするときには、被保険者からのご依頼を受けた団体構成員が被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知内容が正しくない場合には、ご加入が解除され、保険金をお受けいただけないことがあります。健康状態告知を行った方がご署名ください。

別表		(がん補償)お引受けできない病気や所見・症状
病気 や 所見	ポリープ・しゅよう等	しゅよう*1、結節*1、腫瘍*1(しゅりゅう)、GIST(ジスト、ギスト)、カルチノイド、異形成、白板症、多発性ポリープ(ポリポージス)*2、病理検査や細胞診での異常
	消化器系の病気	肝硬変、慢性肝炎、肝機能障害(入院や治療を伴うもの)、慢性アルコール性肝機能障害、NASH(非アルコール性脂肪肝炎)、アルコール性肝炎、門脈圧亢進症、食道静脈瘤
	呼吸器系の病気	COPD(慢性閉塞性肺疾患)、肺気腫、慢性気管支炎、肺線維症、じん肺、けい肺、間質性肺炎
	腎臓の病気	慢性腎機能障害、慢性腎不全、慢性腎炎、尿毒症
	その他	B型肝炎ウイルスキャリア、C型肝炎ウイルスキャリア、貧血(鉄欠乏性貧血を除きます)
症状*3		しこり、出血(不正出血、喀血、吐血、下血、肉眼的血尿)、黄疸

\*1 「がん、上皮内がん、または異形成」とは異なる病気と診断された場合は「なし」となります。

\*2 大腸などひとつの臓器に多数のポリープが存在する状態をいいます。

\*3 「がん、上皮内がん、もしくは異形成」とは異なる病気と診断された場合、またはその症状に対する診察(服薬・治療を含みます)・検査の結果、告知日時時点で医師による診察(服薬・治療を含みます)・検査が終了している場合は「なし」となります。

#### ご加入に際して

ご加入者と被保険者(\*)全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

- ①ご加入者が契約者である企業または団体の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④重要事項説明書記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
- ⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容

\*保険の対象となる方をいいます。