

000 AAA 020 994

RL 14 03 20 23 354⑤

団体長期障害所得補償保険加入申込票 兼 被保険者明細書 ①保険会社用

「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 010 令和 R 年 月 日

団体名	王子ホールディングス株式会社
会社名	
事業所コード LW7	
所属名	
所属コード 019	

申込人(被保険者)氏名	
307 J04 (カナ)	フルネームで署名してください (漢字) 自署
341 L67	
017 社員コード:	

契約内容	
保険期間	令和 3年11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

323	※生年月日	302	※性別
昭和 S	年 月 日	男 1	
平成 H		女 2	

現在の ご加入内容	加入タイプ :	
	加入口数 :	口
	現在の保険料 :	円
	更改後の保険料 :	円

加入区分	<input checked="" type="radio"/> 新規申込	<input type="radio"/> 変更申込	<input type="radio"/> 継続申込	<input type="radio"/> 脱退
------	---------------------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

390① L18①

加入タイプ	300
加入口数	572
	口

備考

※健康状態告知書質問事項回答欄

今回新たに加えられる方、および継続加入される場合で保険金額の増額(増口)、特定疾病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ご契約条件の変更を伴う方は、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をお読みのうえ、下記に告知日と回答をご記入ください。

LW8	告知日	L53	質問1	L54	質問2
令和 R	年 月 日		はい 1 いいえ 2		はい 1 いいえ 2
特定疾病 対象外欄	L45 疾病コード	562 疾病・症状名 (ROの場合のみカタカナで記入)			

(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(団体契約、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。 Y34 合計保険金額 Y36 万円
(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。) あり 1

保険金請求履歴(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

回数	合計金額
回	円

ご加入者様へのご注意 ※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:R: . . .
告知社内処理日	XJY H:R: . . .

旧加入番号	099	識別コード
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、加入申込書兼被保険者明細書の健康状態告知書質問事項回答欄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、健康状態告知書質問事項回答欄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。
- 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場合があります)。
- ・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、「健康状態告知書質問事項回答欄の解説」(別紙)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

●以下の①、②のいずれかに該当する項目はありますか。

- 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。

いいえ → 健康状態告知書質問事項回答欄の質問1は「はい」「いいえ」に○印をしてください。

<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。

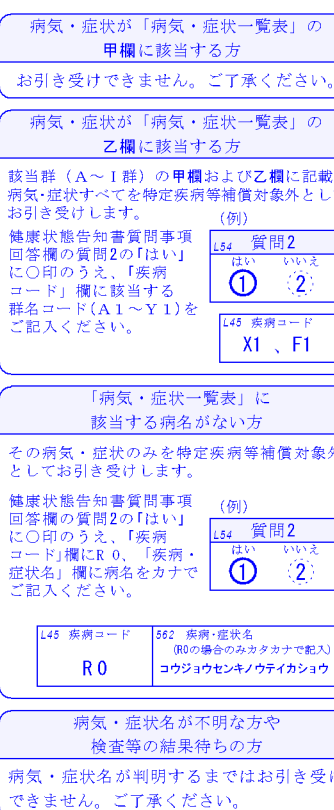
- ①最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療(医師の指示による服薬を含みます)を受けたことがある。
- ②過去2年以内に、健康診断・人間ドックまたは医師による診察の結果、異常(要検査・要精密検査・要治療・要経過観察)を指摘されたことがある(検査や治療の結果、「異常なし」となった場合を除きます)。

はい → 質問2の①、②のいずれかに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いとなります。

いいえ → 健康状態告知書質問事項回答欄の質問2は「はい」「いいえ」に○印をしてください。

※ただし、後述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。

完治している場合は告知不要の病気・症状(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、せきいヘルニア、虫歯)



★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
	A 1	X 1	C 1	D 1	E 1	F 1	H 1	Y 1	
	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	<ul style="list-style-type: none"> 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 動脈硬化症 動脈狭窄症 動脈瘤 心筋こうそく 心臓弁膜症 狭心症 心筋症 心不全 	<ul style="list-style-type: none"> 肺炎 気管支炎 気管支ぜん息 肺がん 咽喉がん 結核 肺炎 気管支炎 肺線維症 気管支ぜん息 	<ul style="list-style-type: none"> 胃・腸の病気 食道がん 膵臓がん 慢性胃炎 B型肝炎 C型肝炎 胃がん 膵臓がん 慢性胃炎 B型肝炎 C型肝炎 	<ul style="list-style-type: none"> 胆のう・すい臓の病気 胆のう炎 すい臓炎 	<ul style="list-style-type: none"> 腎臓・膀胱・前立腺の病気 慢性腎不全 慢性腎炎 ネフローゼ のう嚢腎 尿管症 	<ul style="list-style-type: none"> 子宮がん 卵巣がん 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害(うつ病などの精神障害や神経症、知的障害・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瘍を含みます) 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	<ul style="list-style-type: none"> 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、アロー四徴症など) 	<ul style="list-style-type: none"> 肺炎 じん肺 けい肺 肺のう嚢 自然気胸 慢性気管支炎 気管支拡張症 胸膜炎(肋膜炎) 	<ul style="list-style-type: none"> 胃・腸の病気 急性胃炎 肝臓大 黄疸 	<ul style="list-style-type: none"> 胆のうポリープ 胆のう炎 胆石(症) 胆管結石 	<ul style="list-style-type: none"> 急性腎不全 急性腎炎 腎臓・膀胱・尿路などの結石 前立腺肥大症 	<ul style="list-style-type: none"> 子宮筋腫 子宮内腫瘍 子宮腺筋症 子宮頸部異形成 卵巣のう腫 	<ul style="list-style-type: none"> 関節炎 骨髄炎 神経痛 頸肩腕症候群 	<p>厚生労働省指定の難病の例(平成29年3月現在)</p> <p>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、パーチェット病、原発性胆汁性肝硬変 など</p>	

【記入例】 ※健康状態告知書質問事項回答欄

告知日: 令和R ○○年○○月○○日

L53 質問1: はい() いいえ()

L54 質問2: はい() いいえ()

L45 疾病コード: X1, F1

562 疾病・症状名 (R0の場合のみカタカナで記入)

- 【「疾病・症状名」欄に病名を記載する場合のご注意】
1. 「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。
 2. 「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、加入申込書兼被保険者明細書の提出後であっても、保険期間の開始時から条件の訂正またはご加入の取消しをすることがあります。