

告知書記入例

※記入方法の詳細は、申込書とセットになっている『健康状態に関する告知書』の記入例をご覧ください。

（ご注意ください）

申込人（ご加入者）1名につき、3名までの被保険者（本人・配偶者・子供・兄弟姉妹および同居の親族）を1枚の告知書で記入することができます。告知書が複数枚必要な場合は、全建協連までご連絡ください。

所得補償保険・団体長期障害所得補償保険・団体会用医療保険「健康状態に関する告知書」 (17.01)

告知事項は、被保険者本人が自らご記入ください。
 ①団体用医療保険・所得補償保険（任意）は、被保険者が加入する場合は、締結者がご記入ください。
 ②所得補償保険・所得補償保険（任意）は、申込書ご本人以外のご家族（配偶者、子供、同居の家族（両親、兄弟姉妹、祖父母））の方が加入される場合は、加入されるご家族以外のご本人でご記入ください。本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入ください。

告知事項は、私が自ら記入したものであり、事前に精査済みです。事前に精査していただいた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなったりも御座います。また、健康状態に関する告知にあたってご留意いただいたことの内容について確認、訂正し、なにより告知書の告知者の責任において告知書の告知事項の告知に同意する事項を確認し、精査して本人の責任において記入し、告知書に署名捺印して提出いたします。告知書、告知書が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなったりも御座います。また、健康状態に関する告知にあたってご留意いただいたことの内容について確認、訂正し、なにより告知書の告知者の責任において告知書の告知事項の告知に同意する事項を確認し、精査して本人の責任において記入し、告知書に署名捺印して提出いたします。告知書、告知書が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなったりも御座います。

証券番号

加入者番号

<重要>

1. ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあり得るため正確にご記入ください。

2. 告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合や、条件付きでご加入いただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

告知者（被保険者ご本人または代理告知者）が、被保険者（保険の対象となる方）名・告知日・被保険者の生年月日をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

被保険者番号/被保険者名	1 全建 太郎	2 全建 花子	3 全建 一郎	4
告知日	29年 5月 10日	平成 29年 5月 10日	平成 29年 5月 10日	平成 年 月 日
告知者署名 生年月日	全建 太郎	全建 花子	全建 太郎	
※代理告知の場合は、代理告知をする方の署名	昭和 年 月 日 被保険者との関係	昭和 年 月 日 被保険者との関係	昭和 年 月 日 被保険者との関係	昭和 年 月 日 被保険者との関係

下記の質問事項にご回答ください。（<1>の被保険者番号に対応する欄にご記入ください。）
 「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。
 「いいえ」は、ご加入いただく保険種類により、ご回答いただく質問事項が異なります。○印のある質問事項にご回答ください。

質問事項	被保険者番号				ご確認・ご記入いただく事項
	1	2	3	4	
(1) 告知日現在、お仕事に就かれていない、またはお仕事による収入（勤労所得）を得ていない状態ですか。（所得補償保険 家事従事者特約セットの場合）告知日現在、主として家庭において家事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っていない状態ですか。	はい	いいえ	はい	いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(2) 告知日現在、入院中ですか。または告知日以降に入院したことがあり、かつ告知日現在、主として家庭において家事・掃除・洗濯および育児等の家事を行っていない状態ですか。	はい	いいえ	はい	いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(3) 告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・症状により医師の診断、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。	はい	いいえ	はい	いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(4) 告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・症状により医師の診断、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。	はい	いいえ	はい	いいえ	「はい」の方は下記<3>の「疾病・症状一覧表」II欄に該当する疾病・症状すべてを正確にご記入ください。
(5) 「がん」のみまたは「三大疾病」のみ補償する特約（がん保険特約、がん診断金支払特約、三大疾病診断金支払特約等）を1つでもセットする場合。	はい	いいえ	はい	いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(6) 女性の方のみご回答ください。	はい	いいえ	はい	いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。

<3>の（4）で「はい」の方は下記「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、上記「疾病・症状」欄にご記入ください。

疾病・症状	I 欄	II 欄
糖尿病	糖尿病（血糖値が持続的に高い状態）	糖尿病（血糖値が持続的に高い状態）
高血圧	高血圧（収縮圧が160mmHg以上、拡張圧が95mmHg以上）	高血圧（収縮圧が160mmHg以上、拡張圧が95mmHg以上）
脳血管障害	脳卒中（脳出血、脳こうそく（脳梗塞）、くも膜下出血）	脳卒中（脳出血、脳こうそく（脳梗塞）、くも膜下出血）
心臓病	心臓病（心不全、狭心症、不整脈）	心臓病（心不全、狭心症、不整脈）
腎臓病	腎臓病（慢性腎臓病）	腎臓病（慢性腎臓病）
肝臓病	肝臓病（慢性肝炎、急性肝炎、肝硬変、肝臓がん）	肝臓病（慢性肝炎、急性肝炎、肝硬変、肝臓がん）
胆石	胆石（胆管結石、胆嚢結石）	胆石（胆管結石、胆嚢結石）
膵臓病	膵臓病（膵炎、膵臓がん）	膵臓病（膵炎、膵臓がん）
腎臓病	腎臓病（慢性腎臓病）	腎臓病（慢性腎臓病）
糖尿病	糖尿病（血糖値が持続的に高い状態）	糖尿病（血糖値が持続的に高い状態）
高血圧	高血圧（収縮圧が160mmHg以上、拡張圧が95mmHg以上）	高血圧（収縮圧が160mmHg以上、拡張圧が95mmHg以上）
脳血管障害	脳卒中（脳出血、脳こうそく（脳梗塞）、くも膜下出血）	脳卒中（脳出血、脳こうそく（脳梗塞）、くも膜下出血）
心臓病	心臓病（心不全、狭心症、不整脈）	心臓病（心不全、狭心症、不整脈）
腎臓病	腎臓病（慢性腎臓病）	腎臓病（慢性腎臓病）
肝臓病	肝臓病（慢性肝炎、急性肝炎、肝硬変、肝臓がん）	肝臓病（慢性肝炎、急性肝炎、肝硬変、肝臓がん）
胆石	胆石（胆管結石、胆嚢結石）	胆石（胆管結石、胆嚢結石）
膵臓病	膵臓病（膵炎、膵臓がん）	膵臓病（膵炎、膵臓がん）

<4> <3>でII欄に該当がある方は以下の特別な条件が付きます。

※該当する疾病群により、以下の特別な条件がセットされます。
 補償対象外とする疾病・症状発生した場合は、保険金をお支払いできません。

補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる条件
該当する疾病群に属するすべての疾病 ※例外はAを補償対象外としてご加入いただく場合。B系に属する疾病に属するすべての疾病 ※例外はCを補償対象外としてご加入いただく場合です。	全保険期間（補償期間についても併せて適用です）	特定疾病等 対象外の特約

継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病・症状」欄に記載するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。

(SJK16-50085 2016.6.22) (16060447) [E02132]-0200

- 必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- 訂正がございましたら、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の印で“訂正印”をご捺印ください。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

- <1>に被保険者（保険の対象となる方）名・告知日・被保険者の生年月日をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。
- <2> (1) から (6) までの質問事項について「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。
 (注1) ご加入いただく保険種類の質問事項にご回答ください。
 (注2) <2> (6) については、女性の方のみご記入ください。
- <2> (4) で「はい」の方は<3>をご確認のうえ、「疾病・症状一覧表」の該当する疾病・症状すべてを「疾病・症状」欄にご記入ください。
- <3>でII欄に該当がある方は<4>をご確認ください。