

所得補償保険加入申込票 兼 健康状況告知書

センター送付

000 AAA 020 994

STEP 1 申込人情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。 内は必ずご記入ください。

PRO6 03 20 23 354④

保険期間
平成 29 年 08 月 05 日から 平成 30 年 08 月 05 日まで

メッセージ

住所 317 (カタカナ)
〒 ー ー 012

申込人名 307 (カタカナ)
「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) 様

所属税理士会 018 (カタカナ) 税理士登録番号 019

所得補償保険

加入申込日 010 平成 年 月 日

手続区分 下記のいずれかに○をしてください

新規に加入する → 全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。

内容を変更する [前年度加入内容を追加・変更して継続する] →

継続加入しない → ご署名のうえ、ご提出ください。

内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。

団体名

加入者番号 098

旧加入者番号 099

旧識別コード L17

社員番号 017

電話番号 011

生年月日 980 ①大正 ⑤昭和 ⑨平成 年 月 日 性別 ①男 ②女

STEP 2 申込内容と健康状況(告知)についてご確認のうえご記入ください。

(注1) 三井住友海上火災保険株式会社宛 最終頁の健康状況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。また、個人情報の取扱いに同意します。「健康状況告知書ご記入のご案内」を受け取り、内容を了解しました。

所得補償保険 20/D1

390 J04 カタカナで記入

氏名 300

生年月日 323 ※ ⑤昭和 ⑨平成 年 月 日

年齢 303 ※ ◎ 満 才 性別 302 ①男 ②女

職業・職種名 576 ※ カタカナで記入

職務コード 312 ※ 職種 573 団体との関係 L18 ◆ 572 ①

加入セット名

健康状況告知書質問事項回答欄 最終頁の質問事項に正確にご回答ください。

質問①	質問②	該当疾病	特定疾病対象外欄(お引受可否)
L53 はい ①	L54 はい ①	L27 A欄 ①	お引受できません
いいえ ②	いいえ ②	B欄 ②	L45 疾病コード (B欄の場合のみ記入)
			562 疾病・症状名 (カタカナ) (R0の場合のみ記入)

※ 告知者ご署名欄 (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。

LW8 (告知日) H 年 月 日 (自 署)

ご記入にあたって

- 「※」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、保険金をお支払できないことがありますので、十分ご確認のうえご回答(記入)ください。
- 疾病を補償するセットに新たに加える場合、または、疾病補償について保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、最終頁裏面の質問事項につき、正確にご回答ください。

- 「○」年齢は保険始期日現在でご記入ください。(保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日現在ではなく、団体契約の保険始期日現在の年齢をご記入ください。)
- 職種コードは最終頁裏面をご参照ください。
- 「◆」団体との関係について下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入下さい。
 - ・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: 子ども 4: 両親 5: 兄弟姉妹 6: 同居の親族 7: 使用者

STEP 3 他の保険契約がある場合は、こちらをご確認のうえご記入ください。

同種の危険を補償する他の保険契約等(所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等をいいます。)がありますか。(注)他の保険会社等における契約、共済契約、生命保険契約等を含みます。

※ 他の保険契約等がありますか? (あり)

過去3年以内に病気またはケガで保険金(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。(注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。

保険金請求歴がありますか? (あり)

【ご注意】「あり」の場合裏面を必ずご記入ください。(ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。)

前年合計保険料(1回分) 円 R50 合計保険料(1回分) 円 L65 受付日 平成 年 月 日

331 特記事項

計上用

所得補償保険 健康状況告知書質問事項

(ご回答は加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」、「特定疾病対象外欄」にご記入ください。)

- 「健康状況告知書ご記入のご案内」をご覧ください。質問事項にご回答ください。
- 「所得補償保険」にお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。
- 下記の質問事項には必ず被保険者となる方が自身か、加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」にお答えください。
- 下表に記載がある傷害や疾病については下記質問1および質問2に関する告知は不要です。

<告知対象外となる傷害・疾病一覧>

現在治療中でも告知いただく必要のないもの	●アレルギー性鼻炎*、花粉症* ●アトピー性皮膚炎* ※入院中・入院歴あり・入院予定のものは、告知いただく必要があります。
現在医師から次回通院、入院、手術、再検査等を指示されない限り告知いただく必要のないもの	●ケガ* ※ただし、下記の「疾病・症状一覧表」の疾病コードJ0、J1、J2またはK0に該当するものは、告知いただく必要があります。 ●妊娠・分娩に伴う異常、帝王切開 ●かぜ*、感冒*、インフルエンザ* ※入院、手術のないものに限ります。 ●下記の「疾病・症状一覧表」の疾病コード J0、J1、J2または K0 に該当するケガ ●食中毒 ●歯の疾患 ●結膜炎

質問 1 過去3か月以内に、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。(上記別表<告知対象外となる傷害・疾病一覧>記載の傷害や疾病等を除きます。)

質問 2 次のいずれかに該当しますか。
 ①過去3年以内に、病気またはケガにより、医師による手術、または初診から終診(注1)までの期間が14日以上となる医師の診察・検査・治療を受けたことがある。(上記別表<告知対象外となる傷害・疾病一覧>記載の傷害や疾病等を除きます。)
 ②これまで、医師に悪性新生物(ガン)(注2)と診断されたことがある。(注1)終診とは、医師から次回通院、入院、手術、再検査や投薬等の指示をされなくなったことをいいます。(治療の必要はないが、定期的に経過観察(診察・検査)の必要があると医師から指示を受けている状態は、終診には該当しません。)(注2)上皮内新生物を含みます。

質問1または質問2のいずれか1つでも「はい」がある方は、下記の「疾病・症状一覧表」の中で、該当する疾病・症状をご選択ください。(注1)
<選択された疾病・症状がA欄の疾病・症状に該当する場合>
 お引受できません。
<選択された疾病・症状がB欄の疾病・症状に該当する場合>
 特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でお引受します。
 ・加入申込票の「該当疾病」欄の「B欄」に○印のうえ、該当する疾病コードを「特定疾病対象外欄」にご記入ください。(具体的な疾病・症状名の記載は不要です。)
 ・次の疾病・症状について保険金をお支払いしない条件でお引受します。
 ①このコードに属するA・B欄すべての疾病・症状(注2)
 ②上記①と医学上因果関係がある疾病・症状(注3)

質問1または質問2に対する回答に1つも「はい」が無い場合、お引受します。

注1 疾病・症状名が判明しない場合は、疾病・症状名が判明するまではお引受を見合わせさせていただきます。
 注2 (例) 不整脈による受診歴のため疾病コードA0を特定疾病対象外欄に記入して加入された方が、心筋梗塞になった場合、保険金をお支払いしません。
 注3 (例) 疾病コードA2を特定疾病対象外欄に記入して加入された方が、心筋梗塞(疾病コードA0)になり、この心筋梗塞と疾病コードA2に属する病気(高血圧症など)との間に医学上因果関係がある場合、保険金をお支払いしません。
 <ご注意> 特定疾病対象外欄への対象外となる疾病・症状等の記載の有無にかかわらず、普通保険約款およびセットされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。詳細は募集パンフレットをご確認ください。

疾病・症状一覧表 加入申込票の「特定疾病対象外欄」に記入いただく疾病コードに属する疾病・症状は下表のとおりです。

分類	疾病コード	A 欄	B 欄
循環器系の疾患	A0	心臓弁膜症*、心不全、狭心症、心筋梗塞、心室細動、急性冠症候群 ※僧帽弁・大動脈弁・肺動脈弁・三尖弁の狭窄症または閉鎖不全症をい、僧帽弁逸脱症候群を含みます。	不整脈(心房細動、心房相動、発作性心頻拍症、心室性頻拍症、洞不全症候群、完全房室ブロックを含みます。)、心臓喘息、冠状動脈硬化症、心筋症、心内膜炎(細菌性以外)、心房中隔欠損症
	A1	脳腫瘍、脳卒中(脳出血、脳梗塞(脳軟化)を含みます。)、くも膜下出血、脳血管性、脳塞性	もやもや病、一過性脳虚血発作(TIA)、脳動脈瘤(脳動脈瘤)、頸動脈狭窄症
	A2	高血圧症、動脈硬化、動脈瘤(動脈解離を含みます。)、静脈瘤	リウマチ性心疾患、リウマチ(関節・筋肉)
	A3		低血圧症
	A4		
消化器系の疾患	B0	胃ガン、腸ガン、食道ガン、大腸ガン	急性胃炎、慢性胃炎、胃下垂、胃・十二指腸潰瘍、大腸炎、虫垂炎、イレウス(腸閉塞)、急性胃粘膜病変、憩室炎(憩室症)、そけいヘルニア、腹壁ヘルニア、胃・腸・食道ポリープ(良性)、胃腸炎、胃腸腫、大腸腺腫、腸重積、腹膜炎、嘔吐下痢症、クローン病、潰瘍性大腸炎、過敏性腸症候群
	B1	肝臓ガン、肝硬変	黄疸、肝機能障害、肝肥大、急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝 ※伝染性肝炎、ウイルス性肝炎はB1ではなくG2に該当します。ただし、ウイルス性肝炎のうち、A型・B型・C型肝炎は、B1とG2に重複して該当します。
	B2	胆道ガン	胆石症、胆嚢炎、総胆管結石、胆嚢筋腫、胆嚢ポリープ(良性)、胆管炎
	B3	膵臓ガン	急性膵炎、慢性膵炎、膵石症、膵腫、膵のう胞
	B4		痔、痔ろう、脱肛、肛門周囲膿瘍
呼吸器系の疾患	C0	肺ガン	菌の支持組織の疾患、その他の菌の疾患
	C1	喉頭ガン、気管支喘息*、喘息性気管支炎* ※小児喘息、アレルギー性喘息を含みます。	肺炎、肺炎腫、肺結核、肺膿瘍、胸膜炎(肋膜炎)、肺炎胞症、自然気胸、中葉症候群、肺化膿症(肺膿瘍を含みます。)、肺梗塞、慢性閉塞性肺疾患
	C2		気管支拡張症、慢性気管支炎、びまん性汎細気管支炎、急性気管支炎、咳喘息
泌尿器・生殖器系の疾患	D0	腎盂腎炎(腎盂炎)、ネフローゼ(症候群)	アレルギー性鼻炎、慢性副鼻腔炎(蓄膿症を含みます。)、鼻中隔湾曲症
	D1	前立腺ガン	腎炎(慢性腎臓炎、IgA腎症を含みます。)、腎周膜炎、膿腎、萎縮腎、尿毒症、腎不全、慢性膀胱炎、腎嚢胞、水腎症、尿道狭窄
	D2	子宮ガン、乳ガン、卵巣ガン	前立腺腫大、前立腺炎
	D3		乳房の疾患、子宮筋腫、子宮内膜炎、卵巣嚢腫、子宮頸部異形成、子宮内膜ポリープ(良性)、子宮頸管ポリープ(良性)、チョコレート嚢胞、子宮筋腫症、子宮内膜炎
	D4		尿路結石(腎臓結石、尿管結石、膀胱結石)
内分泌系の疾患	E1	糖尿病・高血糖症	
	E2		痛風
血液・造血器系の疾患	F0	白血病、悪性リンパ腫	甲状腺機能亢進症(バセドウ病を含みます。)、甲状腺機能低下症、甲状腺炎、甲状腺腫・甲状腺腫瘍(良性)
	F1	結核(腎結核を除きます。)	貧血、紫斑病
感染・寄生虫	G1		
	G2		腎結核
	G3		伝染性肝炎、ウイルス性肝炎* ※A型・B型・C型肝炎は、G2とB1に重複して該当します。
	G4		細菌性心内膜炎
神経・感覚器系の疾患	H0	てんかん、パーキンソン病、多発性硬化症	淋病、梅毒、その他の性病
	H1	筋ジストロフィー症	髄膜炎、脳膜炎、自律神経失調症、インフルエンザ脳症
	H2		神経炎、神経痛、顔面神経障害、手指管炎候群、重症筋無力症、ギランバレー症候群
	H3		白内障、緑内障、黄斑変性症、その他の目の疾患
	J0	椎骨カリエス	中耳炎(慢性中耳炎を含みます。)、乳核突起炎、メニエール病、突発性難聴、耳鳴症
筋・骨格系の疾患	J1	膠原病* ※ベーチェット病、全身性エリテマトーデス、強皮症、多発性筋炎・皮膚筋炎、結節性動脈周囲炎(結節性多発動脈炎)、混合型結合組織病、アレルギー性肉芽腫性血管炎(チャグ・ストラス症候群)、側頭動脈炎をいいます。	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、むち打ち症、脊椎症、腰痛症、頸椎症、脊管狭窄症、後縦靭帯骨化症、椎間板障害、腰痛症・すべり症、脊髄分離・すべり症、突発性腰痛症(キックリ腰)
	J2		骨髄炎(急性化膿性骨髄炎を含みます。)、半月板損傷、ばね指(手指筋腱腱鞘炎)、特発性大脳骨頭壊死
外傷後遺症	K0		骨関節炎、関節内障、変形性関節症
	LO		頭部外傷後遺症、脳挫傷
皮膚の疾患	MO	悪性新生物(ガン)* ※上皮内新生物を含みます。	アトピー性皮膚炎、蜂窩織炎、帯状疱疹、粉瘤(アテローム)
	NO		職業病
精神障害	PO	認知症、アルコール・薬物使用による精神障害、統合失調症、妄想性障害、躁うつ病等の気分障害、抑うつ状態、神経症性障害*1、ストレス関連障害*2、摂食・睡眠障害、人格障害、詳細不明の精神障害 ※1 不安障害を含みます。 ※2 パニック障害、適応障害を含みます。	職業病

所得補償保険用職種コード一覧

職種コード	職業名・職種名
011	研究者・研究員
021	技術者(技師・監督を含みます。)
022	金属精錬、科学農業、食品、農業、電気
023	鉱山
024	航空機(操縦する者は除きます。)
025	土木、建築
026	造船
031	上記以外の技術的な業務に従事する者
041	保健医療技術者
042	医師、歯科医師、獣医師
043	薬剤師
044	船医
045	検疫師、助産師、看護師
049	マツーンシ、指針師、はり師、きゅう師、柔道整復師
051	上記以外の技術的、専門的な医療、保健衛生の業務に従事する者
061	芸術家・芸能家
062	職業スポーツ家
071	その他の専門的職業従事者
072	弁護士
073	裁判官、判事、司法書士、検事、行政書士等
074	公認会計士
075	理士、社会保険労務士、中小企業診断士、弁理士、技術士、管理士、記者、編集者(競争通信員は除きます。)、文芸家、著述家、評論家、宗教活動に従事する者、社会福祉事業に関する専門的な業務に従事する者、カメラマン(競争カメラマンを除きます。)、写真家(撮影技師、助手等を含みます。)、検査員(農薬、肥料、生糸等)、土地家屋調査士(不動産管理士、鑑定士)馬術教師、馬術教師、犬の訓練士、武道師範、スキーインストラクター、フェンシング師範、自動車教習所教員、上記以外の専門的な業務に従事する者
076	
111	管理的職業従事者
121	一般事務従事者
131	作業的業務
141	商品販売従事者
191	その他の販売従事者
211	農耕作業者
221	養蚕作業者
231	養畜作業者
241	林業作業者
251	その他の農林業作業者
261	漁業作業者
271	採掘作業者
311	鉄道関係従事者
321	船舶関係従事者
331	自動車運転者(助手を含みます。)
341	航空機関係従事者
351	客室乗務員、航空機整備員
361	その他の運輸従事者
411	通信従事者
421	金属材料製造作業者
431	金属加工作業者
441	電気機械器具組立・修理作業者
451	輸送機械組立・修理作業者
461	印刷・製本作業者
471	ゴム・プラスチック製品製造作業者
481	かわ・かわ製品製造作業者
491	窯業・土石製品製造作業者
501	印刷・製本作業者
511	製糸・紡織作業者
521	裁断・縫製作業者
531	木・竹・草・つる製品製造作業者
541	パルプ・紙・紙製品製造作業者
551	印刷・製本作業者
611	ゴム・プラスチック製品製造作業者
621	かわ・かわ製品製造作業者
631	窯業・土石製品製造作業者
641	飲食料品製造作業者
651	化学製品製造作業者
711	建設作業者(陸上)
721	建設作業者(海上)
731	定置機関・機械および建設機械運転作業者
741	電気作業者
751	技術補助員
761	その他の技能工、生産工程作業者
791	保安職業従事者
821	家事サービス職業従事者
831	個人サービス職業従事者
891	その他のサービス職業従事者
911	いずれにも入らないもの

[上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がない場合]
 加入申込票の「特定疾病対象外欄」の「疾病コード」に疾病コード「R0」および具体的な「疾病・症状名(カタカナ)」をご記入ください。
 ご記入された疾病・症状およびご記入された疾病・症状と医学上因果関係がある疾病・症状について保険金をお支払いしない条件でお引受します。
 なお、上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がある場合は、必ず、上記の疾病・症状一覧表の該当する疾病・症状をご選択ください。(例)「肺炎」の場合、具体的な疾病・症状名は記入せず、「肺炎」が区分される疾病コード「C0」を選択し、記入します。

STEP 3 表面のSTEP3で「あり」と回答している場合はご記入ください。

※他の保険契約等

被保険者氏名	保険種類	所得補償保険金額(月額)
		万円
		万円
		万円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

保険金請求履歴

被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
		回	円
		回	円
		回	円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

