

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。

PR06 03 20 23 354④

保険期間
平成 30 年 08 月 05 日から 平成 31 年 08 月 05 日まで

メッセージ

所得補償保険

住所 317 (カタカナ)
〒 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。
[347] 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

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] → 全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。

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 (大正) (S) 昭和 (H) 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 ※ (S) 昭和 (H) 平成 年 月 日

年令 303 ※ ◎ 満 才 性別 (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 ◆ 572①

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

- STEP 2 の項目を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で消して、正しい内容をご記入のうえ、被保険者ご自身がご署名(訂正署名)ください。
- 「疾病コード」欄には、疾病・症状名ではなく疾病コード(【疾病・症状一覧表】記載)をご記入ください。(注) 疾病コードに該当がない場合には、疾病コード欄に「R0」とご記入のうえ「疾病・症状名」欄に疾病・症状名をカタカナでご記入ください。
- 別冊にて【加入申込票ご記入例】をご用意しておりますので、ご参照ください。

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。
- 「◎」年令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令をご記入ください。)
- 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: 使用人

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」をご覧のうえ、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が、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>

現在治療中も告知いただく必要のないもの (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。)	●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。
現在医師から次回来院、入院、手術、再検査等を指示されなければ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、手術のいずれのものに限ります。
	●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 ●菌の疾患 ●結膜炎

質問1 過去3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬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、医師から次回来院、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。

はい

いいえ

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。

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)

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)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
循環器系等の疾患	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い、僧帽弁逸脱症候群を含みます。	不整脈(心房細動、心房粗動、発作性心拍頻拍、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、脳塞栓	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)、急性胃腸炎、憩室炎(憩室症)、それいヘルニア、腹壁ヘルニア、胃・腸・食道ポリープ(良性)、胃腸炎、胃腸腫、大腸憩室、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、胆嚢腺腫、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、肺気腫、肺線維症、塵肺症、胸膜炎(肋膜炎)、肺嚢胞症、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		アレルギー性鼻炎、慢性副鼻腔炎(蓄膿症を含みます。)、鼻中隔彎曲症
	D0	腎盂腎炎(腎盂炎)、ネフローゼ(症候群)	腎炎(慢性腎臓炎、IgA腎症を含みます。)、腎周囲炎、膿腎、萎縮腎、尿毒症、腎不全、慢性腎臓炎、腎嚢胞、水腎症、尿道狭窄
	D1	前立腺ガン	前立腺肥大、前立腺炎
泌尿器・生殖系の疾患	D2	子宮ガン、乳ガン、卵巣ガン	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、子宮腺筋症、子宮内膜炎
	D3		尿路結石(腎臓結石、尿管結石、膀胱結石)
	E0	糖尿病・高血糖症	
	E1		痛風
	E2		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、甲状腺腺腫(良性)
血液・造血系の疾患	F0	白血病、悪性リンパ腫	貧血、紫斑病
	G0	結核(腎結核を除きます。)	
	G1		腎結核
	G2		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。
	G3		細菌性心内膜炎
感染・寄生虫	G4		淋病、梅毒、その他の性病
	H0	てんかん、パーキンソン病、多発性硬化症	髄膜炎、脳膜炎、自律神経失調症、インフルエンザ脳症
	H1	筋ジストロフィー症	神経炎、神経痛、顔面神経障害、手根管症候群、重症筋無力症、ギランバレー症候群
	H2		白内障、緑内障、黄斑変性症、その他の目の疾患
	H3		中耳炎(慢性中耳炎を含みます。)、乳突炎、メニエール病、突発性聴覚、耳鳴症
神経・感覚系の疾患	J0	脊椎カリエス	脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間ヘルニア、変形性脊椎症、むち打ち症、脊椎症、腰痛症、頸椎症、脊柱管狭窄症、後縦帯骨化症、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)
	J1	膠原病* ※バーチエット病、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)、混合性結合組織病、アレルギー性肉芽腫性血管炎(チャーグ・ストラウス症候群)、側頭動脈炎をいいます。	骨髄炎(急性化膿性骨髄炎を含みます。)、半月板損傷、ばね指(手指屈筋腱鞘炎)、特発性大腿骨頭痛
	J2		骨関節炎、関節内障、変形性関節症
	K0		頭部外傷後遺症、脳挫傷
	L0		アトピー性皮膚炎、蜂窩織炎、帯状疱疹、粉瘤(アテローム)
外傷後遺症皮膚の疾患	NO	悪性新生物(ガン)* ※上皮内新生物を含みます。	職業病
	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。	

【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【RO】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。

STEP3 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。

(注)航空機乗組員または航空機使用事業・自家用航空機乗組員の方は、取扱代理店または引受保険会社にご相談ください。

加入申込票ご記入例

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
PR06 03 20 23 354④

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。

通信先(事務所あるいは自宅)の住所をご記入ください。

保険期間
平成 30 年 08 月 05 日から 平成 31 年 08 月 05 日まで

申込人氏名をカタカナでご記入ください。加入内容をご確認のうえ申込人がご署名ください。**申込人が法人の場合は法人印を押印ください。**

住所
317 (カタカナ) トウキョウトシナガワクオオサキ 1-11-XX
〒141-0032 東京都品川区大崎 1-11-XX

申込人氏名
307 (カタカナ) ゼイリ シロウ
[ご加入内容補償事項について確認するとともに、個人情報取り扱いに同意のうえ加入を申し込みます。] [347] フルネームでご署名ください。(漢字)
税理士 朗 様

メッセージ
所得補償保険
申込人が税理士でない場合は、代表の税理士の登録番号をご記入ください。

申込票を記入した日をご記入ください。

加入申込日 平成 30 年 4 月 15 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・変更して特約する] 内容をご記入のうえ、ご提出ください。
 - 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。

必ずお選びください。
団体名
加入者番号 098
旧加入者番号 099
旧識別コード L17
継続加入いただく場合には、ご提出不要です。

通信先(事務所あるいは自宅)の電話番号をご記入ください。

社員番号 017 記入不要
電話番号 011 03-5740-03XX
生年月日 980 (〒)大正 (S)昭和 (H)平成 性 982 (1)男 (2)女

補償の対象となる方(被保険者)の氏名をカタカナでご記入ください。

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。

所得補償保険
390 氏名 J04 カタカナで記入
ゼイリ シロウ
300 加入セット名 E
323 生年月日 44 年 6 月 1 日
302 年齢 49 才 性別 (1)男 (2)女
576 職業名 573 職種コード 074 職種 1 団体の関係 1

被保険者の生年月日、年齢、性別をご記入ください。
年齢は平成30年8月5日時点の満年齢をご記入ください。

パンフレット保険料表のセット名をご記入ください。
健康状況告知書質問事項回答欄
最終員の健康事項に正確にご回答ください。
特定疾病対象外欄(お引受可否)
お引受できません
L45 疾病コード (B欄の場合のみ記入) **A3 A2**
562 疾病・症状名 (カタカナ) (B0の場合のみ記入)
LW8 (告知日) H 30 年 4 月 15 日
(自署) **税理士 朗**

被保険者本人が回答内容をご確認のうえ、ご署名ください。

職種コードは税理士・事務職の方は「074」、家事従事者の方は「911」とご記入ください。級別は「1」とご記入ください。

団体との関係は税理士・事務職の方は「1」、家事従事者の方は「2」とご記入ください。

新たに加えられる方、または継続時に保険金額の増額をされる方のみ、被保険者本人がご記入ください。加入申込票裏面をご覧ください、質問①・②のそれぞれに必ず「はい」「いいえ」とどちらかに○をつけてください。「はい」の方は、加入申込票裏面の疾病・症状一覧表でご確認のうえ、該当疾病(A欄、B欄)欄、特定疾病対象外欄にご記入ください。

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あた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。
- [○]年令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令をご記入ください。)
- 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: 使用人

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)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。
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。
※ 他の保険契約等がありますか? (あり) 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) **X,XXX** 円 L65 受付日 平成 年 月 日

331 特記事項 XXXX

保険料表をご覧ください、ご加入セットの保険料3か月分÷3をご記入ください。(注)合計金額÷3ではございません。

訂正時の注意点
STEP2の項目を訂正される場合は被保険者本人が訂正箇所を二重線で消して、正しい内容をご記入のうえ、訂正項目付近に被保険者ご自身が署名(訂正署名)ください。