

申込書兼告知書の記入要領

※下記の「申込書兼告知書」の記入要領をご参照のうえ、ご本人さまが自筆で（ボールペンにて）正確にもれなくご記入ください。
 ※保険金額（立替払金額等）が5000万円を超える場合は、生命保険会社所定の健康診断書のご提出が必要となります。
 （正しく告知されなかった場合は、保険金をお支払いできないことがあります。（詳細は4ページ「保険金をお支払いできない場合があります」をご参照ください。））

この「申込書兼告知書」に記入する日を書いてください。（ゴム印不可）

ゴム印不可

告知日現在の満年齢を記入してください。

告知事項1～3の質問に対し「なし」「あり」のいずれかを○でかこんでください。

「告知の必要のない症状」について
 以下の症状は告知いただく必要はありません。

ものもらい・結膜炎・疲れ目、花粉症、水虫・円形脱毛症、肩こり・四十肩・五十肩、虫歯・歯科矯正・歯そこのうろう、にきび・かぶれ、おたふくかぜ・水ぼうそう（水痘）、正常分娩・産後検診

（太線のわく内は被保険者自身が告知日現在の状況をありのままもれなく記入してください。また訂正箇所には必ず申込印と同じ印鑑を押印してください。）

告知日（申込日）	4 平成	2	5	0	5	1	8	フリガナ	スミセイ タロウ	申込印				
ご提出時にご確認ください	「ご契約内容（契約概要）」、「特に重要なお知らせ（注意喚起情報）」の内容を確認・了知し、この保険の保障内容・加入内容が私の意向（ニーズ）に合致していることも確認しました。 *「特に重要なお知らせ（注意喚起情報）」の中の「告知に関する重要事項」の内容も確認・了知のうえ、下記告知事項欄にありのままを正確にもれなく告知したことを確認しました。													
生年月日	28 昭和	29	5	5	0	3	0	6	3	3	性	男	現住所	〒540-8512 TEL 06 (1234) 5678 大阪市中央区城見1-4-35
告知事項	最近3カ月以内に医師の治療（診察・検査・指示・指導を含みます。）・投薬を受けたことがありますか。 過去3年以内に下記の病気で、手術を受けたことまたは2週間以上にわたり医師の治療（診察・検査・指示・指導を含みます。）・投薬を受けたことがありますか。													
1	心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患 心筋症・高血圧症・不整脈・心不全												
2	脳・精神・神経	脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血） 脳動脈硬化症・統合失調症・うつ病・認知症 神経症・自律神経失調症・てんかん・知的障害 アルコール依存症・薬物中毒												
3	手・足の欠損または機能に障害がありますか。または、背骨（脊柱）・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。	なし												
告知事項	胃・腸	胃かいよう十二指腸かいよう かいよう性大腸炎・腸へいそく・クローン病												
告知事項	肝臓・胆のう・すい臓	肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変 肝機能障害・胆石・胆のう炎・すい炎												
告知事項	腎臓・尿管	腎炎・ネフローゼ・腎不全・のう胞腎・腎臓結石 尿路結石												
告知事項	目	白内障・緑内障・網膜の病気・角膜の病気												
告知事項	がん・しゅよう	がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ												
告知事項	右記にかかげる病気	糖尿病・リウマチ・こうげん病・貧血症 紫斑病・甲状腺の病気												
告知事項	女性にのみ告知いただきたい病気	子宮筋腫・子宮内膜炎・卵巣のう腫・乳腺症												
告知事項	12	① あり ② なし ① 22年 7月～22年 9月 ② 23年 5月～25年 5月 〔治療・投薬を受けた年月または期間〕 〔入院の有無〕〔入院期間〕 ① あり 22年 8月～22年 9月（約30日間） ② なし 〔手術の有無〕〔手術の名前または部位〕 ① あり ② なし ① かいよう切除 〔症状経過〕 ① 完治 終診年月 22年 9月 ② 治療中（現在の症状・治療内容・障害内容等） ② 月2回通院、投薬をうけている 〔高血圧症の場合、記入してください。〕 （血圧値）最高 160 mmHg、最低 95 mmHg 〔糖尿病の場合、記入してください。〕 （HbA1cと空腹時血糖値はいずれか一方で可） HbA1c () % 空腹時血糖値 (mg/dL) 投与薬剤名 () 合併症：(なし)・(あり)（診断名） 〔目の疾患の場合、現在の視力を記入してください。〕 （左目・裸眼： 矯正： ）（右目・裸眼： 矯正： ）												

「リフォームローン申込書」等にご使用になった印鑑を1枚目と3枚目（計4箇所）に押印してください。

訂正箇所には必ず3枚とも訂正印を押印してください。（本告知書「押印欄」に押印いただいた印鑑をご使用願います。）

「あり」と答えた方は、病気やけがの名前・障害内容・症状等を詳しく記入してください。複数の病気等がある場合も全て記入してください。

「高血圧症」・「糖尿病」・「目の疾患」の方はそれぞれの箇所へ最近の検査値を記入してください。「糖尿病」の方は投与薬剤名を記入のうえ、合併症の「なし」「あり」のいずれかを○でかこんでください。「あり」の場合は、診断名を記入してください。

「治療（診察・検査・指示・指導を含みます。）」について
 実際に医師の治療を受けたことだけでなく、医師の診察・検査を受けた結果、再検査をすすめられたこと、治療・投薬・入院・手術をすすめられたこと、経過観察や勤務上の制限の指示、日常生活指導等を受けたことを含めて告知いただくようお願いいたします。

「2週間以上にわたり」について
 一連の病気やけがで、医師の治療（診察・検査・指示・指導を含みます。）や投薬を受け、転医・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間で、医師の管理下にあった期間をいいます。（実際の診療日数ではありません。）
 ・受診は2日であっても、その間が2週間以上の場合は告知が必要です。
 ・1回の受診で2週間以上の投薬を受けた場合も告知が必要です。

「視力の障害」について
 左右いずれかの矯正視力が0.3以下の場合は告知が必要です。