# 武田薬品工業　親介護・本人介護補償の保険　加入申込票　兼　健康状況告知書

メッセージ
**Ⓑ Ⓒをご参考にされⒶ（本紙）をご提出ください**

団体総合生活補償保険（MS&AD 型）

Ⓐ　センター送付
000 AAA 020 994
PR06 | 03 | 88 | LF　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。

| | |
|---|---|
| 住所 | 317（カタカナ）<br>〒　－　012　399（漢字） |
| 申込人氏名 | 307（カタカナ）<br>「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。　341 フルネームでご署名ください。（漢字）　様 |
| 職場名 | 018（カタカナ）　所属コード 019 |

| | |
|---|---|
| 加入申込日 | 010　令和R　年　月　日 |
| 社員番号 | 017 |
| 電話番号 | 011 |
| 生年月日 | 980 Ⓣ大正 Ⓢ昭和 Ⓗ平成　年　月　日　性別 982 Ⓜ1 Ⓕ2 |

**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。

**保険期間**
令和　1 年　12 月　1 日　から
令和　2 年　12 月　1 日　まで

| | |
|---|---|
| 団体名 | |
| 加入者番号 | 098 |
| 旧加入者番号 | 099 |
| 旧職別コード | L17 |

## 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に相違ありません。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。

### 親介護補償　88/B1

390
氏名　J04（カタカナ）　L67（漢字）
生年月日　323 Ⓣ大正 Ⓢ昭和 Ⓗ平成 Ⓡ令和　年　月　日
年令　303 ◎　満　才　性別　302 Ⓜ1 Ⓕ2
職業名・職種名　576 カタカナで記入
職種コード　312　団体との関係　L18◆
セット名　300　572①

親介護

| その他の項目 | |
|---|---|
| 項目No. | 内容 |
| | |
| | |
| | |
| | |

1
親介護一時金「親介護一時金支払特約」付のセットにご加入される場合、下記をご記入ください。

| 特約区分 | 介護を受ける方（親）の氏名（特約被保険者） | 生年月日 | 年令 | 親介護一時金専用　健康状況告知書質問事項回答欄　最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ※質問① | ※質問② | ※質問③ | ※質問④ | 確認方法 | 告知者ご署名欄 |
| VT1 一時金 ① | VKA カタカナで記入<br>続柄 VKD 父1 母2 | VKB ※ 大正 昭和 平成 Ⓣ Ⓢ Ⓗ　年 月 日 | VKC ※◎ 満　才 | VKE はい① いいえ② | VKF はい① いいえ② | VKG はい① いいえ② | VKH はい① いいえ② | VKT 対面① 電話② FAX・郵送③ 電子メール等、2. 3以外の通信手段④ | （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。告知時における被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。<br>VKS（告知日）<br>R　年　月　日<br>（告知者ご署名） |
| VT2 一時金 ① | VKJ カタカナで記入<br>続柄 VKM 父1 母2 | VKK ※ 大正 昭和 平成 Ⓣ Ⓢ Ⓗ　年 月 日 | VKL ※◎ 満　才 | VKN はい① いいえ② | VKP はい① いいえ② | VKQ はい① いいえ② | VKR はい① いいえ② | VKU 対面① 電話② FAX・郵送③ 電子メール等、2. 3以外の通信手段④ | |

### 本人介護補償　88/B2

390
氏名　J04（カタカナ）　L67（漢字）
生年月日　323 ※ Ⓢ昭和 Ⓗ平成 Ⓡ令和　年　月　日
年令　303 ※◎　満　才　性別　302 ※ Ⓜ1 Ⓕ2
職業名・職種名　576 カタカナで記入
職種コード　312　団体との関係　L18◆
セット名　300　572①

本人介護

※ 健康状況告知書質問事項回答欄
最終頁裏面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） | 質問③ |
|---|---|---|---|---|
| LKA はい① いいえ② | LKH はい① いいえ② | 5A1 A欄① B欄② | 疾病補償についてはお引受できません<br>506 疾病コード（B欄の場合のみ記入）<br>507 疾病・症状名（カタカナ）（R0の場合のみ記入） | L1A はい① いいえ② |

※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。告知時における被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。
LW8（告知日）　R　年　月　日
（告知者ご署名）

### 親介護補償

390
氏名　J04（カタカナ）　L67（漢字）
生年月日　323 Ⓣ大正 Ⓢ昭和 Ⓗ平成 Ⓡ令和　年　月　日
年令　303 ◎　満　才　性別　302 Ⓜ1 Ⓕ2
職業名・職種名　576 カタカナで記入
職種コード　312　団体との関係　L18◆
セット名　300　572①

親介護

| その他の項目 | |
|---|---|
| 項目No. | 内容 |
| | |
| | |
| | |
| | |

2
親介護一時金「親介護一時金支払特約」付のセットにご加入される場合、下記をご記入ください。

| 特約区分 | 介護を受ける方（親）の氏名（特約被保険者） | 生年月日 | 年令 | 親介護一時金専用　健康状況告知書質問事項回答欄　最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ※質問① | ※質問② | ※質問③ | ※質問④ | 確認方法 | 告知者ご署名欄 |
| VT1 一時金 ① | VKA カタカナで記入<br>続柄 VKD 父1 母2 | VKB ※ 大正 昭和 平成 Ⓣ Ⓢ Ⓗ　年 月 日 | VKC ※◎ 満　才 | VKE はい① いいえ② | VKF はい① いいえ② | VKG はい① いいえ② | VKH はい① いいえ② | VKT 対面① 電話② FAX・郵送③ 電子メール等、2. 3以外の通信手段④ | （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。告知時における被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。<br>VKS（告知日）<br>R　年　月　日<br>（告知者ご署名） |
| VT2 一時金 ① | VKJ カタカナで記入<br>続柄 VKM 父1 母2 | VKK ※ 大正 昭和 平成 Ⓣ Ⓢ Ⓗ　年 月 日 | VKL ※◎ 満　才 | VKN はい① いいえ② | VKP はい① いいえ② | VKQ はい① いいえ② | VKR はい① いいえ② | VKU 対面① 電話② FAX・郵送③ 電子メール等、2. 3以外の通信手段④ | |

### 本人介護補償　88/B3

390
氏名　J04（カタカナ）　L67（漢字）
生年月日　323 ※ Ⓢ昭和 Ⓗ平成 Ⓡ令和　年　月　日
年令　303 ※◎　満　才　性別　302 ※ Ⓜ1 Ⓕ2
職業名・職種名　576 カタカナで記入
職種コード　312　団体との関係　L18◆
セット名　300　572①

本人介護

※ 健康状況告知書質問事項回答欄
最終頁裏面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） | 質問③ |
|---|---|---|---|---|
| LKA はい① いいえ② | LKH はい① いいえ② | 5A1 A欄① B欄② | 疾病補償についてはお引受できません<br>506 疾病コード（B欄の場合のみ記入）<br>507 疾病・症状名（カタカナ）（R0の場合のみ記入） | L1A はい① いいえ② |

※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。告知時における被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。
LW8（告知日）　R　年　月　日
（告知者ご署名）

### 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入する場合、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。
  （保険期間の中途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。）
- 職種コードは裏面をご参照ください。　職業名・職種名は裏面の職種コード一覧を参照のうえ、カタカナ20文字以内でご記入ください。
- 「◆」団体との関係について下記該当の数字（いずれか1つ）をご記入ください。
  - 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：こども　4：両親　5：兄弟姉妹　6：同居の親族　7：使用人

## STEP 3　他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらもご確認のうえご記入ください。

（注）他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等（団体総合生活補償保険、普通傷害保険等をいい、いずれも積立保険を含みます。）がありますか。
※他の保険契約等がありますか？　（あり）

（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（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。
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。）

331　特記事項

R50 合計保険料（一回分）　円
前年合計保険料（一回分）　円

受付日（社内使用欄）
令和　年　月　日

お客さま控

0000038　　A006297434

201908232 2113 02 0000282 V00044 04

# 職種コード一覧

| 職種コード | 職業名・職種名 | 職業名・職種名（カナ） |
|---|---|---|
| 01 | 技術者（技師、監督を含みます。） | ギジュツシャ |
| 02 | 教員 | キョウイン |
| 03 | 保健医療従事者 | ホケンイリョウジュウジシャ |
| 04 | 芸術家、芸能家 | ゲイジュツカ・ゲイノウカ |
| 05 | 職業スポーツ家 | ショクギョウスポーツカ |
| 06 | その他の専門的職業従事者 | センモンショクギョウジュウジシャ |
| 11 | 事務従事者 | ジムジュウジシャ |
| 21 | 販売従事者 | ハンバイジュウジシャ |
| 31 | 農林業作業者 | ノウリンギョウサギョウシャ |
| 36 | 漁業作業者 | ギョギョウサギョウシャ |
| 41 | 採鉱・採石作業者 | サイコウ・サイセキサギョウシャ |
| 51 | 自動車運転者（助手を含みます。） | ジドウシャウンテンシャ |
| 52 | 船舶関係従事者（漁労船以外の船舶乗船者）（モーターボート競争選手を除きます。） | センパクカンケイジュウジシャ |
| 53 | 航空機関係従事者（航空機搭乗者） | コウクウキカンケイジュウジシャ |
| 54 | その他の運輸従事者（注1） | ソノタノウンユジュウジシャ |
| 55 | 通信従事者（船舶・漁労船乗船者、航空機搭乗者を除きます。）（注2） | ツウシンジュウジシャ |
| 61 | 金属製造加工作業者 | キンゾクセイゾウカコウサギョウシャ |
| 62 | 電気機械器具組立・修理作業者 | デンキキカイキグサギョウシャ |
| 63 | 輸送機械組立・修理作業者 | ユソウキカイサギョウシャ |
| 64 | 計器・光学機械器具組立・修理作業者 | ケイキ・コウガクキグサギョウシャ |
| 65 | その他の機械組立・修理作業者 | ソノタノキカイサギョウシャ |
| 66 | 製糸・紡織作業者 | セイシ・ボウショクサギョウシャ |
| 67 | 裁断・縫製作業者 | サイダン・ホウセイサギョウシャ |
| 68 | 木・竹・草・つる製品製造作業者 | キ・タケ・クサ・ツルサギョウシャ |
| 69 | パルプ・紙・紙製品製造作業者 | パルプ・カミサギョウシャ |
| 70 | 印刷・製本作業者 | インサツ・セイホンサギョウシャ |
| 71 | ゴム・プラスチック製品製造作業者 | ゴム・プラスチックサギョウシャ |
| 72 | 革・革製品製造作業者 | カワ・カワセイヒンサギョウシャ |
| 73 | 窯業・土石製品製造作業者 | ヨウギョウ・ドセキサギョウシャ |
| 74 | 飲食料品製造作業者 | インショクリョウヒンサギョウシャ |
| 75 | 化学製品製造作業者 | カガクセイヒンセイゾウサギョウシャ |
| 76 | 建設作業者 | ケンセツサギョウシャ |
| 77 | 定置機関・機械および建設機械運転作業者 | テイチ・ケンセツキカイウンテンサギョウ |
| 78 | 電気作業者 | デンキサギョウシャ |
| 79 | その他の技能工・生産工程作業者 | ギノウコウセイサンコウテイサギョウ |
| 81 | 保安職業従事者 | ホアンショクギョウジュウジシャ |
| 86 | サービス職業従事者 | サービスショクギョウジュウジシャ |
| 91 | 有職者以外（主婦・学生等） | ユウショクシャイガイ |

（注1）自動車（二輪自動車（オートバイ）を除きます）を用いて配達・宅配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。
（注2）自動車（二輪自動車（オートバイ）を除きます）を用いて郵便物・電報の集配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。

**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 | 傷害死亡・後遺障害保険金額合計 | 傷害入院保険金日額合計 | 傷害通院保険金日額合計 | 疾病入院保険金日額合計 | 疾病通院保険金日額合計 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 万円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 万円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 万円 | 円 | 円 | 円 | 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。

08232 2113 01 0000282# 01/03 00000282

# 団体総合生活補償保険（MS&AD型）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。

親介護一時金・休業 以外用

※親介護一時金・休業（「親介護一時金支払特約」および「親の介護による休業補償特約」）は親介護一時金・休業専用をご確認ください。

- 「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。
- 「団体総合生活補償保険（MS&AD型）」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、被保険者（補償の対象者）ご自身がお答えください。(＊)
  （＊）告知時における被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちのいずれかの方がお答えください。
- 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。<br>● 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。 |
| 現在医師から次回通院、入院、手術、再検査等を指示されていなければ告知いただく必要のないもの | ● 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。<br>● 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<br>● 食中毒　● 歯の疾患　● 結膜炎　● 正常分娩 |

**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・投薬を受けたことがある。（妊娠・分娩に伴う異常、帝王切開を含みます。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これまでに、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。

はい →
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3**　満16才以上の女性のみお答えください。
**現在、妊娠していますか。**

はい →
質問3に対する回答が**「はい」の場合、**
「疾病・症状一覧表」の妊娠・出産にかかる疾患のうち、告知日時点における妊娠によるもの、およびこれと医学上因果関係がある疾病・症状(注3)については保険金をお支払いしない条件でお引受します。
・「特定疾病対象外欄」に“Q2”をご記入ください。

いいえ →
質問1から質問3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。

**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ご加入されているお客さまへ**
継続時に、あらためて健康状況の告知を行うことにより、新たな告知内容に応じた条件で継続加入いただくことができます。
【ご注意】
◎現在の健康状況等によっては、継続加入できなかったり、保険金をお支払いしない疾病・症状群が追加・変更されたりすることがあります。
◎新たな告知内容に応じた条件で継続いただいた場合でも、保険金のお支払額は、発病時点の保険契約の条件で算出した金額となることがあります。
◎保険期間の中途で特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件の削除・変更を行うことはできません。

## 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。）、心臓雑音、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 | 脳梗塞、脳卒中（脳出血、脳梗塞（脳軟化）を含みます。）、くも膜下出血、脳血栓、脳塞栓 | もやもや病、一過性脳虚血発作（TIA）、脳動静脈奇形（脳動静脈瘻）、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 |
| | A3 | | リウマチ性心疾患、リウマチ（関節・筋肉） |
| | A4 | | 低血圧症 |
| 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、胃腺腫、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<br>※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、胆嚢腺筋症、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 |
| | B5 | | 歯の支持組織の疾患、その他の歯の疾患 |
| 呼吸器系の疾患 | C0 | 肺ガン | 肺炎、肺臓腫、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 |
| | C1 | 喉頭ガン、気管支喘息※、喘息性気管支炎<br>※小児喘息、アレルギー性喘息を含みます。 | 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、咳嗽息 |
| | C2 | | アレルギー性鼻炎、慢性副鼻くう炎（蓄膿症を含みます。）、鼻中隔弯曲症 |
| 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） | 腎炎（慢性腎臓炎、IgA腎症を含みます。）、腎周囲炎、腎腫、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 |
| | 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、子宮内膜症 |
| | D3 | | 尿路結石（腎臓結石、尿管結石、膀胱結石） |
| 内分泌系の疾患 | 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・甲状腺腫瘍（良性） |
| 血液・造血器系の疾患 | F0 | 白血病、悪性リンパ腫 | 貧血、斑状病 |
| 感染・寄生虫症 | G0 | 結核（腎結核を除きます。） | |
| | G1 | | 腎結核 |
| | G2 | | 伝染性肝炎、ウィルス性肝炎※<br>※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 |
| | G4 | | 淋病、梅毒、その他の性病 |
| 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 | 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。）、乳様突起炎、メニエール病、突発性難聴、耳鳴症 |
| 筋・骨格系の疾患 | J0 | 脊椎カリエス | 脊椎の挫傷・骨折、腰痛、腰部挫傷、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むち打ち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、後縦靭帯骨化症、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※<br>※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）、特発性大腿骨頭壊死 |
| | J2 | | 骨関節炎、関節内障、変形性関節症 |
| 外傷後遺症 | K0 | | 頭部外傷後遺症、脳挫傷 |
| 皮膚の疾患 | L0 | | アトピー性皮膚炎、蜂窩織炎、帯状疱疹、粉瘤（アテローム） |
| 新生物 | M0 | 悪性新生物（ガン）※<br>※上皮内新生物を含みます。 | |
| 職業病 | N0 | | 職業病 |
| 精神障害 | P0 | 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<br>※1 不安障害を含みます。<br>※2 パニック障害、適応障害を含みます。 | |
| 妊娠・出産にかかる疾患 | Q1(注) | | 妊娠及び産褥の中毒症、早産、流産、分娩及び産褥の敗血症、分娩の合併症、その他の妊娠・出産に関わる疾病 |
| | Q2(注) | | 上記（Q1）の疾病・症状のうち、告知日時点における妊娠によるもの |

（注）「Q1」は質問1または質問2①に該当する場合に、「Q2」は質問3に該当する場合に、それぞれご記入ください。

【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。

08232 2113 03 0000282# 03/03 00000282

# 団体総合生活補償保険（MS＆AD型）<br>団体長期障害所得補償保険　健康状況告知書質問事項

©

親介護一時金・休業 専用

この健康状況告知書質問事項は、以下の特約被保険者・介護対象者専用の質問書です。
【団体総合生活補償保険】
・親介護一時金支払特約
・親の介護による休業補償特約
【団体長期障害所得補償保険】
・親介護一時金支払特約

ご回答は加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」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。
- 「親介護一時金支払特約」または「親の介護による休業補償特約」をセットする加入タイプ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、保険金をお支払いし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、介護を受ける方（＊1）（特約被保険者または介護対象者）に現時点の健康状況をご確認のうえご回答ください。（＊2）また、ご確認方法を選択してください。
  （＊1）基本部分の被保険者の親御様（姻族を含みます。）をいいます。
  （＊2）団体総合生活補償保険または団体長期障害所得補償保険の「親介護一時金支払特約」にご加入の場合は、基本部分の被保険者ご本人が介護を受ける方（＊1）を代理して、ご回答いただきます。なお、告知時における基本部分の被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方がお答えください。
- 下記の質問1～4のうち、いずれか1つでも「はい」がある場合には、ご加入をお引受できません。

| | |
|---|---|
| 質問1 | **次のいずれかの項目に該当していますか。**<br>①歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。<br>②公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。 |
| 質問2 | **医師により「認知症」または「次のいずれかの病気」と診断されたことがありますか。**<br>（現在終診していたとしても、過去に一度でも診断されたことがある場合は告知の対象となります。）<br>統合失調症・気分障害（躁病、うつ病、躁うつ病、反応性抑うつ等）、神経症、自律神経失調症、拒食症、不眠症、適応障害 |
| 質問3 | **現在、入院中または療養のため就床中ですか。** |
| 質問4 | **下表の「病名・症状一覧」記載の病気や症状と診断されたことがありますか。**<br>（現在終診していたとしても、過去に一度でも診断されたことがある場合は告知の対象となります。） |
| 確認方法 | 特約被保険者となる方（親御様）へのご確認方法を以下からご選択ください。<br>（複数に該当する場合は、最も番号の若い（小さい）確認方法に○印をしてください。）<br>（選択肢）　①対面　②電話　③ＦＡＸ・郵送　④電子メール等、②③以外の通信手段 |

## 病名・症状一覧

| | |
|---|---|
| 脳血管系の病気等 | ● 脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳梗塞（脳血栓、脳塞栓、脳軟化） 等）<br>● 脳虚血発作（一過性脳虚血発作（TIA）、可逆性虚血性神経障害（RIND） 等）<br>● 脳動脈瘤　● 脳動静脈奇形　● 眼底出血＊（網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症 等）<br>＊外傷性を除きます。 |
| 心臓系の病気等 | ● 虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞 等）　● 不整脈＊（心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮 等）<br>＊治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます。<br>● 心臓弁膜症（僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症 等）<br>● 心内膜炎　● 冠不全　● 心肥大（心室肥大 等）　● 心不全　● 心筋症　● 大動脈瘤 |
| 呼吸器系の病気等 | ● 肺塞栓症（肺梗塞 等）　● 慢性閉塞性肺疾患（COPD）　● 肺気腫　● 肺線維症<br>● 気管支喘息＊　＊終診した小児喘息を除きます。　● 塵肺（珪肺症、アスベスト肺症 等） |
| 腎臓系の病気等 | ● 慢性腎炎（増殖性腎炎、膜性腎症、IgA腎症 等）　● 腎不全<br>● ネフローゼ症候群　● 人工透析治療を要するその他の腎臓疾患 |
| 肝臓系の病気等 | ● 肝硬変　● 肝不全　● 慢性肝炎　● B型肝炎＊　● C型肝炎＊　＊ウイルスキャリア（感染者）を含みます。 |
| 筋・骨格系の病気等 | ● 筋ジストロフィー症　● 骨髄炎　● 骨粗しょう症 |
| 悪性新生物 | ● 悪性新生物（ガン、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫）＊　＊上皮内新生物は含みません。 |
| その他 | ● 糖尿病（インシュリンの投与を受けている場合に限ります。）<br>● 頭部外傷（後遺障害があると診断された場合に限ります。）<br>● 膠原病（関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます。）<br>● アルツハイマー病　● レビー小体病　● ピック病　● アルコール依存症　● 薬物依存症<br>● 早老症（ウェルナー症候群 等）　● 閉塞性動脈硬化症（ASO）　● 正常圧水頭症　● シェーグレン症候群<br>● 成人スティル病　● アレルギー性肉芽腫血管炎　● 側頭動脈炎　● 抗リン脂質抗体症候群　● 好酸球性筋膜炎<br>● 厚生労働省指定の公費助成対象の難病（告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、2015年10月1日以降始期契約の場合、難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ（http://www.nanbyou.or.jp）等でご確認いただけます。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給者証の交付を受けることができますが、交付を受けていなくても告知の対象となりますので、ご注意ください。） |