親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

加入申込票はA3サイズで印刷をお願いします。

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) 〒　－ 012
申込人氏名	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。 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 平成　年　月　日
社員番号	017
電話番号	011
生年月日	980 (T)大正 (S)昭和 (H)平成　年　月　日
性別	982 (1)男 (2)女

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	
平成 30 年 12 月 01 日	から
平成 31 年 12 月 01 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。

団体総合生活補償保険(MS&AD型)傷害補償用　88/B1

390

氏名	J04 カタカナで記入
生年月日	323 (T)大正 (S)昭和 (H)平成　年　月　日
年令	303 ◎　満　才
性別	302 (1)男 (2)女
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

基本セット(必選択)	その他の項目 項目No.	内容

1

親介護一時金・休業「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」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・介護対象者)	生年月日	年令	親介護一時金・休業専用 ※質問1	※質問2	※質問3	※質問4	健康状況告知書質問事項回答欄 確認方法	最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。
VT1 (1)一時金のみ (2)休業のみ (3)一時金＋休業	VKA カタカナで記入 続柄 VKD 父(1) 母(2)	VKB ※ 大正(T) 昭和(S) 平成(H)　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)	※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。 VKS (告知日) H　年　月　日 (自署)
VT2 (1)一時金のみ (2)休業のみ (3)一時金＋休業	VKJ カタカナで記入 続柄 VKM 父(1) 母(2)	VKK ※ 大正(T) 昭和(S) 平成(H)　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)	

団体総合生活補償保険(MS&AD型)傷害補償用

390

氏名	J04 カタカナで記入
生年月日	323 (T)大正 (S)昭和 (H)平成　年　月　日
年令	303 ◎　満　才
性別	302 (1)男 (2)女
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

基本セット(必選択)	その他の項目 項目No.	内容

2

親介護一時金・休業「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」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・介護対象者)	生年月日	年令	親介護一時金・休業専用 ※質問1	※質問2	※質問3	※質問4	健康状況告知書質問事項回答欄 確認方法	最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。
VT1 (1)一時金のみ (2)休業のみ (3)一時金＋休業	VKA カタカナで記入 続柄 VKD 父(1) 母(2)	VKB ※ 大正(T) 昭和(S) 平成(H)　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)	※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。 VKS (告知日) H　年　月　日 (自署)
VT2 (1)一時金のみ (2)休業のみ (3)一時金＋休業	VKJ カタカナで記入 続柄 VKM 父(1) 母(2)	VKK ※ 大正(T) 昭和(S) 平成(H)　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)	

団体総合生活補償保険(MS&AD型)傷害補償用

390

氏名	J04 カタカナで記入
生年月日	323 (T)大正 (S)昭和 (H)平成　年　月　日
年令	303 ◎　満　才
性別	302 (1)男 (2)女
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

基本セット(必選択)	その他の項目 項目No.	内容

3

親介護一時金・休業「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」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・介護対象者)	生年月日	年令	親介護一時金・休業専用 ※質問1	※質問2	※質問3	※質問4	健康状況告知書質問事項回答欄 確認方法	最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。
VT1 (1)一時金のみ (2)休業のみ (3)一時金＋休業	VKA カタカナで記入 続柄 VKD 父(1) 母(2)	VKB ※ 大正(T) 昭和(S) 平成(H)　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)	※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。 VKS (告知日) H　年　月　日 (自署)
VT2 (1)一時金のみ (2)休業のみ (3)一時金＋休業	VKJ カタカナで記入 続柄 VKM 父(1) 母(2)	VKK ※ 大正(T) 昭和(S) 平成(H)　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)	

STEP 3　他の保険契約がある場合は、こちらも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(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。(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。)

331 特記事項

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。
- 「◎」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

R50 合計保険料(一回分)	円
前年合計保険料(一回分)	円
L65 受付日	平成　年　月　日
計上用	

0000107　A006283664

201808172 2113 01 0000250 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	保険種類	傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	傷害通院保険金日額	疾病入院保険金日額	疾病通院保険金日額
		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。

08172 2113 01 0000250# 01/03 00000250

08172 2113 03 0000250# 03/03 00000250

団体総合生活補償保険（MS＆AD型）
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。

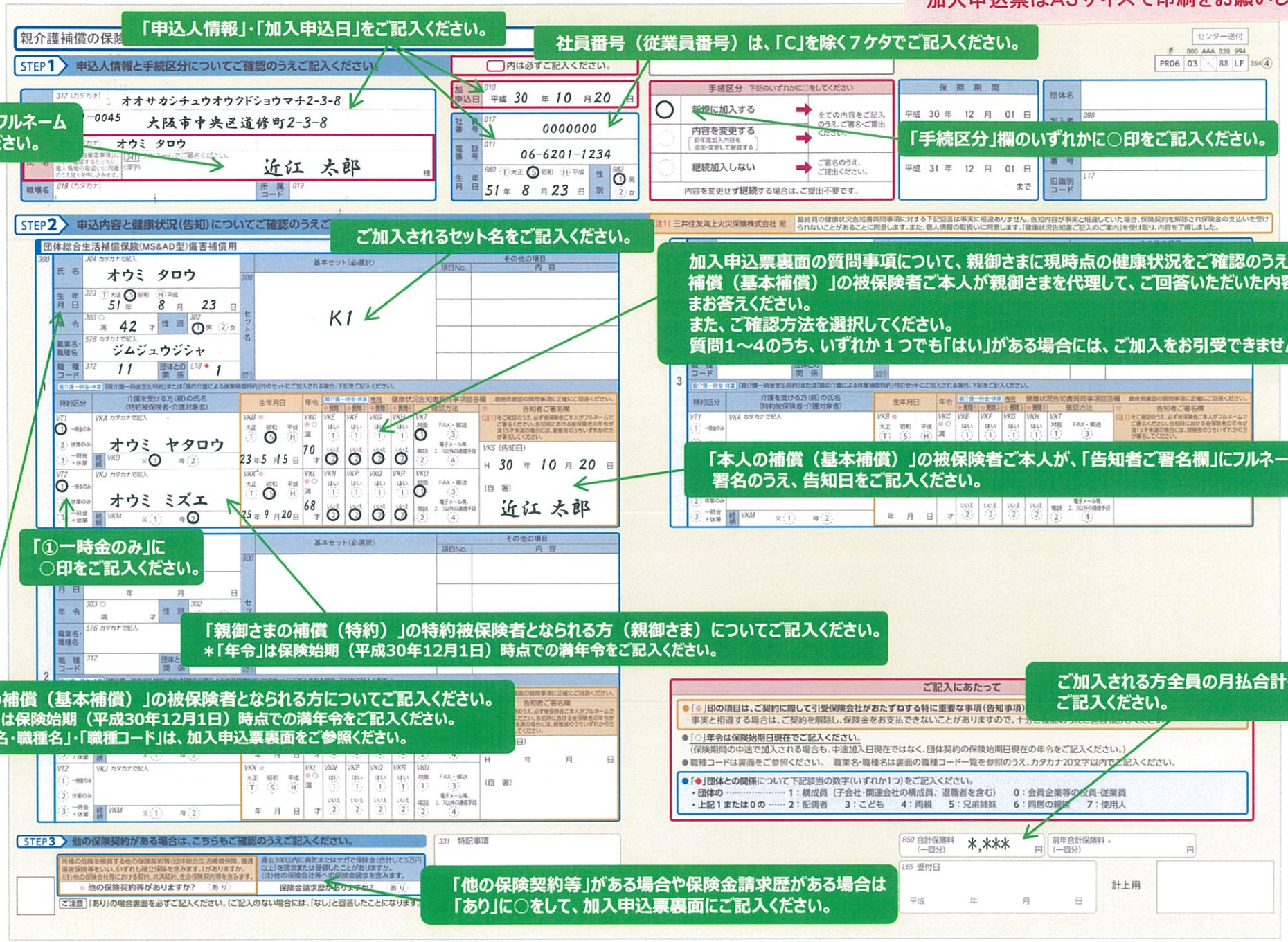
質問1	**次のいずれかの項目に該当していますか。** ①歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。 ②公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。
質問2	**医師により「認知症」または「次のいずれかの病気」と診断されたことがありますか。** （現在終診していたとしても、過去に一度でも診断されたことがある場合は告知の対象となります。） 統合失調症・気分障害（躁病、うつ病、躁うつ病、反応性抑うつ等）、神経症、自律神経失調症、拒食症、不眠症、適応障害
質問3	**現在、入院中または療養のため就床中ですか。**
質問4	**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。** （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。 （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。） （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） ● 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） ● 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） ＊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） ＊治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます。 ● 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） ● 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 ● 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 ● 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。） ● 頭部外傷（後遺障害があると診断された場合に限ります。） ● 膠原病（関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます。） ● 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 ● 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 ● 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 ● 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。）

親介護補償の保険　加入申込票記入例 ～加入申込票の記載内容について、間違いがないか、必ずご確認ください。～

※お申込内容に変更がない場合は、ご提出不要です。

※「親介護補償の保険」は、基本補償「本人の補償」に特約補償部分「親御さまの補償」がセットされたプランとなります。特約部分の被保険者となれるのは基本補償「本人（被保険者）または配偶者の両親（姻族を含む。最大2名まで）」です。

加入申込票はA3サイズで印刷をお願いします。