団体総合生活補償保険加入申込票 兼 健康状態告知書（複数名用）

あいおいニッセイ同和損保 DN1 センター送付

000 AAA 020 994 LF 354 ⑤

※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
ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答（記入）ください。
ただし、「生年月日」・「年令」・「健康状態告知」欄は「疾病に関する補償」、「がんに関する補償」、「所
償特約」、「医療費用補償特約」をセットされない場合、告知事項に該当しません。「職業名・職種名」欄は「所
償特約」をセットされない場合、告知事項に該当しません。

【新規加入の場合（記入例）】
パンフレットの＜ご加入のお手続きおよび申込要覧＞をご参照のうえ、もれなくご記入をお願いします。
保険金請求歴がある方は、次ページもご確認ください。

保険契約者（団体名）
鹿島建設株式会社

ることに同意します。（引受保険会社は、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社となります。なお、詳細は弊社ホームページhttps://www.aioinissaydowa.co.jp/をご参照ください。）

前契約代表証券番号	
代表証券番号	

部店課支社	代理店・扱者/仲立人	団体コード

時点の年令をご
期間の中途で
中途加入日時点
保険始期日時
点の年令をご記入ください。）
2. 職種コードは裏面または別紙をご参照ください。
3. 被保険者住所が申込人（加入者）の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に○印をしてください。

下記のいずれか
してください。
① 新規加入
② 変更
③ 継続加入
④ 継続しない

①

申込人（加入者）		
加入申込日 010	令和R 7 年 4 月 15 日	011 電話番号 090 – 1234 – 5678
住所 012 郵便番号	〒 107–8638	317 カナ トウキョウト ミナトク モトアカサカ 1-5-8
		399 漢字 東京都 港区 元赤坂 1-5-8
氏名 307 カナ	ホケン タロウ	
「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 341 保険 太郎 署	980 生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R 54 年 10 月 30 日
018 所属名 カナ	019 所属コード	017 社員番号 00B12345

署名

必ずご記入ください。

保険期間
令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

098 加入者番号

(注1) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 宛
裏面または別紙の健康状態告知書質問事項に対する下記の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お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。
「健康状態告知についてのご案内」を受け取り、または説明をうけ内容を了解しました。
(注2)「あり」の場合は1枚目裏面または別紙に「他の保険契約等」の内容についてご記入ください。
(注3) スキー・スケート賠償責任保険特約をセットした場合で、被保険者が競技または指導を職務としている場合は、○印をしてください。
(注4) スポーツ賠償責任保険特約をセットした場合、下記(例)のとおりスポーツの種類を必ずご記入ください。
（例）スポーツの種類が卓球の場合
「スポーツ_タッキュウ」

099 前契約加入者番号

L05 加入者識別コード

「健康状態告知についてのご案内」をお読みいただき、健康状態告知をされる場合は、裏面または別紙の「健康状態告知書質問事項」を参照のうえ、下記に回答と告知日をご記入いただき、告知者ご署名欄にご署名ください。

符号	被保険者（被保険者の住所が申込人（加入者）と異なる場合は、住所カナ・漢字の両方を必ずご記入ください。）	セット名（必須加入）	口数
390	住所 申込人住所と同じ VBT ① L68 漢字 トウキョウト ミナトク モトアカサカ 1-5-8 / 東京都 港区 元赤坂 1-5-8	BR	1
	氏名 J04 カナ ホケン タロウ / L67 漢字 保険 太郎		
	323 ※生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R 54年 10月 30日 / 303 ※◎年令 満 45 才 / 302 性別 男 1 女 2 / L18 ◆団体との関係 1 / L40 家族構成人数 名		
390	住所 申込人住所と同じ VBT ① L68 漢字 / H41 カナ		
	氏名 J04 カナ / L67 漢字		
	323 ※生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R 年 月 日 / 303 ※◎年令 満 才 / 302 性別 男 1 女 2 / L18 ◆団体との関係 / L40 家族構成人数 名		
390	住所 申込人住所と同じ VBT ① L68 漢字 / H41 カナ		
	氏名 J04 カナ / L67 漢字		
	323 ※生年月日 大正T 昭和S 平成H 令和R 年 月 日 / 303 ※◎年令 満 才 / 302 性別 男 1 女 2 / L18 ◆団体との関係 / L40 家族構成人数 名		

②

③

※下記「◆団体との関係」より選択

傷害	所得
576 ※職業名・職種名カナ	312 ※職種コード / 573 職種級別
※被保険者職業区分（スキー・スケート）（注3） グロ	LJW ※職種コード / LJX 職種級別

※健康状態告知書質問事項回答欄

疾病・がん（質問2のみ）・所得・医療	本人介護	過去の健康状態告知内容
質問1 LKA はい③ いいえ④	質問2 LKH はい③ いいえ④	質問3 L1A はい③ いいえ④
「はい」の場合、該当補償についてお引受けできません。詳細は裏面または別紙をご参照ください。		特定疾病等対象外欄（再告知の場合要削除） 506 疾病コード / 507 疾病・症状名 カナ
XJY 告知社内処理日 平成H 令和R 年 月 日		L92 初年度加入日 昭和S 平成H 令和R 年 月 日
R43 被保険者特記事項 カナ（※スポーツ賠償責任保険特約セットの場合（24）参照）		

※ 告知者ご署名欄（注1）

LW8 告知日	④ 他の保険契約等	他の項目（被保険者項目のみ記入可） 項目No.	内容
令和R 年 月 日 新たにご加入される場合および前契約より補償内容を拡大する場合（必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。）	Y34		
自署	あり 1		

他の保険契約等は、次ページでご確認ください。

◆団体との関係 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

⑤ 加入者特記事項（カナ） R7.5.1ヨリカニュウキボウ

前契約合計保険料（分割払の場合は1回分） 円

R50 合計保険料（分割払の場合は1回分） 円

令和5年10月1日以降始期契約に使用

健康状態告知書質問事項、回答欄記入例

団体総合生活補償保険

疾病補償、がん補償、所得補償、医療費用補償、本人介護一時金、親介護一時金、親介護休業補償のいずれかに新たにお申し込みいただく方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事項につきご回答ください。

ご注意

- 健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、**別紙「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。**また、**ご加入される補償パターンに応じてご回答ください。**
- ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始時より前に原因が発生した病気やケガ、要介護状態については、保険金をお支払いできません(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります)。
- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、健康状態告知書質問事項回答欄への記入は不要です。

疾病補償 がん補償 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

●被保険者ご本人がご回答ください。なお、下表に記載があるケガや病気については告知不要です。

告知対象外となるケガ・病気一覧

●ケガ(ただし、以下については、病気として告知対象となります) ●正常分娩

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、むちうち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、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)、半月板損傷、ばね指(手指屈筋腱腱鞘炎)、骨関節炎、関節内障、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

<質問1> 疾病補償 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は回答不要です。質問2の①をご回答ください。

●次のいずれかに該当しますか。

①告知日(ご記入日)現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※をすすめられている。

②告知日(ご記入日)より過去2年以内に病気で、継続して14日以上の入院をしたことがある。

※再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。

「手術」には、内視鏡・腹腔鏡・レーザー・カテーテル・超音波・衝撃波によるものなどを含みます。なお、入院の有無は問いません。

「医師」には歯科医師を含み、柔道整復師・指圧師・鍼灸師は含みません(以下の質問も同様です)。

はい

「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」は、お引き受けできませんので、ご了承ください。

いいえ

<質問2> 疾病補償 がん補償(①のみ) 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は①についてのみご回答ください。

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査※・治療(投薬を含みます)を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。

①「がん」、「上皮内がん」

②「糖尿病」、「高血糖症」、「耐糖能異常」

③「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」

※検査結果が異常なしだった場合は「いいえ」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「はい」となります。

「医師による治療」には注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを含みます。なお、市販のビタミン剤の服用など、病気の治療ではなく健康増進のための行為は含みません。

③について、具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD−10(2003年版)準拠」によります。

はい

いいえ

「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」をお引き受けします。

本人介護一時金 親介護一時金 親介護休業補償 にご加入の方

●本人介護一時金は、被保険者ご本人がご回答ください。

●親介護一時金は、特約被保険者となる方に被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、被保険者ご本人が特約被保険者の健康状態を回答してください。また、親介護休業補償は、被保険者ご本人が介護対象者の健康状態を確認し回答してください。

<質問3> 本人介護一時金 にご加入の方

<質問> 親介護一時金 親介護休業補償 にご加入の方

*病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。

●次のいずれかに該当しますか。

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。

③告知日(ご記入日)より過去2年以内に、医師により、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る。

①は、告知日(ご記入日)現在の状態をご回答ください。また、「他人の介護が必要である」とは、何らかのかたちで他人の力を借りている状態をいいます。

②の「要介護認定申請をしたことがある」とは、過去に要介護認定の申請を行った結果、非該当となった場合を含みます。

はい

「本人介護一時金」「親介護一時金」「親介護休業補償」は、お引き受けできませんので、ご了承ください。

いいえ

「本人介護一時金」「親介護一時金」「親介護休業補償」をお引き受けします。

病名・症状一覧

脳血管系	●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) ●眼底出血(網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等をいい、外傷性を除きます) ●脳動脈瘤 ●脳動静脈奇形	肝臓系	●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	●後遺症のある骨折(上肢の骨折を除きます) ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 ●脊柱管狭窄症 ●変形関節症
心臓系	●虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞、冠不全等) ●不整脈(心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等をいい、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 ●心肥大(心室肥大等) ●心不全 ●心筋症 ●動脈瘤	悪性新生物	●悪性新生物(がん、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫をいい、上皮内新生物は除きます) ●脳腫よう
呼吸器系	●肺塞栓症(肺梗塞等) ●肺線維症 ●慢性閉塞性肺疾患(COPD)(肺気腫、慢性気管支炎) ●塵肺(珪肺症、アスベスト肺症等) ●気管支喘息(終診した小児喘息を除きます)	その他	●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●糖尿病(インシュリン等の注射剤を投与し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) ●精神障害(アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・知的障害・発達障害(注1) ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病(注2)
腎臓系	●慢性腎炎(増殖性腎炎、腺性腎症、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		

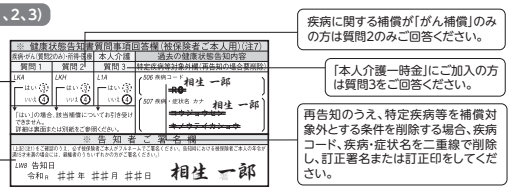
(注1)具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によります。

(注2)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、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(https://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。

回答欄記入例

回答が「いいえ」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者ご署名欄」に告知日を記入のうえ、署名してください。

被保険者ご本人用(質問1、2、3)



回答を記入してください。

告知日を記入のうえ、署名してください。

疾病に関する補償が「がん補償」のみの方は質問2のみご回答ください。

「本人介護一時金」にご加入の方は質問3をご回答ください。

再告知のうえ、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂正印をしてください。

親介護一時金・休業(質問)

親介護一時金・休業
特約区分
特約被保険者
本人介護
※生年月日
※心電図
質問
1.K4 カナ
1.K9
1.L4
1.S06
1.S07
1.K8
1.K7
1.K6
1.K5
1.K3
1.K2
1.K1
1.K0
1.J0
1.H9
1.H8
1.H7
1.H6
1.H5
1.H4
1.H3
1.H2
1.H1
1.H0
1.G9
1.G8
1.G7
1.G6
1.G5
1.G4
1.G3
1.G2
1.G1
1.G0
1.F9
1.F8
1.F7
1.F6
1.F5
1.F4
1.F3
1.F2
1.F1
1.F0
1.E9
1.E8
1.E7
1.E6
1.E5
1.E4
1.E3
1.E2
1.E1
1.E0
1.D9
1.D8
1.D7
1.D6
1.D5
1.D4
1.D3
1.D2
1.D1
1.D0
1.C9
1.C8
1.C7
1.C6
1.C5
1.C4
1.C3
1.C2
1.C1
1.C0
1.B9
1.B8
1.B7
1.B6
1.B5
1.B4
1.B3
1.B2
1.B1
1.B0
1.A9
1.A8
1.A7
1.A6
1.A5
1.A4
1.A3
1.A2
1.A1
1.A0
1.Z9
1.Z8
1.Z7
1.Z6
1.Z5
1.Z4
1.Z3
1.Z2
1.Z1
1.Z0
1.Y9
1.Y8
1.Y7
1.Y6
1.Y5
1.Y4
1.Y3
1.Y2
1.Y1
1.Y0
1.X9
1.X8
1.X7
1.X6
1.X5
1.X4
1.X3
1.X2
1.X1
1.X0
1.W9
1.W8
1.W7
1.W6
1.W5
1.W4
1.W3
1.W2
1.W1
1.W0
1.V9
1.V8
1.V7
1.V6
1.V5
1.V4
1.V3
1.V2
1.V1
1.V0
1.U9
1.U8
1.U7
1.U6
1.U5
1.U4
1.U3
1.U2
1.U1
1.U0
1.T9
1.T8
1.T7
1.T6
1.T5
1.T4
1.T3
1.T2
1.T1
1.T0
1.S9
1.S8
1.S7
1.S6
1.S5
1.S4
1.S3
1.S2
1.S1
1.S0
1.R9
1.R8
1.R7
1.R6
1.R5
1.R4
1.R3
1.R2
1.R1
1.R0
1.Q9
1.Q8
1.Q7
1.Q6
1.Q5
1.Q4
1.Q3
1.Q2
1.Q1
1.Q0
1.P9
1.P8
1.P7
1.P6
1.P5
1.P4
1.P3
1.P2
1.P1
1.P0
1.O9
1.O8
1.O7
1.O6
1.O5
1.O4
1.O3
1.O2
1.O1
1.O0
1.N9
1.N8
1.N7
1.N6
1.N5
1.N4
1.N3
1.N2
1.N1
1.N0
1.M9
1.M8
1.M7
1.M6
1.M5
1.M4
1.M3
1.M2
1.M1
1.M0
1.L9
1.L8
1.L7
1.L6
1.L5
1.L4
1.L3
1.L2
1.L1
1.L0
1.K9
1.K8
1.K7
1.K6
1.K5
1.K4
1.K3
1.K2
1.K1
1.K0
1.J9
1.J8
1.J7
1.J6
1.J5
1.J4
1.J3
1.J2
1.J1