

000 AAA 020 994

RP24032023354⑤

団体長期障害所得補償保険加入申込票 兼 被保険者明細書

①保険会社用

LTD制度 傷病による長期療養時の収入補償制度・補償額買増しオプション

「重要事項のご説明」の「ご加入いただく内容に関する確認事項(ご意向の確認)」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。
裏面の健康状態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。
「健康状態告知についてのご案内」を受け取り、内容を了解しました。

申込日

010

令和R

年

月

日

団体名	
事業所名	
事業所コード	LW7
所属名	
所属コード	019

申込人(被保険者)氏名	
307 J04 (カナ)	フルネームで署名してください (漢字) 自署
341 L67	
017 社員コード:	

契 約 内 容	
保険期間	令和 年 月 日より 1年間
てん補期間	才に達した日まで 年 か月
免責期間	日

323	※ 生 年 月 日	302	※ 性別
昭和 S	年 月 日	男 1	
平成 H		女 2	

現在の	加入タイプ	:	現在の保険料	:	円
ご加入内容	加入口数	:	更改後の保険料	:	円

加入区分	☐ 新規	☐ 変更	☐ 継続	☐ 加入しない	☐ 脱退
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

390 ① L18 ①

加入タイプ	300
加入口数	572

備考

※健康状態告知書

団体長期障害所得補償保険の基本セットに今回新たに申し込みたい方、および継続加入する場合で補償内容をご拡大するご契約条件の変更(保険金額の増額、免責期間の短縮、てん補期間の延長等)を伴う方は、下記の告知質問事項1、2のいずれにも該当しない場合のみ加入いただけます。継続加入する方で補償内容をご拡大する契約条件の変更をしない場合は、告知不要です。

1. 次のいずれかに該当する。
①告知日(ご回答日)現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※1をすすめられている。
②告知日(ご回答日)より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。
※1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。
2. 告知日(ご回答日)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※2・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る。
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)」
※2検査結果が異常なしだった場合は「該当なし」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「該当あり」となります。

過去の健康状態告知内容	
特定疾病等対象外欄(再告知の場合要削除)	
L45 疾病コード	562 疾病・症状名

私は加入申込みに際して健康状態に関する上記の告知質問事項および裏面の記載事項をすべて確認し、告知質問事項1、2のいずれにも該当しませんでしたので、この保険の加入申込みをします。なお、事実を告知していなかったり、告知内容が事実と相違した場合、保険契約を解除されたり保険金の支払いを受けられなかったとしても異議はありません。
(ご注意)告知の内容にかかわらず、新規加入日より12か月以内に発生した就業障害に関しては、就業障害の原因となった身体障害について新規加入日前12か月以内に医師の治療、診察、診断を受け、または治療のために服薬をしていたときは、保険金をお支払いできないことがあります。

※【他の保険契約等】(注)他の保険会社等における契約を含みます。
同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等の身体障害による就業不能に対して保険金が支払われる他の保険契約等)がありますか(団体契約、生命保険、共済を含みます)。
「あり」の場合、右欄「あり」に○印のうえ、必ず「合計保険金額」にご記入ください。
(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。)

Y34

あり 1

合計保険金額

Y36

万円

保険金請求歴(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(5万円以上)を請求または受領したことがありますか。	
あり	
保険会社	
回数	合計金額
回	円

ご加入者様へのご注意

※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。

社内 使用欄	団体コード	初年度加入日	L92 H:R: . . XJY H:R: . .	告知社内処理日	旧加入番号	099	識別コード
					加入番号	098	

健康状態告知書質問事項

●**注意**

- ・健康状態告知書質問事項に回答する前に、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。
- ・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については、保険金をお支払いできません（病気やケガの始期前治療について、普通保険約款および協定事項明細書（協定書）の定めにより保険金をお支払いできることがあります）。

団体長期障害所得補償保険に今回新たに申し込みたい方、および継続加入する場合で保険金額の増額（増口）など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、下記の告知質問事項1、2のいずれにも該当しない場合のみ加入いただけます。

- 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、告知不要です。
- 告知質問事項に該当するため本来加入できないにもかかわらず申し込んだ場合、ご契約が解除され保険金をお支払いできないことがあります。
- 被保険者ご本人（補償の対象となる方）がご回答ください。
- 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（手指屈指腱腱鞘炎）、骨関節炎、関節内障、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

告知質問事項は次のとおりです。

1. 次のいずれかに該当する。

①告知日（ご回答日）現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※1をすすめられている。
②告知日（ご回答日）より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。
※1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。

2. 告知日（ご回答日）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※2・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る。

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）」（注）
※2検査結果が異常なしだった場合は「該当なし」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「該当あり」となります。

（注）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。

【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の記入例】

過去の健康状態告知内容

特定疾病等対象外欄（再告知の場合要削除）

L45 疾病コード	562 疾病・症状名
R0 相生 一郎	咳嗽 相生 一郎 肺炎

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。