

損害保険ジャパン株式会社 御中

証券番号

被保険者 (番号)	②	(名前)をご記入ください。
--------------	---	---------------

(1). 以下の質問事項にご回答ください。「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。質問事項へのご回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。			
質問事項		ご回答	ご確認・ご記入いただく事項
(1)	告知日現在、入院中ですか。 または告知日に入院もしくは手術※の予定がありますか。 ※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(2)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」Ⅰ欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。(※1)	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(3)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」Ⅱ欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。(※1)	はい いいえ	「はい」の方は下記(2)の「疾病・症状一覧表」Ⅱ欄に該当する疾病・症状すべてに○をしてください。
(4)	「医療保険」でオプション(三大疾病)をセットする方、または「がん保険」に加入する方はご回答ください。	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(5)	女性の方のみご回答ください。	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。

(※1) 医師より、これらの疾病・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。

〈2〉. 〈1〉の(3)で「はい」の方は「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、Ⅱ欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○をご記入ください。 (告知される方(被保険者)がご認識している疾病・症状名が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状名と一致しなくても、医学的にその疾病・症状と同一と判断される場合には告知が必要です。傷病歴があり、「疾病・症状一覧表」に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。)		〈3〉. 〈2〉でⅡ欄に○がある方は以下の特別な条件が付きます。 ※該当する疾病群により、以下の特約がセットされます。補償対象外とする疾病等が発病した場合には、保険金をお支払いできません。																																												
<table><tr><th>欄</th><th>Ⅰ 欄</th><th>Ⅱ 欄</th></tr><tr><td rowspan="7">疾病群</td><td>(Ⅰ 欄に該当がある方はご加入いただけません)</td><td>(Ⅱ 欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます)</td></tr><tr><td>A群</td><td>胃・腸の疾病 炎症性腸疾患(かいよう性大腸炎・クローン病)</td><td>胃・腸・十二指腸のかいよう 腹膜炎 胃・腸のポリープ 腸閉塞 大腸炎</td></tr><tr><td>B群</td><td>肝臓・胆のう・すい臓の疾病 肝硬変・慢性肝炎・肝肥大・すい炎</td><td>急性肝炎 肝のうよう 胆石 胆のう炎</td></tr><tr><td>C群</td><td>腎臓・泌尿器の疾病 慢性腎炎・ネフローゼ・腎不全・副腎しゅよう</td><td>腎孟炎 急性腎炎 腎臓・膀胱・尿路の結石</td></tr><tr><td>D群</td><td>気管支・肺の疾病 結核・肺線維症・慢性閉塞性肺疾患(COPD(慢性気管支炎・肺気腫など))</td><td>肋膜炎 膿胸 ぜんそく 気管支拡張症 肺炎 肺壞疽 自然気胸</td></tr><tr><td>E群</td><td>脳血管・循環器関係の疾病 脳卒中(脳出血・脳こうそく(能軟化)・くも膜下出血)、心臓弁膜症、心筋こうそく、心筋症、狭心症、不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。)、心雑音、動脈硬化症、動脈瘤</td><td>高血圧症 静脈瘤</td></tr><tr><td>F群</td><td>腰・背髄の疾病 骨のしゅよう性疾患</td><td>腰痛症 変形性脊髄症 ギックリ腰 椎間板ヘルニア 骨粗しょう症 後縦靱帯骨化症</td></tr><tr><td>H群</td><td>眼の疾病</td><td>白内障 緑内障 網膜炎 網膜症</td></tr><tr><td>I群</td><td>ご婦人の疾病</td><td>子宮筋腫 子宮内膜炎 卵巣のう腫 乳腺症 乳腺線維腺腫を含みます 不正出血</td></tr><tr><td>Z群</td><td>その他</td><td>糖尿病、紫斑病、結核性疾患(カリエスなど)、脳しゅよう、悪性しゅよう(各種がん・上皮内新生物・肉腫)、白血病、悪性リンパ腫、アルツハイマー病、パーキンソン病、こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など)、リウマチ熱、精神および行動の障害(総合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病・うつ病など)・恐怖性(パニック)障害・心的外傷後ストレス障害(PTSD)・アルコール依存など)</td><td></td></tr></table>		欄	Ⅰ 欄	Ⅱ 欄	疾病群	(Ⅰ 欄に該当がある方はご加入いただけません)	(Ⅱ 欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます)	A群	胃・腸の疾病 炎症性腸疾患(かいよう性大腸炎・クローン病)	胃・腸・十二指腸のかいよう 腹膜炎 胃・腸のポリープ 腸閉塞 大腸炎	B群	肝臓・胆のう・すい臓の疾病 肝硬変・慢性肝炎・肝肥大・すい炎	急性肝炎 肝のうよう 胆石 胆のう炎	C群	腎臓・泌尿器の疾病 慢性腎炎・ネフローゼ・腎不全・副腎しゅよう	腎孟炎 急性腎炎 腎臓・膀胱・尿路の結石	D群	気管支・肺の疾病 結核・肺線維症・慢性閉塞性肺疾患(COPD(慢性気管支炎・肺気腫など))	肋膜炎 膿胸 ぜんそく 気管支拡張症 肺炎 肺壞疽 自然気胸	E群	脳血管・循環器関係の疾病 脳卒中(脳出血・脳こうそく(能軟化)・くも膜下出血)、心臓弁膜症、心筋こうそく、心筋症、狭心症、不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。)、心雑音、動脈硬化症、動脈瘤	高血圧症 静脈瘤	F群	腰・背髄の疾病 骨のしゅよう性疾患	腰痛症 変形性脊髄症 ギックリ腰 椎間板ヘルニア 骨粗しょう症 後縦靱帯骨化症	H群	眼の疾病	白内障 緑内障 網膜炎 網膜症	I群	ご婦人の疾病	子宮筋腫 子宮内膜炎 卵巣のう腫 乳腺症 乳腺線維腺腫を含みます 不正出血	Z群	その他	糖尿病、紫斑病、結核性疾患(カリエスなど)、脳しゅよう、悪性しゅよう(各種がん・上皮内新生物・肉腫)、白血病、悪性リンパ腫、アルツハイマー病、パーキンソン病、こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など)、リウマチ熱、精神および行動の障害(総合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病・うつ病など)・恐怖性(パニック)障害・心的外傷後ストレス障害(PTSD)・アルコール依存など)		<table><tr><td>補償対象外とする疾病・症状</td><td>補償対象外期間</td><td>セットされる特約</td></tr><tr><td>○がある疾病群に関するすべての疾病 ※例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左記記載の疾病に関わらず、胃・腸の疾病はすべて補償対象外となります。</td><td>全保険期間 継続契約においても原則として同様です。</td><td>特定疾病等対象外特約</td></tr><tr><td colspan="3">継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。</td></tr></table>		補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる特約	○がある疾病群に関するすべての疾病 ※例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左記記載の疾病に関わらず、胃・腸の疾病はすべて補償対象外となります。	全保険期間 継続契約においても原則として同様です。	特定疾病等対象外特約	継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。		
欄	Ⅰ 欄	Ⅱ 欄																																												
疾病群	(Ⅰ 欄に該当がある方はご加入いただけません)	(Ⅱ 欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます)																																												
	A群	胃・腸の疾病 炎症性腸疾患(かいよう性大腸炎・クローン病)	胃・腸・十二指腸のかいよう 腹膜炎 胃・腸のポリープ 腸閉塞 大腸炎																																											
	B群	肝臓・胆のう・すい臓の疾病 肝硬変・慢性肝炎・肝肥大・すい炎	急性肝炎 肝のうよう 胆石 胆のう炎																																											
	C群	腎臓・泌尿器の疾病 慢性腎炎・ネフローゼ・腎不全・副腎しゅよう	腎孟炎 急性腎炎 腎臓・膀胱・尿路の結石																																											
	D群	気管支・肺の疾病 結核・肺線維症・慢性閉塞性肺疾患(COPD(慢性気管支炎・肺気腫など))	肋膜炎 膿胸 ぜんそく 気管支拡張症 肺炎 肺壞疽 自然気胸																																											
	E群	脳血管・循環器関係の疾病 脳卒中(脳出血・脳こうそく(能軟化)・くも膜下出血)、心臓弁膜症、心筋こうそく、心筋症、狭心症、不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。)、心雑音、動脈硬化症、動脈瘤	高血圧症 静脈瘤																																											
	F群	腰・背髄の疾病 骨のしゅよう性疾患	腰痛症 変形性脊髄症 ギックリ腰 椎間板ヘルニア 骨粗しょう症 後縦靱帯骨化症																																											
H群	眼の疾病	白内障 緑内障 網膜炎 網膜症																																												
I群	ご婦人の疾病	子宮筋腫 子宮内膜炎 卵巣のう腫 乳腺症 乳腺線維腺腫を含みます 不正出血																																												
Z群	その他	糖尿病、紫斑病、結核性疾患(カリエスなど)、脳しゅよう、悪性しゅよう(各種がん・上皮内新生物・肉腫)、白血病、悪性リンパ腫、アルツハイマー病、パーキンソン病、こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など)、リウマチ熱、精神および行動の障害(総合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病・うつ病など)・恐怖性(パニック)障害・心的外傷後ストレス障害(PTSD)・アルコール依存など)																																												
補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる特約																																												
○がある疾病群に関するすべての疾病 ※例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左記記載の疾病に関わらず、胃・腸の疾病はすべて補償対象外となります。	全保険期間 継続契約においても原則として同様です。	特定疾病等対象外特約																																												
継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。																																														
〈4〉. 〈1〉から〈3〉までの内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。 本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の裏面に記載の「告知書の個人情報取扱に関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。 ※代理告知について ○被保険者が15歳未満の場合は、親権者をご記入、ご署名ください。 ○申込人がご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族)の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、申込人がご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。		〈4〉. 〈1〉から〈3〉までの内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。 本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の裏面に記載の「告知書の個人情報取扱に関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供すること、に、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。 ※代理告知について ○被保険者が15歳未満の場合は、親権者をご記入、ご署名ください。 ○申込人がご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族)の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、申込人がご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。																																												
<table><tr><td></td><td>告知日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr></table>			告知日	令和	年	月	日	<table><tr><td></td><td>告知日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr></table>			告知日	令和	年	月	日																															
	告知日	令和	年	月	日																																									
	告知日	令和	年	月	日																																									
被保険者 本人署名		被保険者との関係 ()																																												
代理告知者 署名		被保険者との関係 ()																																												

損害保険ジャパン株式会社 御中

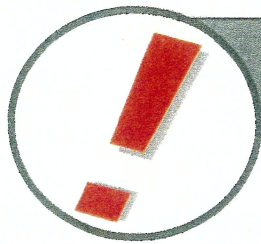
証券番号

被保険者 (番号)	③	(名前)をご記入ください。
--------------	---	---------------

(1). 以下の質問事項にご回答ください。「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。質問事項へのご回答がすべて「いいえ」であれば、特別な条件を付けずにご加入いただけます。			
質問事項		ご回答	ご確認・ご記入いただく事項
(1)	告知日現在、入院中ですか。 または告知日に入院もしくは手術※の予定がありますか。 ※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(2)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」Ⅰ欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。(※1)	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(3)	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」Ⅱ欄に記載の疾病・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。(※1)	はい いいえ	「はい」の方は下記(2)の「疾病・症状一覧表」Ⅱ欄に該当する疾病・症状すべてに○をしてください。
(4)	「医療保険」でオプション(三大疾病)をセットする方、または「がん保険」に加入する方はご回答ください。	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(5)	女性の方のみご回答ください。	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。

(※1) 医師より、これらの疾病・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。

〈2〉. 〈1〉の(3)で「はい」の方は「疾病・症状一覧表」をご確認のうえ、Ⅱ欄に該当がある方は、該当する疾病・症状すべてに○をご記入ください。 (告知される方(被保険者)がご認識している疾病・症状名が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状名と一致しなくても、医学的にその疾病・症状と同一と判断される場合には告知が必要です。傷病歴があり、「疾病・症状一覧表」に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。)		〈3〉. 〈2〉でⅡ欄に○がある方は以下の特別な条件が付きます。 ※該当する疾病群により、以下の特約がセットされます。補償対象外とする疾病等が発病した場合には、保険金をお支払いできません。																																												
<table><tr><th>欄</th><th>Ⅰ 欄</th><th>Ⅱ 欄</th></tr><tr><td rowspan="7">疾病群</td><td>(Ⅰ 欄に該当がある方はご加入いただけません)</td><td>(Ⅱ 欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます)</td></tr><tr><td>A群</td><td>胃・腸の疾病 炎症性腸疾患(かいよう性大腸炎・クローン病)</td><td>胃・腸・十二指腸のかいよう 腹膜炎 胃・腸のポリープ 腸閉塞 大腸炎</td></tr><tr><td>B群</td><td>肝臓・胆のう・すい臓の疾病 肝硬変・慢性肝炎・肝肥大・すい炎</td><td>急性肝炎 肝のうよう 胆石 胆のう炎</td></tr><tr><td>C群</td><td>腎臓・泌尿器の疾病 慢性腎炎・ネフローゼ・腎不全・副腎しゅよう</td><td>腎孟炎 急性腎炎 腎臓・膀胱・尿路の結石</td></tr><tr><td>D群</td><td>気管支・肺の疾病 結核・肺線維症・慢性閉塞性肺疾患(COPD(慢性気管支炎・肺気腫など))</td><td>肋膜炎 膿胸 ぜんそく 気管支拡張症 肺炎 肺壞疽 自然気胸</td></tr><tr><td>E群</td><td>脳血管・循環器関係の疾病 脳卒中(脳出血・脳こうそく(能軟化)・くも膜下出血)、心臓弁膜症、心筋こうそく、心筋症、狭心症、不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。)、心雑音、動脈硬化症、動脈瘤</td><td>高血圧症 静脈瘤</td></tr><tr><td>F群</td><td>腰・背髄の疾病 骨のしゅよう性疾患</td><td>腰痛症 変形性脊髄症 ギックリ腰 椎間板ヘルニア 骨粗しょう症 後縦靱帯骨化症</td></tr><tr><td>H群</td><td>眼の疾病</td><td>白内障 緑内障 網膜炎 網膜症</td></tr><tr><td>I群</td><td>ご婦人の疾病</td><td>子宮筋腫 子宮内膜炎 卵巣のう腫 乳腺症 乳腺線維腺腫を含みます 不正出血</td></tr><tr><td>Z群</td><td>その他</td><td>糖尿病、紫斑病、結核性疾患(カリエスなど)、脳しゅよう、悪性しゅよう(各種がん・上皮内新生物・肉腫)、白血病、悪性リンパ腫、アルツハイマー病、パーキンソン病、こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など)、リウマチ熱、精神および行動の障害(総合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病・うつ病など)・恐怖性(パニック)障害・心的外傷後ストレス障害(PTSD)・アルコール依存など)</td><td></td></tr></table>		欄	Ⅰ 欄	Ⅱ 欄	疾病群	(Ⅰ 欄に該当がある方はご加入いただけません)	(Ⅱ 欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます)	A群	胃・腸の疾病 炎症性腸疾患(かいよう性大腸炎・クローン病)	胃・腸・十二指腸のかいよう 腹膜炎 胃・腸のポリープ 腸閉塞 大腸炎	B群	肝臓・胆のう・すい臓の疾病 肝硬変・慢性肝炎・肝肥大・すい炎	急性肝炎 肝のうよう 胆石 胆のう炎	C群	腎臓・泌尿器の疾病 慢性腎炎・ネフローゼ・腎不全・副腎しゅよう	腎孟炎 急性腎炎 腎臓・膀胱・尿路の結石	D群	気管支・肺の疾病 結核・肺線維症・慢性閉塞性肺疾患(COPD(慢性気管支炎・肺気腫など))	肋膜炎 膿胸 ぜんそく 気管支拡張症 肺炎 肺壞疽 自然気胸	E群	脳血管・循環器関係の疾病 脳卒中(脳出血・脳こうそく(能軟化)・くも膜下出血)、心臓弁膜症、心筋こうそく、心筋症、狭心症、不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。)、心雑音、動脈硬化症、動脈瘤	高血圧症 静脈瘤	F群	腰・背髄の疾病 骨のしゅよう性疾患	腰痛症 変形性脊髄症 ギックリ腰 椎間板ヘルニア 骨粗しょう症 後縦靱帯骨化症	H群	眼の疾病	白内障 緑内障 網膜炎 網膜症	I群	ご婦人の疾病	子宮筋腫 子宮内膜炎 卵巣のう腫 乳腺症 乳腺線維腺腫を含みます 不正出血	Z群	その他	糖尿病、紫斑病、結核性疾患(カリエスなど)、脳しゅよう、悪性しゅよう(各種がん・上皮内新生物・肉腫)、白血病、悪性リンパ腫、アルツハイマー病、パーキンソン病、こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など)、リウマチ熱、精神および行動の障害(総合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病・うつ病など)・恐怖性(パニック)障害・心的外傷後ストレス障害(PTSD)・アルコール依存など)		<table><tr><td>補償対象外とする疾病・症状</td><td>補償対象外期間</td><td>セットされる特約</td></tr><tr><td>○がある疾病群に関するすべての疾病 ※例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左記記載の疾病に関わらず、胃・腸の疾病はすべて補償対象外となります。</td><td>全保険期間 継続契約においても原則として同様です。</td><td>特定疾病等対象外特約</td></tr><tr><td colspan="3">継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。</td></tr></table>		補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる特約	○がある疾病群に関するすべての疾病 ※例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左記記載の疾病に関わらず、胃・腸の疾病はすべて補償対象外となります。	全保険期間 継続契約においても原則として同様です。	特定疾病等対象外特約	継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。		
欄	Ⅰ 欄	Ⅱ 欄																																												
疾病群	(Ⅰ 欄に該当がある方はご加入いただけません)	(Ⅱ 欄に○がある方は条件付きでご加入いただけます)																																												
	A群	胃・腸の疾病 炎症性腸疾患(かいよう性大腸炎・クローン病)	胃・腸・十二指腸のかいよう 腹膜炎 胃・腸のポリープ 腸閉塞 大腸炎																																											
	B群	肝臓・胆のう・すい臓の疾病 肝硬変・慢性肝炎・肝肥大・すい炎	急性肝炎 肝のうよう 胆石 胆のう炎																																											
	C群	腎臓・泌尿器の疾病 慢性腎炎・ネフローゼ・腎不全・副腎しゅよう	腎孟炎 急性腎炎 腎臓・膀胱・尿路の結石																																											
	D群	気管支・肺の疾病 結核・肺線維症・慢性閉塞性肺疾患(COPD(慢性気管支炎・肺気腫など))	肋膜炎 膿胸 ぜんそく 気管支拡張症 肺炎 肺壞疽 自然気胸																																											
	E群	脳血管・循環器関係の疾病 脳卒中(脳出血・脳こうそく(能軟化)・くも膜下出血)、心臓弁膜症、心筋こうそく、心筋症、狭心症、不整脈(心房細動など、人工ペースメーカーを使用した場合を含みます。)、心雑音、動脈硬化症、動脈瘤	高血圧症 静脈瘤																																											
	F群	腰・背髄の疾病 骨のしゅよう性疾患	腰痛症 変形性脊髄症 ギックリ腰 椎間板ヘルニア 骨粗しょう症 後縦靱帯骨化症																																											
H群	眼の疾病	白内障 緑内障 網膜炎 網膜症																																												
I群	ご婦人の疾病	子宮筋腫 子宮内膜炎 卵巣のう腫 乳腺症 乳腺線維腺腫を含みます 不正出血																																												
Z群	その他	糖尿病、紫斑病、結核性疾患(カリエスなど)、脳しゅよう、悪性しゅよう(各種がん・上皮内新生物・肉腫)、白血病、悪性リンパ腫、アルツハイマー病、パーキンソン病、こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など)、リウマチ熱、精神および行動の障害(総合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病・うつ病など)・恐怖性(パニック)障害・心的外傷後ストレス障害(PTSD)・アルコール依存など)																																												
補償対象外とする疾病・症状	補償対象外期間	セットされる特約																																												
○がある疾病群に関するすべての疾病 ※例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、左記記載の疾病に関わらず、胃・腸の疾病はすべて補償対象外となります。	全保険期間 継続契約においても原則として同様です。	特定疾病等対象外特約																																												
継続してご加入される方は、上記のほか、加入依頼書の「補償対象外とする疾病」欄記載の群に属するすべての疾病等については、全保険期間補償対象外となります。																																														
〈4〉. 〈1〉から〈3〉までの内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。 本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の裏面に記載の「告知書の個人情報取扱に関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供すること、に、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。 ※代理告知について ○被保険者が15歳未満の場合は、親権者をご記入、ご署名ください。 ○申込人がご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族)の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、申込人がご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。		〈4〉. 〈1〉から〈3〉までの内容を再度ご確認のうえ、告知日をご記入、ご署名ください。 本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の裏面に記載の「告知書の個人情報取扱に関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供すること、に、申込人(加入者)、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。 ※代理告知について ○被保険者が15歳未満の場合は、親権者をご記入、ご署名ください。 ○申込人がご本人以外のご家族(配偶者、子供、両親、同居の家族(兄弟姉妹、親族)の方が加入される場合は、加入されるご家族に代わって、申込人がご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。																																												
<table><tr><td></td><td>告知日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr></table>			告知日	令和	年	月	日	<table><tr><td></td><td>告知日</td><td>令和</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr></table>			告知日	令和	年	月	日																															
	告知日	令和	年	月	日																																									
	告知日	令和	年	月	日																																									
被保険者 本人署名		被保険者との関係 ()																																												
代理告知者 署名		被保険者との関係 ()																																												



告知の前にご一読ください。

「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと

団体用医療保険

正しく告知していただくことは大変重要です。

- 告知していただいた内容にしたがって、お引受けの可否や、補償の条件（一部の疾病群を補償の対象外とする条件の要否）が決まります。
- 正しく告知していただきませんと、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
- 告知書は、裏面の記入例をご確認いただきながら、必ず被保険者（保険の対象となる方）ご本人*が事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入（告知）ください。
- 告知の対象となる「医師の診察、検査、治療または投薬」や特にご注意いただきたい事項については記入例に掲載していますのでご確認ください。

1. 告知の重要性

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

- ・告知書にご記入いただく内容は、損保ジャパンが公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。
- ・口頭でお話し、または資料提示されただけでは、告知していただいたことにはなりませんのでご注意ください。
- ・損保ジャパンまたは取扱代理店は告知受領権を有しています。

2. 正しく告知されなかった場合のデメリット

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

- ・ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年以内に過去の傷病歴、現在の健康状態等について、損保ジャパンに告知していただいた内容が不正確であることが判明した場合は、「告知義務違反」としてご契約を解除することがあります。また、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年を経過していても、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年以内に「保険金の支払事由」が発生していた場合は、ご契約を解除することがあります。
- ・ご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、保険金をお支払いできません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除原因となった事実」に因果関係がない場合は、保険金をお支払いします。

3. 告知していただいたご契約のお引受け

ご契約のお引受けについて、告知していただいた内容により、下記①から③までのいずれかの取扱いとなります。

- ① **特別な条件を付けずにご加入いただけます。**
- ② **特別な条件付きでご加入いただけます。**
「特定の疾病群について補償対象外とする条件付き（「特定疾病等対象外特約」セット）」でご加入いただけます。
- ③ **今回はご加入いただけません。**

4. 始期前の発病や事故による無責の取扱い

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)より前に発病^(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする保険金の支払事由に対しては、正しく告知してご加入された場合であっても、保険金をお支払いできません。ただし、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)より前に発病^(※2)した疾病または発生した事故による傷害であっても、保険金の種類により、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)からその日を含めて1年を経過した後に保険金の支払事由が生じた場合は、その保険金の支払事由についてはお支払いの対象となる場合があります。

(※1) 継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加した特約についてはそのセットした日をいいます。

(※2) 医師の診断による発病の時をいいます。ただし、その疾病の原因として医学上重要な関係がある疾病が存在する場合は、その医学上重要な関係がある疾病の発病の時をいいます。また、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時をいいます。

(注) 特別な条件付き（「特定疾病等対象外特約」をセット）でご加入いただく場合、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年を経過した後であっても保険金をお支払いできない場合があります。

ご不明な点は、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

お客さまのご確認のため
ご利用ください。

お客さま
チェック欄

告知書の質問事項、注意事項等を本案内とあわせてよくお読みください。

(注1) 本案内および告知書の告知者控は重要な書類ですので、大切に保管してください。

(注2) ご加入の対象となる方等はパンフレット等をご確認ください。

* 代理告知について

○被保険者が15歳未満の場合は、被保険者ご本人に代わって、親権者が被保険者ご本人の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名ください。

○申込人ご本人以外のご家族（配偶者、子供、両親、同居の家族（兄弟姉妹、親族））の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、

申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。

告知書の個人情報の取扱いに関する事項

損保ジャパンは、この告知書に記載された個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①および②、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供を行います。

- ①損保ジャパンが、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
- ②損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。

なお、保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

損保ジャパンの個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧くださいるか、募集文書掲載の取扱代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせ願います。

お申込み前に再度ご確認ください。

- ・告知書にご記入もれはありませんか？
- ・告知日はご記入いただいていますか？
- ・告知書に告知者ご本人がご署名いただいていますか？
- ・『「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと』はご確認くださいましたか？