

あいおいニッセイ同和損保 センター送付

(申込人)は、(共同保険者)の事業または団体に就いて、当該企業または団体が引受保険会社と(分別保険契約の場合は)共同引受保険会社を締結する。以下同様とする。)と締結する記載のない加入条件、以下のとおりお取扱いとする。①。②。③。④。⑤。⑥。⑦。⑧。⑨。⑩。⑪。⑫。⑬。⑭。⑮。⑯。⑰。⑱。⑲。⑳。㉑。㉒。㉓。㉔。㉕。㉖。㉗。㉘。㉙。㉚。㉛。㉜。㉝。㉞。㉟。㊱。㊲。㊳。㊴。㊵。㊶。㊷。㊸。㊹。㊺。㊻。㊼。㊽。㊾。㊿。㏀。㏁。㏂。㏃。㏄。㏅。㏆。㏇。㏈。㏉。㏊。㏋。㏌。㏍。㏎。㏏。㏐。㏑。㏒。㏓。㏔。㏕。㏖。㏗。㏘。㏙。㏚。㏛。㏜。㏝。㏞。㏟。㏠。㏡。㏢。㏣。㏤。㏥。㏦。㏧。㏨。㏩。㏪。㏫。㏬。㏭。㏮。㏯。㏰。㏱。㏲。㏳。㏴。㏵。㏶。㏷。㏸。㏹。㏺。㏻。㏼。㏽。㏾。㏿。㐀。㐁。㐂。㐃。㐄。㐅。㐆。㐇。㐈。㐉。㐊。㐋。㐌。㐍。㐎。㐏。㐐。㐑。㐒。㐓。㐔。㐕。㐖。㐗。㐘。㐙。㐚。㐛。㐜。㐝。㐞。㐟。㐠。㐡。㐢。㐣。㐤。㐥。㐦。㐧。㐨。㐩。㐪。㐫。㐬。㐭。㐮。㐯。㐰。㐱。㐲。㐳。㐴。㐵。㐶。㐷。㐸。㐹。㐺。㐻。㐼。㐽。㐾。㐿。㑀。㑁。㑂。㑃。㑄。㑅。㑆。㑇。㑈。㑉。㑊。㑋。㑌。㑍。㑎。㑏。㑐。㑑。㑒。㑓。㑔。㑕。㑖。㑗。㑘。㑙。㑚。㑛。㑜。㑝。㑞。㑟。㑠。㑡。㑢。㑣。㑤。㑥。㑦。㑧。㑨。㑩。㑪。㑫。㑬。㑭。㑮。㑯。㑰。㑱。㑲。㑳。㑴。㑵。㑶。㑷。㑸。㑹。㑺。㑻。㑼。㑽。㑾。㑿。㒀。㒁。㒂。㒃。㒄。㒅。㒆。㒇。㒈。㒉。㒊。㒋。㒌。㒍。㒎。㒏。㒐。㒑。㒒。㒓。㒔。㒕。㒖。㒗。㒘。㒙。㒚。㒛。㒜。㒝。㒞。㒟。㒠。㒡。㒢。㒣。㒤。㒥。㒦。㒧。㒨。㒩。㒪。㒫。㒬。㒭。㒮。㒯。㒰。㒱。㒲。㒳。㒴。㒵。㒶。㒷。㒸。㒹。㒺。㒻。㒼。㒽。㒾。㒿。㓀。㓁。㓂。㓃。㓄。㓅。㓆。㓇。㓈。㓉。㓊。㓋。㓌。㓍。㓎。㓏。㓐。㓑。㓒。㓓。㓔。㓕。㓖。㓗。㓘。㓙。㓚。㓛。㓜。㓝。㓞。㓟。㓠。㓡。㓢。㓣。㓤。㓥。㓦。㓧。㓨。㓩。㓪。㓫。㓬。㓭。㓮。㓯。㓰。㓱。㓲。㓳。㓴。㓵。㓶。㓷。㓸。㓹。㓺。㓻。㓼。㓽。㓾。㓿。㔀。㔁。㔂。㔃。㔄。㔅。㔆。㔇。㔈。㔉。㔊。㔋。㔌。㔍。㔎。㔏。㔐。㔑。㔒。㔓。㔔。㔕。㔖。㔗。㔘。㔙。㔚。㔛。㔜。㔝。㔞。㔟。㔠。㔡。㔢。㔣。㔤。㔥。㔦。㔧。㔨。㔩。㔪。㔫。㔬。㔭。㔮。㔯。㔰。㔱。㔲。㔳。㔴。㔵。㔶。㔷。㔸。㔹。㔺。㔻。㔼。㔽。㔾。㔿。㕀。㕁。㕂。㕃。㕄。㕅。㕆。㕇。㕈。㕉。㕊。㕋。㕌。㕍。㕎。㕏。㕐。㕑。㕒。㕓。㕔。㕕。㕖。㕗。㕘。㕙。㕚。㕛。㕜。㕝。㕞。㕟。㕠。㕡。㕢。㕣。㕤。㕥。㕦。㕧。㕨。㕩。㕪。㕫。㕬。㕭。㕮。㕯。㕰。㕱。㕲。㕳。㕴。㕵。㕶。㕷。㕸。㕹。㕺。㕻。㕼。㕽。㕾。㕿。㖀。㖁。㖂。㖃。㖄。㖅。㖆。㖇。㖈。㖉。㖊。㖋。㖌。㖍。㖎。㖏。㖐。㖑。㖒。㖓。㖔。㖕。㖖。㖗。㖘。㖙。㖚。㖛。㖜。㖝。㖞。㖟。㖠。㖡。㖢。㖣。㖤。㖥。㖦。㖧。㖨。㖩。㖪。㖫。㖬。㖭。㖮。㖯。㖰。㖱。㖲。㖳。㖴。㖵。㖶。㖷。㖸。㖹。㖺。㖻。㖼。㖽。㖾。㖿。㗀。㗁。㗂。㗃。㗄。㗅。㗆。㗇。㗈。㗉。㗊。㗋。㗌。㗍。㗎。㗏。㗐。㗑。㗒。㗓。㗔。㗕。㗖。㗗。㗘。㗙。㗚。㗛。㗜。㗝。㗞。㗟。㗠。㗡。㗢。㗣。㗤。㗥。㗦。㗧。㗨。㗩。㗪。㗫。㗬。㗭。㗮。㗯。㗰。㗱。㗲。㗳。㗴。㗵。㗶。㗷。㗸。㗹。㗺。㗻。㗼。㗽。㗾。㗿。㘀。㘁。㘂。㘃。㘄。㘅。㘆。㘇。㘈。㘉。㘊。㘋。㘌。㘍。㘎。㘏。㘐。㘑。㘒。㘓。㘔。㘕。㘖。㘗。㘘。㘙。㘚。㘛。㘜。㘝。㘞。㘟。㘠。㘡。㘢。㘣。㘤。㘥。㘦。㘧。㘨。㘩。㘪。㘫。㘬。㘭。㘮。㘯。㘰。㘱。㘲。㘳。㘴。㘵。㘶。㘷。㘸。㘹。㘺。㘻。㘼。㘽。㘾。㘿。㙀。㙁。㙂。㙃。㙄。㙅。㙆。㙇。㙈。㙉。㙊。㙋。㙌。㙍。㙎。㙏。㙐。㙑。㙒。㙓。㙔。㙕。㙖。㙗。㙘。㙙。㙚。㙛。㙜。㙝。㙞。㙟。㙠。㙡。㙢。㙣。㙤。㙥。㙦。㙧。㙨。㙩。㙪。㙫。㙬。㙭。㙮。㙯。㙰。㙱。㙲。㙳。㙴。㙵。㙶。㙷。㙸。㙹。㙺。㙻。㙼。㙽。㙾。㙿。㚀。㚁。㚂。㚃。㚄。㚅。㚆。㚇。㚈。㚉。㚊。㚋。㚌。㚍。㚎。㚏。㚐。㚑。㚒。㚓。㚔。㚕。㚖。㚗。㚘。㚙。㚚。㚛。㚜。㚝。㚞。㚟。㚠。㚡。㚢。㚣。㚤。㚥。㚦。㚧。㚨。㚩。㚪。㚫。㚬。㚭。㚮。㚯。㚰。㚱。㚲。㚳。㚴。㚵。㚶。㚷。㚸。㚹。㚺。㚻。㚼。㚽。㚾。㚿。㜀。㜁。㜂。㜃。㜄。㜅。㜆。㜇。㜈。㜉。㜊。㜋。㜌。㜍。㜎。㜏。㜐。㜑。㜒。㜓。㜔。㜕。㜖。㜗。㜘。㜙。㜚。㜛。㜜。㜝。㜞。㜟。㜠。㜡。㜢。㜣。㜤。㜥。㜦。㜧。㜨。㜩。㜪。㜫。㜬。㜭。㜮。㜯。㜰。㜱。㜲。㜳。㜴。㜵。㜶。㜷。㜸。㜹。㜺。㜻。㜼。㜽。㜾。㜿。㝀。㝁。㝂。㝃。㝄。㝅。㝆。㝇。㝈。㝉。㝊。㝋。㝌。㝍。㝎。㝏。㝐。㝑。㝒。㝓。㝔。㝕。㝖。㝗。㝘。㝙。㝚。㝛。㝜。㝝。㝞。㝟。㝠。㝡。㝢。㝣。㝤。㝥。㝦。㝧。㝨。㝩。㝪。㝫。㝬。㝭。㝮。㝯。㝰。㝱。㝲。㝳。㝴。㝵。㝶。㝷。㝸。㝹。㝺。㝻。㝼。㝽。㝾。㝿。㞀。㞁。㞂。㞃。㞄。㞅。㞆。㞇。㞈。㞉。㞊。㞋。㞌。㞍。㞎。㞏。㞐。㞑。㞒。㞓。㞔。㞕。㞖。㞗。㞘。㞙。㞚。㞛。㞜。㞝。㞞。㞟。㞠。㞡。㞢。㞣。㞤。㞥。㞦。㞧。㞨。㞩。㞪。㞫。㞬。㞭。㞮。㞯。㞰。㞱。㞲。㞳。㞴。㞵。㞶。㞷。㞸。㞹。㞺。㞻。㞼。㞽。㞾。㞿。㏟。㞠。㞡。

		000	AAA	020	994	
R154	03		88	LF	354	⑦

1. ①年令は保険始期日時点の年令をご記入ください。(保険期間の中途加入された場合も、中途加入日時点を年令として記入ください。)
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。

前契約の代表証券番号		
代表証券番号		
部店課支社	代理店・扱者/仲立人	団体コード

○	○
傷害補償	医療補償

必ずご記入
ください。

符号 390	被保険者ご本人（基本部分） 〔注〕「介護一時金支払特約」付のセットに加えられる場合、「介護一時金支払特約」の被保険者は、本欄記載の方となります。							加入セット選択欄					※健康状態告知書質問事項回答欄（被保険者ご本人用）〔注7〕																						
	住所 申込入住所と同じ VB7 ①	申込入住所と異なる場合は必ずご記入ください。 H41 カナ L68 漢字	576 ※職業名・職種名 カナ		312 職種コード	基本セット （必須加入）	オプション					疾病がん(質問2のみ)・所得・医療		本人介護		過去に健康状態告知内容																			
※被保険者職業区分 (注5)(スキー・スケート)			323 ※生年月日 次郎T 頼和S 平成H 令和R 年 月 日	300 セット名 (3桁以内の英数字)			1	2	3	4	5	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	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																				
氏名	J04 カナ L67 漢字	L18 ◆親族との関係			303 ※年齢	302 性別	職種コード L J W L J X	572 □数						※告知者ご署名欄 〔上記注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ご本人の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方がご署名ください。〕 LW8 告知日 令和 R 年 月 日 自署																					
		L40 家族構成人数 名 満 才		男 1 女 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。																		傷害死亡保険金受取人 特に指定のない場合には、傷害死亡保険金受取人は、被保険者の法定相続人となります。〔注2〕																	
親の介護による休業補償特約	特約区分		特約被保険者(*1)、介護対象者(*2)の氏名 〔*1〕被介護一時金を支払特約の場合 〔*2〕親の介護による休業補償特約の場合		※生年月日		※年齢		親介護一時金・休業 専用 健康状態告知書質問事項回答欄〔注7〕				56H 氏名 カナ				被保険者のご署名 〔*1〕M 被保険者との関係 配属者・2親等内の血族〔注3〕 他方者・その他																		
	VT1 一時金のみ		VKA カナ		VKB		VKC		※質問		確認方法		※告知者ご署名欄		56F 氏名 漢字				自署																
	(2) 休業のみ		続柄 VKD ① ②		次郎T 頼和S 平成H		年 月 日 満 才		詳細は裏面または別紙をご参照ください。		VKT はい③ いいえ④		(1) 対面 (2) 電話 (3) FAX・郵送 (4) メール等の通信手段		(上記注1)をご確認のうえ、特約被保険者・介護対象者となる方の現時点での健康状態を確認し、必ず基本部分の被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における基本部分の被保険者ご本人の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方がご署名ください。〕		VKS 告知日 令和 R 年 月 日		55W 氏名 カナ		55C 氏名 カナ														
	(3) 一時金+休業		続柄 VKM ① ②		次郎T 頼和S 平成H		年 月 日 満 才		VKN はい③ いいえ④		VKU はい③ いいえ④		(1) 対面 (2) 電話 (3) FAX・郵送 (4) メール等の通信手段		自署		55X 氏名 漢字		55Y 生年月日 頼和S 平成H 令和R 年 月 日		扶養者														
※他の保険契約等 同様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、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは病気死により損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいう。積立保険を含みます。）が適用されます。「あり」の場合、「あり」に○印のうえ、必ず下欄にご記入ください。（ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。） 〔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。																		Y34 あり 1																	
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 がん入院保険金日額 賠償支払限度額・保険金額																		会社名																	
Y36 (合計) Y37 (合計) T28 (合計) Y38 (合計) LW9 (合計)																		回数 回 合計金額 円																	
通 信 欄																		331 加入者特記事項 カナ																	
																		◆団体との関係 下記該当の数字（いずれか一つ）をご記入ください。 団体の T : 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」のうち 2 : 配偶者 3 : こども 4 : 両親 5 : 兄弟姉妹 6 : 間の親 7 : 使用人																	
																		XJY 告知社内処理日 平成 H 令和 R 年 月 日																	
																		L92 初年度加入日 令和 R 平成 H 令和 R 年 月 日																	
																		R50 合計保険料（分割払の場合は1回分） 円																	
																		【PDF】(31-159) (231001) 保険会社用 傷害 [4] 1																	

令和5年10月1日以降始期契約に使用

団体総合生活補償保険

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することがあります)。

・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
 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
 内腫、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
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。

鍼灸師は含みません(以下の質問も同様です)。

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。

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。

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)

※ 健康状態良好 書留郵便 同封 返書欄 (郵便物送付先住所) 記入 (注7)

※ 健康状態良好の場合の「お名前」		※ 本人の住所	
質問1	質問2	質問3	※ 健康状態良好の場合、申告書(お名前欄)記入
LKA はい いいえ はい いいえ	LKM はい いいえ はい いいえ	LTA はい いいえ はい いいえ	※ 507番用紙2枚 相生 一郎 ※ 507番用紙1枚 相生 一郎 相生 カナ 相生 一郎

(注7)お名前、健康、該当欄についてお答えください

※ 健康状態良好とは、病状が軽微な状態を指します。

※ 申告書お名前欄を記入してください

お名前を記入する際は、お名前がフルネームでなくとも、姓・名・名前の任意の2文字を必ず記入してください。姓・名・名前の任意の2文字を記入し、姓・名・名前の任意の2文字を記入してください。

LWS 告知日

令和 年 月 日 相生 一郎

疾病に関する補償が「がん補償」の方
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

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)

親介護一時金は特約被保険者、親介護休業補償は介護対象者の氏名をカナで記入してください。

加入される特約を選び○をしてください。
※プランにより加入できる特約が異なりますのでご注意ください。

被保険者ご本人から見た特約被保険者・介護対象者との関係に○をしてください。

[illegible]

被保険者ご本人が回答を記入してください。

健康状態について、特約被保険者・介護対象者へのご説明と回答受領にあたり実際に取られた確認方法を1つ選び○をしてください。

回答を記入した被保険者ご本人が署名、告知日を記入してください。