

ご加入者氏名・被保険者氏名はフルネームでご署名ください。

1 組合員番号を忘れずにご記入ください。

2 ご希望のコースを一つだけ丸で囲ってください。

3 保障開始日時点での満年齢をご記入ください。
保障開始日は…加入申込書の提出締切日(毎月10日)の3か月後の1日です。

7 「他の保険契約」について「有」の場合は、疾病入院保険金日額の合計金額をご記入ください。

4 令和〇年〇月〇日と、必ず同意日をご記入ください。

5 必ず被保険者ご本人がご署名ください。

6 「健康状態告知書」の質問事項をよくお読みいただき、質問1・2とも「いいえ」の方は「いいえ(加入できません)」を、質問1・2のいずれかが「はい」の方は「はい(加入できません)」を○で囲ってください。(健康状態告知欄が「いいえ」の方に限り、ご加入いただけます。)

8 保障開始日時点での満年齢に応じた月額保険料をご記入ください。

●加入申込書の太枠内の項目をもれなくご記入ください。
●間違えて記入された場合は、2本線で抹消のうえ、訂正印を押印してください。余白に訂正内容を記入してください。

がん保険(1年契約用) 健康状態告知書

質問事項に1つでも「はい」がある場合はご加入いただけません

【ご留意いただきたい事項】

下記質問中の「がん」には、肺がん、胃がんなどの悪性新生物・悪性腫瘍(しゅよう)のほか、白血病、悪性リンパ腫、骨肉腫、骨腫、骨髄異形成症候群、上皮内がん、上皮内新生物、高度異形成、HSILを含みます。

★質問1 今までに、「がん」と診断されたことがありますか。

はい

いいえ

★質問2 次の(1)・(2)のいずれかに該当しますか。

(1) 告知日から過去3か月以内に、〈別表〉の症状や病気あるいはその疑いで、医師の診察、検査、治療、薬の処方 of どれかを受けたこと、または受けるよう指導されたこと。

※医師の診察・検査を受けた結果、〈別表〉の病気のいずれにも当てはまらなかった場合には該当しないものとみなします。

(2) 告知日から過去2年以内に、健康診断や人間ドックなど、健康維持および病気の発見のためのあらゆる検査・健診・検診において、〈別表〉の症状や病気あるいはその疑いで下記a. またはb. のいずれかの事実があったこと。

- a. 要再検査、要精密検査、要治療を指摘された
- b. 検査・健診・検診日から6か月以内の再検査や受診を勧められた

※再検査や精密検査を受けた結果、〈別表〉の病気のいずれにも当てはまらなかった場合には該当しないものとみなします。

※告知日から過去2年以内に、検査・健診・検診を受けなかった場合にも該当しないものとみなします。

はい

いいえ

お引受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。

症状	出血(便潜血・不正出血・喀血・吐血・下血・血尿)、貧血(鉄欠乏性貧血を除く)、黄疸、びらん、しこり、肝炎ウイルスキャリア	
病気	腫瘍(しゅよう)等	「がん」、脳腫瘍(しゅよう)、異形成、ポリープ、結節、腫瘤(しゅりゅう)、消化管(口、咽喉、食道、胃、小腸、大腸、肛門)の潰瘍(かいよう)
	消化器の病気	クローン病、肝硬変、慢性肝炎、慢性膵(すい)炎、食道静脈瘤
	呼吸器の病気	慢性閉塞性肺疾患(COPD)、肺気腫、間質性肺炎、肺線維症、じん肺、けい肺
	腎臓の病気	慢性腎不全(透析を伴う場合)、尿毒症
	その他	白板症、紅板症、日光角化症(老人性角化腫)、多発性ポリープ(ポリポージス)、子宮内膜異型増殖症

申し訳ありませんが、お引受けできません。