

全理連 療養補償共済制度（医療補償コース）

加入申込書兼健康状態告知書



全理連 療養補償共済制度（医療補償コース〈医療保険基本特約・疾病保険特約・傷害保険特約・がん保険特約セット団体総合保険〉）

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

新・団体医療保険

正しく告知していただくことは大変重要です。

- 新規にご加入いただく場合は、健康状態を告知していただく必要があります。
- 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、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。

*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。
- 加入申込者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者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。

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。
- （注）ご継続時に補償対象外とする疾病群が完治してから1年以上経過されている場合は、継続契約の保険始期から「特定疾病等対象外特約」を削除できることがあります。ただし、被保険者の年齢や補償対象外とする疾病群によっては、「特定疾病等対象外特約」を削除できないこともあります。また、保険期間の途中での削除はできません。

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」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。

ご加入について

①告知された病気が疾病・症状一覧表のⅠ欄の病気・症状に該当された方

↓
この制度(保険)にはご加入いただけません。

②告知された病気が疾病・症状一覧表のⅡ欄の病気・症状に該当された方

↓
該当する疾病群に属するすべての疾病について保険金をお支払いしないことを条件にご加入いただけます。継続契約においても原則として同様です。
(例えば「胃かいよう」の場合であれば、下表記載の疾病に関らず、胃・腸に係る病気・症状すべてについて保険金をお支払いしません。)
※「特定疾病等対象外特約」をセットしてご加入いただけます。

疾病・症状一覧表

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・症状名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。

疾病群	欄	I 欄	II 欄
		(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	腎盂炎 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(脳軟化)・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・脊椎の疾病	骨のしゅよう性疾患	腰痛症 変形性脊椎症 ギックリ腰 椎間板ヘルニア 骨粗しょう症 後縦靭帯骨化症
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 子宮内膜症 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 ベーチェット病 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(統合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病、うつ病など)・恐慌性(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)	

告知される方(被保険者)がご認識している疾病・症状が「疾病・症状一覧表」にある疾病・症状と一致しなくても、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。

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?
- 告知日はご記入されていますか?
- 被保険者(加入者)欄は告知者(被保険者)ご本人がご署名されていますか?
(被保険者(加入者)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いただき、親権者は加入申込書2枚目下部の代理告知者署名欄に被保険者との関係をご記入のうえ、ご署名ください。加入申込者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者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。)
- 「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」をご確認いただきましたか?

次の事項には、特にご注意ください。

- 高血圧症と診断されている以外に、医師の指示により血圧降下剤を服用している場合についてもE群II欄「高血圧症」に該当します。
- ポリープや子宮筋腫などを医師に指摘された後、すぐに治療の必要がないため、2年以内に治療や通院がないという状態についても経過観察に該当し、告知の対象になります。
- 医師の指示により白内障の予防目的で目薬を点眼している場合についても「医師の診察、検査、治療または投薬」に該当し、告知の対象になります。

ご不明な点は、所属の都道府県組合までお問い合わせください。

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。
告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

加入申込書記載例

- 各項目について、ご確認の上で正確にご記入ください。
- 特に「告知日」と「健康状態告知欄」は必ずご記入ください。
- 訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

全理連療養補償共済制度 加入申込書兼健康状態告知書(医療補償コース)

パンフレット等を受領・確認し、全理連 療養補償共済制度(医療補償コース<医療保険基本特約・疾病保険特約・傷害保険特約・がん保険特約セット団体総合保険>)の加入を申込みます。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[5]頁に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」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、加入申込者、告知者、被保険者ともに同意します。この保険で補償されることとなる方が自らご記入ください。

●加入申込者および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

損害保険ジャパン株式会社 宛

告知日 令和 6 年 9 月 12 日 加入日 令和 6 年 10 月 1 日

組合コード ○○○	支店コード ○○○	加入者番号
×	×	×
加入申込者組員 氏名(本人署名) <カタカナ> ゼンリ タロウ <漢字> 全理 太郎	店名 <漢字> 理容 代々木	
被保険者(加入者) 氏名(本人署名) <カタカナ> ソンボ イチロウ <漢字> 損保 一郎	住所 <カタカナ> トウキョウト シブヤク ヨヨギ 1-36-4 <漢字> (郵便番号 151-0053) TEL()	東京都渋谷区代々木1-36-4
加入者区分 1組員員 2従業員 3家族	年号(該当に○印) 昭和S・平成H・令和R	生年月日 55年 5月 2日
	★年齢(加入日時点) 満 44 歳	★性別 男 1 女 2

※被保険者(保険の対象となる方)が15歳未満の場合は、被保険者ご本人に代わって、親権者が被保険者の健康状態等を記入し、加入申込書2枚目下部の代理告知者署名欄に被保険者との関係をご記入の上、ご署名ください。加入申込者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、加入申込者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。

加入日時点で該当する満年齢区分(A~G)を○印で囲んでください。

満年齢区分	月額掛金	満年齢区分	月額掛金
(A) 5~24歳	690 円	(E) 65~69歳	4,880 円
(B) 25~44歳	930 円	(F) 70~74歳	6,810 円
(C) 45~54歳	1,700 円	(G) 75~79歳	9,000 円
(D) 55~64歳	2,920 円		

以後の継続加入では、80~84歳 12,490円
85~89歳 17,180円
90歳~ 23,820円 となります。

▼健康状態告知欄★ 以下の質問事項にご回答ください。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
(1) 告知日現在、入院中ですか。または告知日以降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。	いいえ はい [「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。 ※医師より「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・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。	いいえ はい [「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。 ※医師より「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・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。	いいえ はい [「はい」の方は下記の「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) 今までに、がん(悪性新生物)をいいます。白血病、悪性リンパ腫を含みます。・上皮内がんにより医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師よりがん(悪性新生物)・上皮内がんの疑いの指摘を受けた場合を含みます。	いいえ はい [「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。	いいえ はい [「はい」の方はご加入いただけません。]

疾病・症状一覧表

疾病群	I 欄 (I欄に該当する方はご記入いただけます。)	II 欄 (II欄に○がある方は条件付きでご記入いただけます。)
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・十二指腸の癌(胃がん・大腸がん・十二指腸がん) 膵臓癌・膵管癌 胆嚢癌・胆管癌
B群 肝臓、胆のう、すい臓の疾病	肝臓炎 慢性肝炎 胆嚢炎 すい臓炎	肝臓・胆のう・すい臓の癌(肝臓がん・胆嚢癌・胆管癌・膵臓癌・膵管癌)
C群 腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 ネフローゼ 腎不全 透析しゅうよう	腎臓・泌尿器の癌(腎臓がん・尿管癌・膀胱癌・前立腺癌・陰嚢癌・陰茎癌)
D群 気管支・肺の疾病	結核 肺腫瘍 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)慢性気管支炎・肺気腫など	肺がん・気管支癌・肺腺癌・肺肉腫 気管支癌・肺腺癌・肺肉腫 肺がん・気管支癌・肺腺癌・肺肉腫

(注1) 「医師の診察、検査、治療または投薬」には、入院(※1)・手術(※2)・投薬をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。また、がん(※3)と診断されることを含みます。
(※1) 検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
(※2) 「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破砕術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
(※3) 悪性新生物をいい、「上皮内新生物」、「肉腫」、「白血病」、「悪性リンパ腫」等の悪性しゅようを含みます。

(注2) 健康診断・がん検診・人間ドック(以下「健康診断等」といいます)を受けていた場合
①「健康診断等」で異常(要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療を含みます)を指摘されている場合は、医師の診察を受けたのち、具体的な疾病・症状を告知してください。
②再検査・精密検査の結果異常がなかった場合については、本質問事項を「いいえ」とご回答ください。

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」には告知が必要でず。傷病歴があり、「疾病・症状一覧表」に該当する方

★告知欄
次の質問事項についてご記入ください。「はい」または「いいえ」いずれかに○印をつけ、「はい」その内容を記入ください。

<質問事項> 被保険者について同種の補償を行う他の保険契約等(注)がありますか。
[「はい」の方は、同種の補償を行う他の保険契約等について、会社名・保険種類・保険金額等をご記入ください。欄が不足する場合は(別紙)式をして、会社名・保険種類・保険金額等を記載した別紙(様式を問いません)を添付してください。]

いいえ	(会社名) (保険種類) (保険金額)	(別紙)
-----	---------------------------	------

(注)「同種の補償を行う他の保険契約等」とは、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の損害保険の契約または共済契約をいいます。

代理告知者 被保険者との関係
署名 ()
特記事項

理容生活衛生同業組合	理事長	部 長	支 部 長	扱 者
------------	-----	-----	-------	-----

全理連療養補償共済制度 加入申込書兼健康状態告知書(医療補償コース)

パンフレット等を受領・確認し、全理連 療養補償共済制度(医療補償コース<医療保険基本特約・疾病保険特約・傷害保険特約・がん保険特約セット団体総合保険>)の加入を申込みます。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5頁に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」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、加入申込者、告知者、被保険者ともに同意します。この保険で補償されることとなる方が自らご記入ください。

● 加入申込者および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式サイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

損害保険ジャパン株式会社 宛

告知日	令和	年	月	日	加入日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---	-----	----	---	---	---

組合コード					支店コード					加入者番号				
加申者(親)氏名	<カタカナ> <漢字>				店名	<フリガナ> <漢字>				必ず本人がご署名ください。				
被保険者(加入者)氏名	<カタカナ> <漢字>				住所	<カタカナ> <漢字>(郵便番号 -) TEL (- -)				必ず本人がご署名ください。				
加入者区分		年号(該当に○印)		生年月日		★年齢(加入日時点)		★性別						
1組合員 2従業員 3家族		昭和S・平成H・令和R		年 月 日		満 歳		男 女 1 2						

※被保険者(保険の対象となる方)が15歳未満の場合は、被保険者ご本人に代わって、親権者が被保険者の健康状態等を記入し、加入申込書2枚目下部の代理告知者署名欄に被保険者との関係をご記入のうえ、ご署名ください。加入申込者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、加入申込者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。

加入日時点で該当する満年齢区分(A~G)を○印で囲んでください。

満年齢区分	月額掛金	満年齢区分	月額掛金
(A) 5~24歳	690円	(E) 65~69歳	4,880円
(B) 25~44歳	930円	(F) 70~74歳	6,810円
(C) 45~54歳	1,700円	(G) 75~79歳	9,000円
(D) 55~64歳	2,920円	以後の継続加入では、80~84歳 12,490円 85~89歳 17,180円 90歳~ 23,820円 となります。	

▼健康状態告知欄★ 以下の質問事項にご回答ください。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
(1) 告知日現在、入院中ですか。または告知日以降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。	いいえ はい (「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。※医師より「疾病・症状一覧表」I欄に記載の疾病・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。	いいえ はい (「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。※医師より「疾病・症状一覧表」II欄に記載の疾病・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。	いいえ はい (「はい」の方は下記の「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) 今までに、がん(悪性新生物をいいます。白血病、悪性リンパ腫を含みます。)・上皮内がんにより医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。※医師よりがん(悪性新生物)・上皮内がんの疑いの指摘を受けた場合を含みます。	いいえ はい (「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。告知日現在、妊娠中ですか。	いいえ はい (「はい」の方はご加入いただけません。)

疾病・症状一覧表

疾病群	I欄 (I欄に該当がある方はご記入いただけます。)	II欄 (II欄に○がある方は条件付きでご記入いただけます。)	疾病群	I欄 (I欄に該当がある方はご記入いただけます。)	II欄 (II欄に○がある方は条件付きでご記入いただけます。)	疾病群	I欄 (I欄に該当がある方はご記入いただけます。)	II欄 (II欄に○がある方は条件付きでご記入いただけます。)
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)	E群 脳血管・循環器関係の疾病	脳卒中(脳出血・脳こうそく(脳軟化)・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。) 心臓音動脈硬化症 動脈瘤	(高血圧症・静脈瘤)	I群 ご婦人の疾病		(子宮筋腫・子宮内腺症) (卵巣のう腫・不正出血) 乳腺症 (乳腺線維腫を含みます。)
B群 肝臓・胆のう・すい臓の疾病	肝硬変 慢性肝炎 肝臓大すい炎	(急性肝炎・胆のうのう) (胆石・胆のう炎)	F群 腰・脊椎の疾病	骨のしゅうよう性疾患	(腰痛症・変形性脊椎症) (ギックリ腰・椎間板ヘルニア) (骨粗しょう症) (後縦筋帯骨化症)	Z群 その他	糖尿病 紫斑病 結核性疾患(カリエスなど) 脳しゅうよう性悪性しゅうよう(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 ベーチネフト病 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(統合失調症・気分(感情)障害(躁うつ病、うつ病など)・悪性性(パニック)障害・心的外傷後ストレス障害(P.T.S.D)・アルコール依存など)	
C群 腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 エフローゼ 腎不全 副腎しゅうよう	(腎臓・膀胱・尿路の結石)	H群 眼の疾病		(白内障(緑内障)・網膜炎) (網膜症)			
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)	(肺臓炎・膿胸(ぜんそく) (気管支拡張症)・肺炎) (肺壊疽(自然気腫))						

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・症状名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。

★告知欄

次の質問事項についてご記入ください。「はい」または「いいえ」いずれかに○印をつけ、「はい」の場合にはその内容をご記入ください。

<質問事項> 被保険者について同種の補償を行う他の保険契約等(注)がありますか。「はい」の方は、同種の補償を行う他の保険契約等について、会社名・保険種類・保険金額等をご記入ください。欄が不足する場合は(別紙)に○をして、会社名・保険種類・保険金額等を記載した別紙(様式を問いません。)を添付してください。

はい	(会社名)	(保険種類)	(保険金額)	(別紙)
いいえ				

(注)「同種の補償を行う他の保険契約等」とは、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の損害保険のご契約または共済契約をいいます。

※被保険者(保険の対象となる方)が15歳未満の場合で、代理告知をされた親権者の方は被保険者との関係をご記入のうえ、ご署名ください。加入申込者ご本人以外のご家族(配偶者、子供、同居の家族(両親、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、加入申込者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。

代理告知者	被保険者との関係
署名	()

特記事項

理容生活衛生同業組合	理事長	部長	支部長	扱者
------------	-----	----	-----	----

【ご注意】

1. ★の事項は、ご加入にあたってお申し出いただく重要な事項（告知事項）です。
2. ★の事項が事実と相違している場合には「ご契約を解除させていただくこと」や「保険金をお支払いできないこと」がありますので、ご記入にあたっては十分ご確認ください。
3. 告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合や、条件付きでご加入いただく場合がありますので、ご了承ください。
4. ご契約内容を変更される場合は、変更日までにご連絡ください。
【詳しくは、パンフレットをご覧ください。】

◇でⅡ欄に該当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ついては、保険金をお支払いできません。

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
該当する疾病群に属するすべての疾病 ※例えばA群を補償対象外としてご加入いただく場合、表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。

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。また、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。