

## 総合福祉団体定期保険 被保険者告知書

以下に記載されたご確認事項は、告知の際にご確認いただきたい重要な事項です。  
告知を行う前に必ず被保険者ご自身でご確認ください。

### <告知に関する重要事項>

#### **1. 健康状態について、被保険者ご本人がありのままを告知してください。(告知義務)**

現在および過去の健康状態等について、ありのままをお知らせいただくことを告知といい、被保険者ご本人には告知をしていただく義務があります。生命保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に保障しあう制度です。したがって、初めから健康状態の良くない方等が無条件に加入された場合、保険料負担の公平性が保たれません。ご加入もしくは保険金額等の増額のお申込みにあたっては過去の傷病歴（傷病名・治療期間等）、現在の健康状態等につき「告知書」で当社がおたずねすることについて、事実をありのままに、正確にもれなくお知らせ（告知）ください。

#### **2. 生命保険会社の職員・代理店・契約者の職員等へお話しいただいても告知したことにはなりません。**

生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）・代理店・契約者等の職員等は告知を受領する権利がなく、口頭でお話しされても告知していただいたことにはなりません。告知をされる場合は、必ず「告知書」等の指定された書面にご記入のうえご提出ください。

#### **3. 傷病歴があった場合にも、全てのお申込みをお断りするものではありません。**

生命保険会社では、ご契約者間またはご加入者間の公平性を保つため、被保険者の現在および過去の健康状態等すなわち保険金等のお支払いが発生するリスクに応じた引受判断を行っております。傷病歴等がある場合でも、その内容によってお引受けすることがありますので、ありのままを正確にもれなく告知してください。

※告知書等への傷病歴等の記入の有無にかかわらず、当社で保有するお客様情報により、お申込みをお断りすることがあります。

#### **4. 告知義務に違反された場合、ご契約を解除させていただき、保険金をお支払いできないことがあります。**

告知いただく事項は、告知書に記載しています。これらについて、故意または重大な過失によって事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合、責任開始日から1年以内であれば、「告知義務違反」としてご契約が解除されることがあり、保険金等が支払われない場合があります。また、既に払い込まれた保険料については、返金されない場合があります。

※なお、「告知義務違反」として解除される場合以外にも、保険金等が支払われない場合があります。例えば、「現在の医療水準では治癒が困難または死亡危険の極めて高い疾患の既往症・現症等について故意に告知をされなかった場合」等、告知義務違反の内容が特に重大な場合、詐欺による取消しを理由として、保険金等をお支払いできないことがあります。この場合、告知義務違反による解除の対象外となる1年経過後にも取消しとなる場合があります。また、取消しになった場合には既に払い込まれた保険料については返金されません。

※当表紙は「生命保険会社提出用」のコピーとあわせて大切に保管してください。

# 「被保険者告知書」の記入要領

- ◆ご記入いただく前に「告知に関する重要事項」および「個人情報の取扱いについて」を必ずお読みください。
  - ◆当帳票を印刷のうえ、黒ボールペンでご記入ください。（鉛筆・消えるボールペンは使用できません。）
  - ◆告知日（記入日）を含め太線のわく内はもれなく記入してください。
  - ◆誤って記入された場合は、二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。
- なお、訂正箇所には訂正署名（被保険者氏名欄に自署いただいた方による自署）で訂正ください。
- ※「被保険者告知書」は、被保険者本人がご記入のうえ、団体事務担当者様へご提出ください。
- ※必ずコピーをとり、被保険者様控として大切に保存ください。

告知日 (記入日)	令和 5 年 2 月 10 日			
被保険者 氏 名	フリガナ	ヒマリ タロウ	性別	生年月日
	(自署)	向日葵 太郎	男	昭和 3 年 12 月 5 日

表紙の「告知に関する重要事項」および最終ページの「個人情報の取扱いについて」の内容に同意します。

「被保険者告知書」を記入する日を書いてください。（この日を告知日といいます。）

告知事項		1 か 2 のいずれかが「あり」のとき右記に詳細を記入																					
1	最近3ヶ月以内に医師の治療（診察・検査・指示・指導を含む）・投薬を受けたことがありますか。	あり	<table border="1"> <tr> <td>■病気やケガの名前①</td> <td>十二指腸かいよう</td> <td>■病気やケガの名前②</td> <td>高血圧症</td> </tr> <tr> <td>■治療・投薬（診察・検査・指示・指導を含む）を受けた年月または期間</td> <td>令和4年 10月～令和5年 1月</td> <td>■入院の有無</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>■入院の有無</td> <td>あり</td> <td>■手術の有無</td> <td>あり</td> </tr> <tr> <td>■手術の有無</td> <td>あり</td> <td>■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過</td> <td>完治</td> </tr> <tr> <td>■合併症・後遺症の有無</td> <td>あり</td> <td>■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過</td> <td>月2回通院・投薬をうけている</td> </tr> </table>	■病気やケガの名前①	十二指腸かいよう	■病気やケガの名前②	高血圧症	■治療・投薬（診察・検査・指示・指導を含む）を受けた年月または期間	令和4年 10月～令和5年 1月	■入院の有無	あり	■入院の有無	あり	■手術の有無	あり	■手術の有無	あり	■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過	完治	■合併症・後遺症の有無	あり	■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過	月2回通院・投薬をうけている
■病気やケガの名前①	十二指腸かいよう	■病気やケガの名前②	高血圧症																				
■治療・投薬（診察・検査・指示・指導を含む）を受けた年月または期間	令和4年 10月～令和5年 1月	■入院の有無	あり																				
■入院の有無	あり	■手術の有無	あり																				
■手術の有無	あり	■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過	完治																				
■合併症・後遺症の有無	あり	■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過	月2回通院・投薬をうけている																				
2	過去1年以内の病気やケガについておうかがいします。	なし	<table border="1"> <tr> <td>■手術の有無</td> <td>なし</td> <td>■手術の有無</td> <td>なし</td> </tr> <tr> <td>■手術の名前および部位等</td> <td>かいよう切除（内視鏡的止血術）</td> <td>■手術の名前および部位等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過</td> <td>完治</td> <td>■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過</td> <td>月2回通院・投薬をうけている</td> </tr> <tr> <td>■合併症・後遺症の有無</td> <td>あり</td> <td>■合併症・後遺症の有無</td> <td>あり</td> </tr> </table>	■手術の有無	なし	■手術の有無	なし	■手術の名前および部位等	かいよう切除（内視鏡的止血術）	■手術の名前および部位等		■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過	完治	■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過	月2回通院・投薬をうけている	■合併症・後遺症の有無	あり	■合併症・後遺症の有無	あり				
■手術の有無	なし	■手術の有無	なし																				
■手術の名前および部位等	かいよう切除（内視鏡的止血術）	■手術の名前および部位等																					
■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過	完治	■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過	月2回通院・投薬をうけている																				
■合併症・後遺症の有無	あり	■合併症・後遺症の有無	あり																				
ア	手術を受けたことがありますか。	あり																					
イ	継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。	あり																					
ウ	2週間以上にわたり、医師による治療（診察・検査・指示・指導を含む）・投薬を受けたことがありますか。	あり																					
3	過去1年以内に健康診断（*）または人間ドックの結果、異常を指摘されたことがありますか。 （要再検査・要精密検査・要治療の指導を含む）	あり	<table border="1"> <tr> <td>直近の測定時期</td> <td>令和5 年 1 月</td> </tr> <tr> <td>高血圧症</td> <td>最高 130 mmHg / 最低 70 mmHg</td> </tr> <tr> <td>高脂血症（脂質異常症）</td> <td>LDL コレステロール mg/dl / HDL コレステロール mg/dl / 中性脂肪 (TG) mg/dl / 総コレステロール (T-cho) mg/dl</td> </tr> <tr> <td>高尿酸血症・痛風</td> <td>尿酸 (UA) mg/dl / 後遺症 あり</td> </tr> <tr> <td>受診年月</td> <td>令和4 年 10 月</td> </tr> <tr> <td>検査名・部位</td> <td>肝機能数値</td> </tr> <tr> <td>検査結果（数値・所見）</td> <td>γGTP : 250 , AST (GOT) : 45 , ALT (GPT) : 30</td> </tr> <tr> <td>指摘内容</td> <td>要再検査 要精密検査 要治療</td> </tr> <tr> <td>再・精密検査の有無（時期・検査種類・結果・数値）</td> <td>あり → 詳細 令和4年12月再検査 γGTP : 100, AST (GOT) : 45, ALT (GPT) : 30</td> </tr> </table>	直近の測定時期	令和5 年 1 月	高血圧症	最高 130 mmHg / 最低 70 mmHg	高脂血症（脂質異常症）	LDL コレステロール mg/dl / HDL コレステロール mg/dl / 中性脂肪 (TG) mg/dl / 総コレステロール (T-cho) mg/dl	高尿酸血症・痛風	尿酸 (UA) mg/dl / 後遺症 あり	受診年月	令和4 年 10 月	検査名・部位	肝機能数値	検査結果（数値・所見）	γGTP : 250 , AST (GOT) : 45 , ALT (GPT) : 30	指摘内容	要再検査 要精密検査 要治療	再・精密検査の有無（時期・検査種類・結果・数値）	あり → 詳細 令和4年12月再検査 γGTP : 100, AST (GOT) : 45, ALT (GPT) : 30		
直近の測定時期	令和5 年 1 月																						
高血圧症	最高 130 mmHg / 最低 70 mmHg																						
高脂血症（脂質異常症）	LDL コレステロール mg/dl / HDL コレステロール mg/dl / 中性脂肪 (TG) mg/dl / 総コレステロール (T-cho) mg/dl																						
高尿酸血症・痛風	尿酸 (UA) mg/dl / 後遺症 あり																						
受診年月	令和4 年 10 月																						
検査名・部位	肝機能数値																						
検査結果（数値・所見）	γGTP : 250 , AST (GOT) : 45 , ALT (GPT) : 30																						
指摘内容	要再検査 要精密検査 要治療																						
再・精密検査の有無（時期・検査種類・結果・数値）	あり → 詳細 令和4年12月再検査 γGTP : 100, AST (GOT) : 45, ALT (GPT) : 30																						

太枠内の訂正箇所には、保険会社提出用と控えの両方に訂正署名をしてください。

告知事項1、2のア～ウ、3のそれぞれの質問に対して「なし」・「あり」のいずれかを○で囲んで下さい。

「あり」と答えた方は病名・症状等を詳しく記入してください。

複数の病気などがある場合も全て記入してください。

「高血圧症」「高脂血症」「高尿酸血症」「痛風」の方は最近の検査値等をもれなく記入してください。

告知内容によっては最近の健康診断結果等をご提出いただく場合があります。

## ● 治療（診察・検査・指示・指導を含む）とは

医師の診察・検査を受けた結果、再検査をすすめられること、治療・投薬・入院・手術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いいます。

## ● 2週間以上にわたりとは

一連の病気やけがで、医師の治療（診察・検査・指示・指導を含む）や投薬を受け、転医・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間で、医師の管理下にあった期間をいいます。（実際の診療日数ではありません。）

## ● 告知いただく病名の例

- ・狭心症、心筋こうそく、心臓弁膜症、先天性心臓病、心筋症、高血圧症
- ・脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）、脳動脈硬化症
- ・精神病、神経症、てんかん、自律神経失調症、アルコール依存症
- ・ぜんそく、慢性気管支炎、肺結核
- ・胃かいよう、十二指腸かいよう、かいよう性大腸炎、すい臓炎
- ・肝炎、肝硬変、肝機能障害、腎炎、ネフローゼ、腎不全
- ・緑内障、網膜の病気、角膜の病気
- ・がん、肉腫、白血病、しゅよう、ポリープ
- ・糖尿病、リウマチ、こぶげん病、貧血症、紫斑病、高脂血症
- ・子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣のう腫、乳腺症 等

総合福祉団体定期保険 被保険者告知書

コピーをとり、被保険者様控として大切に保管ください。

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

総合福祉団体定期保険の申込みに際し、提出される本帳票に記載の個人情報の取扱いについて、被保険者の同意を得て下記のとおり告知いたします。下記の告知事項は事実と相違ありません。もし、事実と相違した場合には、契約の一部または全部を解除されても異議ありません。

団体名

告知日 (記入日)	令和 年 月 日		
被保険者 氏名	フリガナ (自署)	性別	生年月日
	表紙の「告知に関する重要事項」および最終ページの「個人情報の取扱いについて」の内容に同意します。		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女

**告知事項**

- 告知事項は被保険者ご本人が、告知日（記入日）現在の状況のありのままをもれなく正確にご記入してください。
- 最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことを確認してください。ありのままもれなく告知をされないと保険金等が支払われない場合がありますので、十分にご注意ください。

1	最近3ヶ月以内に医師の治療（診察・検査・指示・指導を含む）・投薬を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	■病気やケガの名前① ■病気やケガの名前② ■治療・投薬（診察・検査・指示・指導を含む）を受けた年月または期間 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月 ■入院の有無 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし [入院期間] 年 月～ 年 月 [入院期間] 年 月～ 年 月 ( ) 日間 ( ) 日間 ■手術の有無 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし [手術の名前および部位等] ■手術の有無 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし [手術の名前および部位等] ■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過 ■検査結果・治療内容・投薬状況・症状経過 [完治（経過観察中を除く）している場合は終診年月をご記入ください] [終診年月] 年 月 [終診年月] 年 月 ■合併症・後遺症の有無 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし ■合併症・後遺症の有無 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし 【高血圧症、高脂血症、高尿酸血症、痛風の場合、医療機関で測定した数値等をご記入ください。】 直近の測定時期 年 月 血圧値 最高 mmHg 最低 mmHg LDL コレステロール mg/dl 中性脂肪 (TG) mg/dl HDL コレステロール mg/dl 総コレステロール (T-cho) mg/dl 尿酸 (UA) mg/dl 後遺症 <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	過去1年以内の病気やケガについて おうかがいします。		
2	ア 手術を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	イ 継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
ウ	2週間以上にわたり、医師による治療（診察・検査・指示・指導を含む）・投薬を受けたことがありますか。	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	

3	過去1年以内に健康診断（*）または人間ドックの結果、異常を指摘されたことがありますか。 （要再検査・要精密検査・要治療の指導を含む）	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	3が「あり」のとき 右記に詳細を記入
	（*）健康診断とは、健康維持および病気の早期発見のための診察・検査をいいます。		
	検査名・部位		
	検査結果 (数値・所見)		
	指摘内容	<input type="radio"/> 要再検査 <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要治療 その他 ( )	
	再・精密検査の有無 (時期・検査種類・結果・数値)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり → ( )                 詳細	

本社受付日	点検	決定

保険会社使用欄	証券番号	
	被保険者番号	

## 総合福祉団体定期保険 被保険者告知書 別紙

### 個人情報の取扱いについて（保険契約者と生命保険会社からのお知らせ）

この「被保険者告知書」に記載の個人情報（氏名、性別、生年月日、健康状態等）〔以下、個人情報〕は、保険契約者が取得し、保険契約を締結する生命保険会社（共同取扱会社を含みます。以下同じ。）へ提出いたします。

（追加でご提出をお願いすることがある「健康診断結果」等の個人情報も同様です。）保険契約者は、当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのために使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、再保険契約の締結、再保険金の請求、当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、その他保険に関連・付随する業務のために利用（注）し、また、保険契約者、他の生命保険会社、再保険会社、生命保険会社の募集代理店を含む委託先に提供する場合、医療機関などの関係先（医師・契約確認会社等）に業務上必要な照会を行う場合、再保険契約の締結や再保険金の受領等のために、国内外の再保険会社に必要な個人情報を提供する場合（再保険会社が国内外の別の再保険会社へ情報を提供する場合も含みます。）、法令に基づく場合、生命保険会社の国内外のグループ会社・提携会社との間で共同利用を行う場合に上記目的の範囲内で提供します。また、これらのものから個人情報の提供を受けることがあります。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き保険契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。今後、引受保険会社を変更する場合には、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。

（注）個人情報のうち保健医療等のセンシティブ情報（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。

※当別紙は「生命保険会社提出用」のコピーとあわせて大切に保管してください。