

<がん・日ごろ>
どちらもご加入の場合 記載例

- 必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- 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。

手をつなぐおたすけプラン 加入依頼書 (兼健康状態告知)

【共通】
全国手をつなぐ育成会連合会 御中
損害保険ジャパン株式会社 宛
申込人(加入者)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/)に掲載の個人情報取扱いに同意します。

申込日	令和 5 年 X 月 X 日	加入日	令和 5 年 X 月 1 日
支部名	K08 東京都		
会員名	S21 全育 花子		

フリガナ	S01 トウキョウトシジヨウケンジシジヨウ1-1-1
住所	K01 東京都新宿区西新宿1-1-1
フリガナ	S07 ゼンク ハナコ
氏名	K05 全育 花子

加入者ご署名
またはご捺印欄
告知書などの内容を確認し、個人情報取扱いに同意のうえ、加入を依頼します。
署名欄(法人の場合はご捺印)

加入者ご署名 またはご捺印欄	全育 花子	訂正(あり)
生年月日	S13 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 X 年 X 月 X 日生	
TEL	S04 090 (2345) 6789	

顧客番号(電話番号)
S22 9023456789 (ハイフン除く) ※携帯電話の場合は頭の「0」を除く。

住所	〒 - ※加入申込人住所に同じ場合は記入不要				
フリガナ	S00	★性別	S09	★職業・職種名	K09
氏名	K01 全育 太郎	①男 ②女		会社員	
生年月日	S03 ③昭 ④平 ⑤令 X 年 X 月 X 日生	年齢(加入日時点)	満21歳		
加入申込人との関係	V02 ①本人 ②配偶者 ③子供 ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他同居親族				

<日ごろ> 傷害総合保険

がんと一緒に加入または中途加入の場合

加入コース・保険料	
月払保険料	B00 型 D40 円 B00 型 D40 円 N12 型 D40 円 490 円 N12 型 D40 円 620 円
即時保険料	DA1 円 DA1 円
一時払保険料	B02 型 D42 円 B02 型 D42 円 N1 型 D42 円 5,200 円 N1 型 D42 円 6,770 円

日ごろのみご加入の場合
*中途加入時、一時払不可

<がん> ご希望の加入コース・保険料を記入ください。

加入コース	月払保険料	即時保険料
B04 G1 型 G2 型 G3 型	DA4 550 円 DA5 円	円
加入者合計保険料	S42 円	即時合計保険料
	円	DA6 円

告知日(ご記入日)	令和 5 年 X 月 X 日
告知者署名	全育 太郎
代理告知者署名	全育 花子 被保険者との関係(母)

告知日(ご記入日) 令和 5 年 X 月 X 日
告知者署名 全育 太郎
代理告知者署名 全育 花子 被保険者との関係(母)

1	今までにがん(※1)「上皮内がん」で医師の診察、検査、治療または投薬を受けたこと、医師にがんを指摘されたこと、または健康診断・がん診断・人間ドックでがんを指摘されたことがありますか。	いいえ	はい
2	告知日現在から過去2年以内に、<別表>記載の疾病により、医師の診察、検査、治療または投薬を受けたこと、医師に病気を指摘(※2)されたこと、または健康診断・がん診断・人間ドックで要治療・要精密検査・1年以内の要再検査のいずれかを指摘されたことがありますか。	いいえ	はい
3	他の保険契約または共済契約(※3)に加入している場合、今回ご契約の保険金額との合計が、次の金額を超えていますか。 ◆がん診断保険金: 300万円 ◆がん入院保険金: 日額30,000円	いいえ	はい

★以下の質問事項にご回答ください。いずれか1つでも該当がある場合はご加入いただけません。

【別表】告知される方(被保険者)にご認識している疾病・症状名が<別表>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は告知が必要です。傷病歴があり、<別表>に該当するが不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。	
ポリープ・しみょう等	ポリープ(良性、悪性、性状不詳または不明を含みます。) 結節(しみょう(腫瘍) 多発性ポリープ(ポリポース) 異形成
食道・胃腸の疾病	食道・十二指腸・食道・胃腸のいぼ 憩室 胃腸炎 胃腸がん 食道がん 胃がん GIST(ジスト)
肝臓・胆膵の疾病	肝臓炎、肝不全、肝硬、肝臓大、肝のうよう、肝臓腫瘍(入院や治療を伴うもの)、胆のう袋、慢性すい炎、すい臓がん
腎臓・泌尿器の疾病	腎臓がん
腎臓以外の泌尿器の疾病	腎臓がん以外の泌尿器の腫瘍、腎臓がん以外の泌尿器の腫瘍、腎臓がん以外の泌尿器の腫瘍
女性の疾病	子宮頸がん、卵巣がん、子宮体がん、子宮頸がん以外の子宮がん、卵巣がん以外の卵巣がん
その他	白血病 出血(悪性) 不正出血(痔瘻・吐血・下血) 血腫(鉄欠乏性貧血を除く) 皮膚癌(多発性) びらん、しこり 異腫、アルツハイマー病

★他の保険契約等	告知日	告知日(ご記入日)
告知日(ご記入日)とは、この保険契約の告知または一括して告知する日です。告知日(ご記入日)とは、この保険契約の告知または一括して告知する日です。	告知日(ご記入日)	告知日(ご記入日)
(※1)告知される方(被保険者)にご認識している疾病・症状名が<別表>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は告知が必要です。傷病歴があり、<別表>に該当するが不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。	告知日(ご記入日)	告知日(ご記入日)
(※2)告知される方(被保険者)にご認識している疾病・症状名が<別表>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は告知が必要です。傷病歴があり、<別表>に該当するが不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。	告知日(ご記入日)	告知日(ご記入日)
(※3)告知される方(被保険者)にご認識している疾病・症状名が<別表>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は告知が必要です。傷病歴があり、<別表>に該当するが不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。	告知日(ご記入日)	告知日(ご記入日)

前頁からの続き	S27 ①
---------	-------

告知日をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

(代理告知の場合)
代理告知の場合には、代理告知をされる方が、被保険者の健康状態等をご確認のうえ、「告知者署名」欄に代理告知をされる方の被保険者との関係をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

すべての質問事項について「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。
※1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。

「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。

ご自身の電話番号が顧客番号となります。
※携帯番号の場合は頭の「0」を除いて記載ください。

<日ごろ>
ご希望の加入コース・保険料に○を記入ください。