

<がん>のみ
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。

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。

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 ユクニシジ ユク1-1-1
住所	K01 東京都新宿区西新宿1-1-1
フリガナ	S07 ゼンイク ハナコ
氏名	K05 全育 花子

告知書等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

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	S10
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	B00 型 D40	B00 型 D40
	月払保険料	N12 490 円	NB12 620 円
日ごろのみご加入の場合 *中途加入時、一時払不可	加入コース・保険料	B02 型 D42	B02 型 D42
	一時払保険料	N1 5,200 円	NB1 6,770 円

<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	550 円	円
加入者合計保険料	即時合計保険料	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。

ポリプ・しみよう等	ポリプ・しみよう(良性、悪性、性状不詳または不明を含みます。)	結節・しみりゅう(腫瘍)	多発性ポリプ(ポリポシス)	異形成
食道・胃腸の疾病	食道・十二指腸・食道・十二指腸のいぼ	膵臓腫瘍	かいよう性大腸炎	食道癌・胃癌
肝臓・胆膵の疾病	肝臓腫瘍、肝不全、肝硬変、肝臓大、肝のうよう、肝機能障害(入院や治療を伴うもの)、胆のう腫、慢性すい炎、すいろう腫	膵臓腫瘍	膵臓腫瘍	膵臓癌
腎臓・泌尿器の疾病	腎臓腫瘍	腎臓腫瘍	腎臓腫瘍	腎臓癌
腎臓以外の泌尿器の疾病	腎臓以外の泌尿器の腫瘍	腎臓以外の泌尿器の腫瘍	腎臓以外の泌尿器の腫瘍	腎臓以外の泌尿器の腫瘍
女性の疾病	子宮頸部がん、子宮体部がん、卵巣がん、子宮筋腫、子宮内膜症	子宮頸部がん	子宮体部がん	卵巣がん
その他	白血病、出血(悪性)、不正出血、痔瘻、吐血、下血、血尿、貧血(鉄欠乏性貧血を除く)、皮膚癌(多発性悪性)、びらん、しこり、異腫、アルツハイマー病	白血病	出血(悪性)	不正出血、痔瘻、吐血、下血、血尿、貧血(鉄欠乏性貧血を除く)、皮膚癌(多発性悪性)、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	告知者署名
告知日	令和 〇 平成 年 月 日	告知者署名
告知者署名	告知者署名	告知者署名
告知者署名	告知者署名	告知者署名

前頁からの続き	S27 ①
---------	-------

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。