

# <がん・日ごろ> 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の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 トウキョウトシシジョクケンシシジョク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、個人情報取扱の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)  
 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 ★職業・職種名  
 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 D00 型	B00 型 D00 型	B00 型 D00 型
月払保険料	N12 490 円	NB12 620 円	
即時保険料	DA1 円	DA1 円	
一時払保険料	B02 型 D02 型	B02 型 D02 型	
	N1 5,200 円	NB1 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	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(※2)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(※2)がん診断(人間ドック)で治療(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

(※1)悪性新生物をいいます。日帰入院、療養病室を含みます。  
 (※2)経膈針検を含みます。  
 (※3)他の保険契約または共済契約とは、医療保険、がん保険、傷害保険、各種障害の入院特約等。この保険の全額または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

ポリプ(みょうもよう等)	ポリプ(しめよう(良性、悪性、性状不詳または不明を含みます。)) 結腸(しめりゅう(悪性) 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(胃門)のいぼ 憩室 胃がん(胃がん) 胃腸炎 胃潰瘍 胃がん(胃がん) GIST(ジスト)
肝臓のうすい膜の疾病	肝臓炎、肝不全、肝硬、肝腫大、肝のうすい、肝機能障害(入院や治療を伴うもの)、胆のうすい、慢性すい炎、すいろう病
腎臓・泌尿器の疾病	
腎臓支那の疾病	
女性の疾病	子宮癌(子宮頸がん) 卵巣癌(卵巣がん) 子宮内膜癌(子宮がん) 子宮筋腫(子宮筋腫)
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)
(1)他の保険契約(※1)とは、この保険契約の全額または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。 (2)傷害総合保険、健康障害保険、補償傷害保険、補償障害保険等。この保険契約の全額または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。 (3)団体用傷害保険の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種障害の入院特約等。この保険契約の全額または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。	告知日	告知日(ご記入日)
	告知日	告知日(ご記入日)
	告知日	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。