

生命医療共済 告知書

〈注意事項〉

- ①この書面による告知は、本共済への加入についての諾否を決定するための重要な事項です。必ず加入者ご本人がありのままを正確に漏れなくご記入ください。万が一、加入者本人以外の方が記入された場合であってもその記入された内容については、加入者本人が同意されているものとみなします。
- ②ご記入された内容が事実と相違していた場合には、ご契約が解除されたり、共済金の支払いを受けられないことがあります。
- ③加入者本人又は申込者が、暴力団関係者やその他の反社会的勢力に該当すると認められた場合には、ご契約が解除されたり、共済金の支払いを受けられないことがあります。

この書面に私が記入した告知事項は、事実と相違ありません。

告知日 平成 年 月 日

↑必ずご記入ください。

フリガナ
ご契約者名

↑必ずご記入・ご捺印ください。

※太枠線内をご記入ください。該当するものについては「はい」、該当しないものについては「いいえ」に○を付けてください。

※健康告知内容の質問事項に該当する方は、ただちにはお申込みいただけません。

加入者告知欄

| | お名前（フルネーム） | お名前（フルネーム） | お名前（フルネーム） | | | | |
|---|---|------------|------------|----|-----|----|-----|
| 1 | 申込日以前の3ヵ月間に病気やケガ（軽い風邪や、手足の骨折・打撲等のケガを除く。）のために、医師等の診察、治療（入院・通院・手術）、投薬を受けたことがある。 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| 2 | 病気やケガ（種類、程度は問いません。）のために、今後、入院または手術を勧められている。 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| 3 | 病気やケガ（軽い風邪や、手足の骨折・打撲等のケガを除きます。）のために医師等（*1）により、将来にわたる検査、経過観察等の指導または注意を受けている。 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| 4 | 申込日以前の1年間に病気のために、手術または継続して7日以上入院をしたことがある。 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| 5 | 身体に残る障害や先天性の病気により、日常生活・家事・業務に他人の介護（手助け）や機器の使用を要する状態である。 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| 6 | 慢性疾患（*2）のため、医師等の治療を受けている、患っている、または医師等にその治療を勧められている。 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |

（*1）「医師等」とは、医師および接骨医・針・灸・マッサージ師・鍼灸施術師等をいいます。

（*2）慢性疾患とは次に掲げる疾患等をいいます。

- 悪性新生物（癌・肉腫・筋腫・白血病等）●胃および腸の潰瘍（胃潰瘍・十二指腸潰瘍等）●心臓疾患●肺疾患（肺炎・肺結核等）●脳血管疾患（脳出血・脳血栓・脳こうそく・くも膜下出血・脳動脈瘤等）●腎臓疾患（腎不全・腎炎・ネフローゼ等）●肝臓・すい臓等の内臓疾患（肝炎・肝硬変・すい炎等）●糖尿病およびその他代謝障害●精神病およびアルコール中毒（統合失調症・認知症等）●骨髄および神経疾患（骨髄炎・髄膜炎・脳性麻痺等）●血管および血液疾患（血友病・動脈硬化症・狭心症・心筋こうそく等）●気管支炎・肺炎腫●耳鼻および眼疾患●厚生労働省が指定する特定疾病医療費公費負担の対象となる疾患（パーキンソン病・パーキンソン病等）

記入例

福井県地域共済生活協同組合 御中 生命医療共済 告知書

契約番号

この書面に私が記入した告知事項は、事実と相違ありません。

告知日 平成 28 年 4 月 1 日

フリガナ キョウサイ タロウ
ご契約者名 共済 太郎

加入者告知欄

| | お名前（フルネーム） | お名前（フルネーム） | お名前（フルネーム） | | | |
|---|------------|------------|------------|-----|----|-----|
| 1 | 共済 太郎 | 共済 花子 | | | | |
| 2 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| 3 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| 4 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| 5 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |
| 6 | はい | いいえ | はい | いいえ | はい | いいえ |

（*1）「医師等」とは、医師および接骨医・針・灸・マッサージ師・鍼灸施術師等をいいます。

（*2）慢性疾患とは次に掲げる疾患等をいいます。

●悪性新生物（癌・肉腫・筋腫・白血病等）●胃および腸の潰瘍（胃潰瘍・十二指腸潰瘍等）●心臓疾患●肺疾患（肺炎・肺結核等）●脳血管疾患（脳出血・脳血栓・脳こうそく・くも膜下出血・脳動脈瘤等）●腎臓疾患（腎不全・腎炎・ネフローゼ等）●肝臓・すい臓等の内臓疾患（肝炎・肝硬変・すい炎等）●糖尿病およびその他代謝障害●精神病およびアルコール中毒（統合失調症・認知症等）●骨髄および神経疾患（骨髄炎・髄膜炎・脳性麻痺等）●血管および血液疾患（血友病・動脈硬化症・狭心症・心筋こうそく等）●気管支炎・肺炎腫●耳鼻および眼疾患●厚生労働省が指定する特定疾病医療費公費負担の対象となる疾患（パーキンソン病・パーキンソン病等）

◎告知日をご記入ください。

◎契約者のお名前（フリガナ）をご記入ください。忘れずにご捺印ください。※シヤチハタ等はご遠慮ください。

◎加入者（保障の対象となる方）のお名前をご記入ください。

◎質問事項にご回答ください。