

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。必ず加入者本人(被共済者)がありのままを正確にご記入ください。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。
加入者本人(被共済者)が満15歳未満の場合は、親権者(未成年後見人)がご記入ください。
- 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、共済金の給付を受けられないことがあります。
- ③ 加入者本人(被共済者)または申込者が、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、共済金のお支払いを受けられないことがあります。

▼下記の質問「1」から「7」について、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。

被共済者告知欄

※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。

		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
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
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
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日以上以上の入院をしたことがある。	はい	いいえ	はい
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
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。または健康診断、人間ドック、がん検診などの結果異常も含め、医師等にその治療を勧められている。	はい	いいえ	はい
7	ふくい共済が共済金をお支払いしない条件として指定した職業(*3)に従事している。または従事する予定がある。	はい	いいえ	はい

(*1) 「医師等」とは医師および接骨医(師)・針灸・マッサージ師・磁気施術師等をいいます。審査時は各施設での既往歴等を確認いたします。

(*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) ●心臓疾患(心筋梗塞・狭心症・心臓弁膜症・先天性心疾患・心筋症・上室性頻拍・心房細動等) ●胃および腸の潰瘍(胃潰瘍・十二指腸潰瘍等) ●GIST・カルチノイド ●肺疾患(肺炎・気管支炎・肺気腫・肺結核等) ●脳血管疾患(脳出血・脳血栓・脳梗塞・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・脂肪肝・すい炎等) ●肝炎ウイルスキャリア(発症のない感染者) ●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・薬物中毒(統合失調症・認知症等) ●骨髄および神経疾患(骨髄異形成症候群・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) ●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(パーチェット病・クローン病・パーキンソン病等) ●以上の症状に関わる各種健康検診の異常

(*3) 共済金をお支払いしない条件として指定した職業

- テストパイロット・テストドライバー・テストライダー等 ●競馬・競輪・オートレース・競艇などの職業競技 ●力士・拳闘家・プロレスラー・プロスキーヤー等 ●坑内・隧道内作業等 ●スタントマン・レスキュー隊員 ●サーカス・軽業師・曲芸等 ●猛獣を取扱う作業等 ●ゴンドラ等を使用する3階建て以上の建物の窓ふき業 ●その他この組合が別に指定する職業

太枠内は必ずご記入の上、ご捺印ください。

この書面に私が記入した告知内容は、事実と相違ありません。

告知日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

◎契約者が未成年(満20歳未満)の場合には、親権者(未成年後見人)がご署名ください。

ご契約者	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	満 歳
	フリガナ					
印						

親権者	フリガナ
続柄()	印