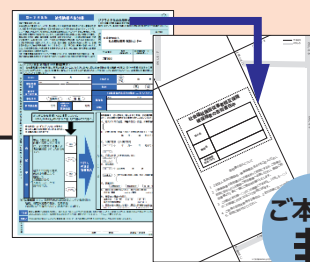


# 社会福祉施設従事者相互保険 告知欄「はい」の場合のお取扱い

「新規加入」または「増額」の方は、「加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)」の「告知欄」の『いいえ』・『はい』いずれかに○印をご記入ください。



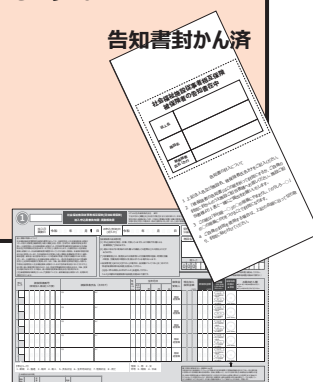
告知欄の『はい』に○印を付けられた方は、記入見本をご参照のうえ「被保険者の告知書」に詳細な告知をご記入いただき、ご記入者ご本人が封かんのうえ、施設ご担当者様にお渡しください。



封かんした「被保険者の告知書」は、「加入申込書兼告知書・異動報告書(1表)」とともに、施設ご担当者様より従事者相互保険事務局にご送付ください。告知書原本により加入諾否の査定を行います。

記入もれ等不備がある場合は、再度ご提出いただくため加入月が遅れる場合がございますのでご注意ください。

告知書封かん済



査定の結果  
「承諾通知」または「不承諾通知」を送付いたします。

《ご記入要領》

- この書面による告知は、加入をお引受けするかどうかを決める重要な事項です。
  - お申込者ご本人が告知日現在の状況をありのままに正確にもれなくご記入ください。
  - 誤ってご記入された場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
- なお、訂正箇所には被保険者本人のお名前（サイン）をご記入ください。

団体定期保険 被保険者の告知書

《個人情報の取り扱い》

本保険契約の運営にあたっては、契約者は加入対象者（被保険者）の個人情報を取扱い、契約者が保険契約を締結する生命保険会社（共同取扱会社を含みます。以下同じ。）へ提出いたします。契約者は、本保険の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金の支払い、その他保険に関連・付随する業務のため利用（注）し、また、この目的の範囲内で契約者、他の生命保険会社および再保険会社に提供します。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。

なお、引受保険会社は今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。

（注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

この欄は試験センター使用欄ですので記入・押印しないでください。

事実と相違ないことを除かれても異議ありません。

公益財団法人  
社会福祉振興・試験センター

県コード、施設種類コード、事業所コードをご記入ください。

団体番号	県コード (管理番号1)	施設種類コード (管理番号2)	事業所コード (管理番号3)
79166	00013	00202	1111111

「被保険者の告知書」を記入する日をご記入ください。

＜加入対象者（被保険者）の同意確認事項＞

告知書記載の告知事項は、事実と相違ないこと、ならびに告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げられたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧められたことはないことを誓約するとともに、本帳票に記載の個人情報の取り扱いについて同意します。

告知日	2022年 4月 7日	生年月日	昭和 55年 5月 5日
被保険者氏名 (カタカナ)	イワモト イチロウ	性別	男
勤務先 または所属	特長) 鶴峰苑	*被保険者が未成年の場合	
申込区分	新規加入 ・ 増額	親権者	(セイ)
新保険金額	500万円	続柄	

告知事項1・2いずれか「はい」のときは、告知欄のA～Fの項目について傷病名、症状等をくわしくご記入ください。（複数の傷病等が該当する場合はすべてご記入ください。）

※つぎの告知事項1・2の項目について、「はい」「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。

告知事項1・2いずれも「いいえ」の場合は加入申込書の告知欄は「いいえ」が正当であり、告知書の提出は不要です。

1	申込(告知日)現在、休業・欠勤していますか。 また病気や外傷による就業制限がありますか。	いいえ
2	過去1年以内に病気または外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。	はい

太枠内を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ、必ずすべての箇所に被保険者本人のお名前（サイン）をご記入ください。

岩本

「はい」の場合右欄記入

告知事項1または2が「はい」の場合は、この欄に詳しくご記入ください。また複数の傷病がある場合も全てご記入ください。

A. 病気やケガの名前、障害の部位・内容、休業事由等

十二指腸かいよう

B. 治療（診察・検査・指示・指導を含みます）・投薬期間

2021年10月～2021年12月まで（80日間）

C. 入院の有無 ◎入院の期間

あり ⇒ 2021年11月～2021年12月まで（20日間）

D. 手術の有無 ◎手術の名前、部位

あり ⇒ かいようの手術(十二指腸)

E. 症状経過

完治 ⇒ 最終年月 2021年 12月

F. 就業状況

正常就業中

G. 高血圧症の場合のみ記入（最近の血圧数値）

血圧値（最高 mmHg/最低 mmHg）

H. 糖尿病の場合のみ記入

治療方法 投薬 注射 食事

直近の空腹時血糖値（ mg/d l ）

I. 肝臓疾患の場合のみ記入（最近の肝機能検査数値）

GOT ( IU/l) GPT ( IU/l) γ-GTP ( IU/l)

G～Iの項目は、告知欄Aに「高血圧症」、「糖尿病」、「肝臓疾患」について記載された場合のみ、それぞれの箇所に最近の検査値をご記入ください。

ご注意 最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことをご確認ください。事実を記入されなかつた場合は、保険金等のお支払ができない場合がありますので、十分にご注意ください。

お願い 告知内容はお申込みにあたり重要事項ですので、本告知書のお控えをお取り頂くことをおすすめいたします。

生保処理欄

承諾 謝絶 承認日・承諾者 受付日

《個人情報取り扱い》

本保険契約の運営にあたっては、契約者は加入対象者(被保険者)の個人情報を取扱い、契約者が保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提出いたします。契約者は、本保険の運営において入手する個人情報を、本保険の事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金の支払い、その他保険に関連・付随する業務のため利用(注)し、また、この目的の範囲内で契約者、他の生命保険会社および再保険会社に提供します。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。なお、引受保険会社は今後変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。

(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

この告知書に記載の事項は被保険者本人が記入し、事実と相違ないことを誓約します。もし事実と相違した場合には契約を解除されても異議ありません。

保険契約者	公益財団法人 社会福祉振興・試験センター (印)		
	団体番号	県コード (管理番号1)	施設種類コード (管理番号2)
	79166		事業所コード (管理番号3)

太枠内は、申込者ご本人が告知日現在の状況をありのままに正確にもれなくご記入ください。

＜加入対象者(被保険者)の同意確認事項＞

告知書記載の告知事項は、事実と相違ないこと、ならびに告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げられたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧められたことはないことを誓約するとともに、本帳票に記載の個人情報の取り扱いについて同意します。

告知日	年 月 日	生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者氏名 (カタカナ)	(セイ) (メイ)	性別	男	女
勤務先 または所属	*被保険者が未成年の場合にご記入ください			
申込区分	新規加入	増額	親権者	(セイ) (メイ)
新保険金額	万円	*増額の場合 既加入 保険金額	続柄	万円

※つぎの告知事項1・2の項目について、「はい」「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。

告知事項1・2いずれも「いいえ」の場合は加入申込書の告知欄は「いいえ」が正当であり、告知書の提出は不要です。

告知事項	1	申込(告知日)現在、休業・欠勤していますか。また病気や外傷による就業制限(*)がありますか。	いいえ
	2	過去1年以内に病気または外傷により継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。	いいえ
			はい

「はい」の場合右欄記入

(\*)「就業制限」とは、勤務先または医師等により労働時間の短縮、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。

告知事項1または2が「はい」の場合は、この欄に詳しくご記入ください。また複数の傷病がある場合も全てご記入ください。

A. 病気やケガの名前、障害の部位・内容、休業事由等

B. 治療(診察・検査・指示・指導を含みます)・投薬期間

C. 入院の有無 ◎入院の期間

D. 手術の有無 ◎手術の名前、部位

E. 症状経過

F. 就業状況

G. 高血圧症の場合のみ記入(最近の血圧数値)

H. 糖尿病の場合のみ記入

I. 肝臓疾患の場合のみ記入(最近の肝機能検査数値)

ご注意 最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことをご確認ください。事実を記入されなかったり、事実と異なる記入がありますと、保険金等のお支払ができない場合がありますので、十分にご注意ください。

お願い 告知内容はお申込みにあたり重要事項ですので、本告知書のお控えをお取り頂くことをおすすめいたします。

生保処理欄	承諾	謝絶	承認日・承諾者	受付日
-------	----	----	---------	-----

↑↑ 折り線-3

2- 線(折) ↓↓

### 社会福祉施設従事者相互保険 被保険者の告知書在中

法人名	
施設名	
被保険者 氏名(カナ)	

#### 告知書の封入について

- 1 上記法人名及び施設名、被保険者氏名カナをご記入ください。
- 2 「被保険者の告知書」はこの紙を折って封筒にするか、ご自身の封筒に封かんの場合施設ご担当者様へお渡しください。施設ご担当者様より1表と一緒に提出をお願いいたします。
- 3 この紙は「折り線—○」の○の順番にやまおり、「のりしろ—○」の○の順番にのりをつけることで封筒になります。
- 4 ご自身の封筒を使用する場合は、上記の点線に沿って切り取り、封筒に貼り付けてください。

↑↑ 折り線-1

のりしろ-7

9- 線(折) ↓↓