

「被保険者の告知書」記入・提出方法について

【記入方法について】

記入いただく際は、5枚目「告知事項（質問事項）」と6枚目「被保険者の告知書」を左右に並べてください。そのうえで左の「告知事項（質問事項）」を確認のうえ、右の「被保険者の告知書」に告知内容を記入ください。

以下のとおり左右に並べて6枚目に記入ください

左

5 枚目

右

6 枚目

【提出方法について】

5枚目「告知事項（質問事項）」と6枚目「被保険者の告知書」の写しをとり、それぞれの原本を提出ください。
※5枚目「告知事項（質問事項）」も漏れなく提出をお願いします。

<ご注意ください>

当用紙を1枚目とし、印刷される順番に応じて2枚目～6枚目と記載しております。

正しく告知いただくために

- ・被保険者に正しく告知いただくための重要な事柄について記載しております。
- ・「被保険者の告知書」に記入いただく前に必ずご確認ください、内容をご理解のうえ、告知いただきますようお願いいたします。
- ・各項目のチェック欄は、内容確認の際に被保険者自身でご活用ください。
- ・ご記入後、「被保険者の告知書」のみシシ目で切り離してご提出ください。WEB上から取出しいただいた場合は、「告知事項（質問事項）」と「被保険者の告知書」の写しをとり、原本をご提出ください。また、当「正しく告知いただくために」および「告知事項（質問事項）」と「告知の控え」（「被保険者の告知書」の写し）は必ず被保険者がお受取りのうえ、大切に保管してください。

健康状態等について、被保険者ご本人があらのままを告知してください。（告知義務）

- ・生命保険は、多数の人々が保険料を出し合って、相互に保障し合う制度です。したがって、初めから健康状態のよくない方等が無条件にご加入されますと、保険料負担の公平性が保たれません。
- ・告知いただく場合には、過去の傷病歴（傷病名・治療期間等）、現在の健康状態、身体の障がい状態等、「被保険者の告知書」で生命保険会社がおたずねすることについて、事実をあらのまま正確にもれなくご記入（告知）ください。
- ・告知にあたり、生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）が、傷病歴や健康状態等について、事実を告知いただかないよう依頼や誘導をすることはありません。

生命保険会社の職員等に口頭でお話しただけだけでは告知されたことになりません。

- ・告知をお受けできる権限（告知受領権）は、生命保険会社が有しています。必ず指定された書面（「被保険者の告知書」）にて告知いただくようお願いいたします。
- ・生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）・団体事務担当者等に口頭でお伝えまたは資料提示されただけでは告知いただいたことにはなりませんので、ご注意ください。

傷病歴等があった場合でも、全てのご加入・増額等のお申込みをお断りするものではありません。

- ・生命保険会社では、契約者間の公平性を保つため、被保険者の健康状態等に応じたお引受けの判断を行っていますが、傷病歴等があった場合でも、その詳細やお申込内容、ご請求内容によってはお引受けすることがあります。
 - ・傷病歴等を告知された場合には、後日、追加で詳しい告知をお願いしたり、「健康診断結果」や「医師による診断書」のご提出をお願いすることがあります。
- ※「被保険者の告知書」への傷病歴等の記入の有無にかかわらず、当社で保有するお客様情報により、ご加入もしくは増額等をお断りすることがあります。

告知義務に違反された場合は、ご加入・増額等のお申込内容を解除させていただき、給付金等をお支払いしないことがあります。

- ・告知いただく事項は、「被保険者の告知書」に記載しています。もし、これらについて、故意または重大な過失によって、事実を告知しただけなかったり、事実と異なることを告知された場合、責任開始日から1年以内であれば、生命保険会社は「告知義務違反」としてお申込みいただいた内容を解除することがあります。（※）
- ・責任開始日から1年を経過していても、給付金等のお支払事由が1年以内に発生していた場合には、お申込みいただいた内容を解除することがあります。
- ・お申込みいただいた内容を解除した場合には、給付金等のお支払事由が発生していても、これをお支払いすることはできません。また、すでにお払込みいただいた保険料は払戻しません。（ただし、給付金等のお支払事由の発生が解除の原因となった事実に基づかない場合には、給付金等のお支払いをいたします。）
- （※）告知にあたり、生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）が、傷病歴や健康状態等について告知をすることを妨げた場合、告知をしないことを勧めた場合、または事実と異なることを告げることを勧めた場合、生命保険会社はお申込みいただいた内容を解除することはできません。こうした、生命保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）の行為がなかった場合でも契約者または被保険者が、生命保険会社が告知を求めた事項について、事実を告知しなかったかまたは事実と異なることを告知したと認められる場合、生命保険会社は、お申込みいただいた内容を解除することがあります。
- ※「告知義務違反」としてお申込内容を解除させていただく場合以外にも、給付金等をお支払いできないことがあります。例えば、「告知義務違反」の内容が特に重大な場合、上記に関わらず、詐欺による取消を理由として、給付金等をお支払いできないことがあります。この場合、すでにお払込みいただいた保険料は払戻しません。ただし、給付金等のお支払いにあたっては、責任開始の日からその日を含めて2年を経過した後に入院を開始したとき、手術を受けたときは、告知義務違反等によりご契約または特約が解除される場合を除き、その入院・手術等は責任開始日以降の原因によるものとみなします。

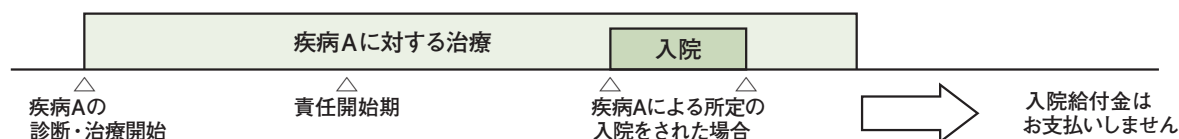
保険給付の原因となる傷病や不慮の事故が責任開始日より前に生じている場合は、その傷病や不慮の事故等について告知いただいた場合でもお支払いの対象にはなりません。

- ・次の給付金等のお支払いは、その原因となる傷病や不慮の事故が責任開始日以降に生じた場合に限りです。（原因となる傷病や不慮の事故が責任開始日より前に生じている場合には、お支払いの対象にはなりません。）

○入院給付金 ○手術給付金 ○入院療養給付金 ○放射線治療給付金 等

- ・原因となる傷病や不慮の事故が責任開始日より前に生じている場合は、過去の傷病歴（傷病名・治療期間等）、健康状態等について告知いただいているかどうかに関わらず、これらの給付金等はお支払いの対象となりません。

（例）責任開始日より前に疾病Aの治療を受けていた場合



- ・ただし、給付金等のお支払いにあたっては、責任開始の日からその日を含めて2年を経過した後に入院を開始し、または手術を受けたときは、告知義務違反等によりご契約または特約が解除される場合を除き、その入院・手術等は責任開始日以降の原因によるものとみなします。

後日、告知内容等を確認させていただくことがあります。

- ・生命保険会社の職員または生命保険会社で委託した者が、給付金等のご請求の際、お申込内容、告知内容、請求内容について、確認させていただくことがあります。また、被保険者を診療した医師等に対し、病状等について照会・確認させていただくことがあります。

告知に関してご不明な点がございましたら・・・

- ・「被保険者の告知書」の記入（告知）にあたって、ご不明な点がございましたら、パンフレット等に記載された団体事務担当者経由、担当サービスセンター・支社までご照会ください。
- ・「被保険者の告知書」の記入後に、記入もれ等が判明しましたら、団体事務担当者経由、担当サービスセンター・支社までご連絡ください。「被保険者の告知書」の追加・訂正をお申し出いただいた場合、お申し出いただいた内容のお引受けについて、再度検討させていただくことになります。
- ※生命保険会社に電話で連絡されただけでは告知いただいたことにはなりません。また、団体事務担当者では告知をお受けすることはできません。ご不明な点については、ご照会・ご確認いただき、ご理解いただいたうえで、告知いただくべき内容があれば、被保険者様ご本人が「被保険者の告知書」にご記入ください。

個人情報の取扱いについて

1. お客様からいただいた個人情報を以下の目的の範囲内で利用いたします。

- ・この「被保険者の告知書」に記載の個人情報（氏名・性別・生年月日・健康状態等）は、保険契約者である団体（以下、「契約者」といいます。）が取得し、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。）に提供します。（ご提出をお願いした医師の「健康診断結果証明書」や「診断書」等の個人情報も同様です。）
- ・契約者は、当該保険の運営において入手する個人情報を、本保険契約の事務手続きのために使用します。
- ・生命保険会社は、契約者から提供された個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金等の支払い、その他保険契約に関連・付随する業務のために利用し、契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。
なお、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。
- ・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。
なお、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、利用目的が限定されています。

お申込みいただいた内容をお引受けできなかった場合の情報管理について

お申込みいただいた内容をお引受けできない場合においても、お客様からいただいた個人情報は、お引受けできなかった理由に関わらず、当社において上記目的の範囲内で利用いたします。なお、提出いただいた告知書・診断書等の書類につきましては、お引受け可否に関わらず返却しませんので、あらかじめご了承ください。

2. 一般社団法人生命保険協会では、医療保険制度の健全な運営のために以下の制度を実施しています。

あなたのご契約内容が登録されます。

当社は、一般社団法人生命保険協会および一般社団法人生命保険協会加盟の他の各生命保険会社（以下「各生命保険会社等」といいます。）とともに、医療保障保険（団体型・個人型）契約〔医療保障保険（団体型）には新医療保障保険（団体型）、総合医療保険（団体型）を含みます。以下同じ。〕のお引受けの判断の参考とすることを目的として、「医療保障保険契約内容登録制度」に基づき、当社の医療保障保険（団体型・個人型）契約に関する以下の登録事項を共同して利用しております。

「医療保障保険契約内容登録制度」について

医療保障保険（団体型・個人型）契約のお申込みがあった場合、当社は、一般社団法人生命保険協会に、医療保障保険（団体型・個人型）契約に関する以下の登録事項の全部または一部を登録します。ただし、医療保障保険（団体型・個人型）契約をお引受けできなかったときは、その登録事項は消去されます。

一般社団法人生命保険協会に登録された情報は、同じ被保険者について医療保障保険（団体型・個人型）契約のお申込みがあった場合、一般社団法人生命保険協会から各生命保険会社等に提供され、各生命保険会社等において、医療保障保険（団体型・個人型）契約のお引受けの判断の参考とさせていただくために利用されることがあります。

なお、登録の期間およびお引受けの判断の参考とさせていただく期間は、契約日から医療保障保険（団体型・個人型）契約の消滅時までとします。

各生命保険会社等はこの制度により知り得た内容を、医療保障保険（団体型・個人型）契約のお引受けの判断の参考とする以外に用いることはありません。

また、各生命保険会社等は、この制度により知り得た内容を他に公開いたしません。

当社の医療保障保険（団体型・個人型）契約に関する登録事項については、当社が管理責任を負います。契約者または被保険者は、当社が定める手続きに従い、登録事項の開示を求め、その内容が事実と相違している場合には、訂正を申出ることができます。また、個人情報の保護に関する法律に違反して登録事項が取扱われている場合、当社の定める手続きに従い、利用停止あるいは第三者への提供の停止を求めることができます。各手続きの詳細については、当社にお問合せください。

【登録事項】

- | | | |
|--|------------------------------|--------|
| ①被保険者の氏名、生年月日および性別 | ②保険契約の種類（医療保障保険（団体型・個人型）） | ③治療給付率 |
| ④入院給付金日額 | ⑤保険契約の種類が医療保障保険（団体型）の場合、契約者名 | |
| ⑥保険契約の種類が医療保障保険（個人型）の場合、契約者の住所（市・区・郡までとします。） | ⑦契約日 | |

その他、正確な情報の把握のため、契約および申込みの状態に関して相互に照会することがあります。

※「医療保障保険契約内容登録制度」に参加している各生命保険会社名につきましては、一般社団法人生命保険協会ホームページ（<https://www.seiho.or.jp/>）の「加盟会社」をご参照ください。

「被保険者の告知書」記入要領

黒または青ボールペンで強くはっきりと楷書でご記入ください。(鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。)

1. 記入いただく前に必ずご確認ください。

「正しく告知いただくために」および「個人情報の取扱いについて」を被保険者にご確認いただき、正しく告知いただくことを当社に誓約いただく文言を記載しております。必ずこれらの内容をご確認いただいたうえで、告知書に自署・押印いただき、質問に正しくありのままご回答ください。

2. すべての項目を必ずご記入ください。

【留意点】

- 告知日は、必ず告知書を記入する日付をご記入ください。
- 印鑑は、申込書兼告知書に押印されたものと同一印を押印してください。
- 家族区分は「主たる被保険者から見た被保険者の続柄」をご記入ください。
- 【被保険者が満15歳未満の場合】親権者が親権者欄に署名・押印のうえ、被保険者について告知書にご記入ください。

3. 第1項～第5項の各項目中の質問について、一つでも該当する場合は「はい」に□印を、すべてに該当しない場合は「いいえ」に□印をしてください。

- 「健康診断」とは、健康維持および疾病の早期発見のための診察・検査をいいます。
(例)○企業・学校が行う定期健康診断
○採用時健康診断 ○自治体が行う検診等
- 健康診断または人間ドックを受診したものの、結果が未判明の場合、健康診断時の医師の問診結果（異常指摘の有無）に基づき告知してください。
(指摘ありは「はい」、指摘なしは「いいえ」に□印をしてください。)
- 過去2年以内に健康診断や人間ドックを受けていない方は、「いいえ」に□印をしてください。

2021.3.1版		(新)医療保障保険(団体型) 被保険者の告知書		ニッセイ提出用	
団体 記号証券番号 事業所コード	900 - 12345 12345	団体名 〇×商事株式会社	被保険者 番号	12345	
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、給付金等の支払いをしない場合があります。 ・太枠の欄は、必ず被保険者ご本人（被保険者が満15歳未満の場合は親権者）が、告知日現在の状況をありのままご記入ください。訂正される場合は、誤っている内容を二重線で抹消のうえ、訂正印（被保険者側の印）を押印し、正しい内容をご記入ください。（被保険者が満15歳未満の場合、訂正印は、親権者側の印を押印してください。）					
本生命保険相互会社 行		告知日 (記入日)	令和 1 年 5 月 25 日		
「告知事項（質問事項）【2021.3.1版】」の告知事項（質問事項）について、以下のとおり告知します。 また、本書面と併せて配付された「正しく告知いただくために」および「個人情報の取扱いについて」に記載の事項を確認し、同意します。		被保険者 (公的機関に提出 の氏名を記入)	プリナ ニッセイ タロウ 日生 太郎		
性別		☒ 男 ☐ 女			
生年月日		昭和 61 年 12 月 25 日			
親権者 (主たる被保険者 または被保険者の 親)		自署			
家族区分		☒ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ 兄弟姉妹			
詳細記入欄（3つ以上記載が必要な時は、新しい告知書に記入）					
病名やけがの 名前または症状 胆石 高血圧症					
診療・検査・治療 投薬の期間 平成31年 1 月から平成31年 2 月まで 平成31年 3 月から 年 月まで					
入院した期間 有 ⇒ 平成31年 1 月から 14 日間 無 ⇒ 年 月から 日間					
手術の有無 有 ⇒ (手術年月) 平成31年 1 月 無 ⇒ (手術年月) 年 月					
手術の名前 または部位・ 受傷の部位 胆のう					
検査結果・ 治療内容・ 投薬状況・ 経過 ●検査結果 人間ドックのエコー検査にて指摘を受け、 遠隔、手術となった。 ●治療内容・投薬状況・経過 遠隔後、経過観察となり2月に終診となった。 ●完治（経過観察中を除く）している場合 (終診年月日) 平成31年 2 月 20 日					
医療機関名					
血圧値 最高 128 mmHg / 最低 81 mmHg 血糖値 _____ mg/dl または HbA1c _____ %					
異常を 指摘された 臓器・検査 健康診断：人間ドック 平成31年 1 月 (検査項目) 胆のう (臓器) (検査項目) 健康診断：人間ドック 平成31年 3 月 (検査項目) 血圧値 (臓器)					
検査結果・ 指示内容 (再検査等 の結果を含 む) 要再検査 要精密検査 要治療 上記のとおり 上記のとおり					
部位 障がいの程度					
原因 時期 年 月					
※ 視力については、左右それぞれの矯正視力をご記入ください。					
ニッセイ生命保険相互会社 日本生命保険相互会社 K20-363					

4. 第1項～第5項の各項目中の質問のうち、一つでも「はい」に□印をされたときは、上の記入例を参考にして、右欄に詳細をご記入ください。

- 詳細の記入の代わりに入院証明書などをご提出いただいても、告知いただいたことになりません。
- 各項の詳細を記入する際、以下にご注意ください。

【第1項～第3項】

- ◆「医療機関名」欄へ受診した「医療機関名」をご記入ください。
(憶えている場合のみで結構です。)

【第4項】

- ◆「要再検査」「要精密検査」「要治療」の場合、右欄に、その後の状況（検査の有無、検査結果等）をご記入ください。

【第5項】

- ◆原因となった病気やけがなどが第1項～第3項に該当する場合は、該当部分について詳細をご記入ください。
- ◆視力については、矯正視力とその原因をご記入ください。
例)「障がいの程度」欄に、「左0.0 右1.0」
「原因」欄に、「20歳の時、仕事上の事故でガラスの破片が目に入り左目を失明」

以下の告知事項(質問事項)を確認のうえ、右の「被保険者の告知書」に告知内容を記入のうえ、ご提出ください。詳細記入欄において、3つ以上の記載が必要な時は、新しい告知書にご記入ください。

- ◆告知書に記載している事項にあてはまらない場合(以下、例示)は、告知いただく必要はありません。
- ・医師の指示でなく、自分で市販のかぜ薬を服用した。
 - ・健康増進のため、ビタミン剤を飲んでいる。
 - ・歯科医師による虫歯の治療、抜歯。

項目番号	告知事項(質問事項)	
1	最近3カ月以内に医師による治療(診察・検査・指示・指導を含みます)・投薬※1を受けたことがありますか	
2	過去5年以内に病気やけがで	
	ア 手術を受けたことがありますか(帝王切開を含みます)	
	イ 継続7日間以上の入院をしたことがありますか(正常分娩による入院は除きます)	
ウ	7日間以上にわたり※2、医師による治療(診察・検査・指示・指導を含みます)・投薬※1を受けたことがありますか	
3	過去5年以内に、以下の病気で医師による治療(診察・検査・指示・指導を含みます)・投薬※1を受けたことがありますか	
	心臓・血管・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・動脈瘤・高血圧症
	脳・精神・神経	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・パーキンソン病・神経症・てんかん・知的障がい・自律神経失調症・統合失調症・うつ病・アルコール依存症・薬物依存症
	肺・気管支	慢性気管支炎・気管支拡張症・肺気腫・肺結核
	腸	かいよう性大腸炎・クローン病
	肝臓・すい臓	肝炎・肝硬変・すい炎
	腎臓	腎炎・ネフローゼ・慢性腎臓病(腎不全を含む)・のう胞腎
	がん	がん・肉腫・白血病・リンパ腫・上皮内がん
	その他の病気	糖尿病・関節リウマチ・こうげん病

※1「医師による治療(診察・検査・指示・指導を含みます)・投薬」には、
・医師の指示で定期的に経過観察(1カ月に1回、半年に1回、1年に1回の検査等)を行っている場合を含みます。
・人間ドック・健康診断は含みません。

※2「7日間以上にわたり」とは、初診から終診までの期間が7日間以上をいいます。(1回の受診で7日分以上の投薬を受けた場合を含みます)例えば、**受診は2日でも、その間が7日間以上や、合計7日分以上の投薬を受けた場合は、告知が必要**となります。

4	過去2年以内に受けた健康診断または人間ドックで、以下の臓器や検査に異常(要再検査※3・要精密検査・要治療を含み、要注意・要指導・要経過観察※4は含みません)を指摘されたことがありますか
	脳・眼・心臓・肺・胃・腸・肝臓・腎臓・すい臓・胆のう・子宮・乳房・甲状腺・前立腺・血圧測定・尿検査・血液検査・便検査

※3一度「要再検査」と異常指摘され、その後の再検査・医師の診療等で「要注意・要指導・要経過観察」と指摘された場合も含みます。

※4健康診断または人間ドックで「要経過観察」と指摘された場合で、翌年の健康診断または人間ドックまで経過観察するものを指します。**経過観察のために、健康診断または人間ドック以外で医師による定期的な検査を受診している場合は、告知が必要**です。

5	以下に該当する事項がありますか
	●左右いずれかの視力が矯正しても0.2以下 ●手・足・指の欠損や機能の障がい ●聴力・言語・そしゃく機能の障がい ●背骨(脊柱)の変形や障がい

(新) 医療保障保険(団体型) 被保険者の告知書

団体 記入欄	記号証券番号	900 - 95235	団体名	公益財団法人 社会福祉振興・試験センター	被保険者 番号
	事業所コード				

ご確認ください

- ・事実を記入されなかったり、事実と反する記入がありますと、給付金等のお支払いをしない場合があります。
- ・太枠の欄は、必ず被保険者ご本人（被保険者が満15歳未満の場合は親権者）が、告知日現在の状況をありのままご記入ください。訂正される場合は、誤っている内容を二重線で抹消のうえ、訂正印（被保険者欄の印）を押印し、正しい内容をご記入ください。（被保険者が満15歳未満の場合、訂正印は、親権者欄の印を押印してください。）

日本生命保険相互会社 行

「告知事項（質問事項）【2021.3.1版】」の告知事項（質問事項）について、以下のとおり告知します。

また、本書面と併せて配付された「正しく告知いただくために」および「個人情報の取扱いについて」に記載の事項を確認し、同意します。

告知日 (記入日)	令和 年 月 日
被保険者 (公的機関に届出の氏名を記入)	フリガナ 自署
生年月日	昭和 平成 年 月 日 家族区分 本人 配偶者 子ども
親権者 (主たる被保険者) 被保険者が満15歳未満のとき	自署

項目 番号	「はい」または「いいえ」に□印をしてください ●「はい」の場合右欄に詳細をご記入ください
1	
2	ア イ ウ
3	

1つでも「はい」がある場合に記入

詳細記入欄（3つ以上記載が必要な時は、新しい告知書に記入）			
病気やけがの名前または症状			
診察・検査・治療・投薬の期間	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで	
入院した期間	⇒ 年 月から 日間	⇒ 年 月から 日間	
手術の有無	⇒ (手術年月) 年 月	⇒ (手術年月) 年 月	
手術の名前または部位・受傷の部位			
検査結果・治療内容・投薬状況・経過	●検査結果 ●治療内容・投薬状況・経過 ●完治（経過観察中を除く）している場合 （終診年月日） _____ 年 _____ 月 _____ 日		
医療機関名			

高血圧症、糖尿病の場合、右欄に最新の検査数値をご記入ください
(高血圧症⇒血圧値、糖尿病⇒血糖値)

4	
---	---

血圧値	最高 _____ mmHg / 最低 _____ mmHg	血糖値	_____ mg/dl または HbA1c _____ %
-----	-------------------------------	-----	-------------------------------

異常を指摘された臓器・検査	健康診断 人間ドック 年 月 (臓器) (検査項目)	健康診断 人間ドック 年 月 (臓器) (検査項目)
検査結果・指示内容(再検査等の結果を含む)	左記に□印をし、詳細(結果)をご記入ください 要再検査 要精密検査 要治療	左記に□印をし、詳細(結果)をご記入ください 要再検査 要精密検査 要治療

5	
---	---

部位	障がいの程度※
原因	時期 年 月

※ 視力については、左右それぞれの矯正視力をご記入ください。

ニッセイ 処理欄	新契約 増額	保険期間 1年	主契約(死亡)保険金 万円	旧主契約保険金 万円	(本店処理欄)	支社・法人SC受付印	本店処理印
	契約(加入)日 年 月 日	契約年齢 才	入院給付金日額 円	旧入院給付金日額 円			
	支社		治療給付率 %	旧治療給付率 %			
	支社コード ()						