





団体定期保険 被保険者告知書

<当告知書の使用法>

当告知書は以下のとおり構成されています。

ページ	構成	印刷部数	手続き方法	ご留意点
1	表紙	印刷不要		「告知書提出用メモ」を使用する場合のみ印刷ください。
2	入力見本	1部	 ご加入者様控えとともに保管ください。	
3	被保険者告知書	2部	 「押印欄」に押印のうえ、第一生命提出用として告知書提出先に提出ください。 ※告知書提出にあたって封入される場合には、お手数ですがご自身で封筒をご用意ください。 本ページを印刷のうえ、左下の「告知書提出用メモ」を封筒の表に添付して告知書提出先まで提出ください。(下図参照)	入力にあたっては、2ページ目の入力見本および下記の～告知書提出前確認事項～をご確認ください。
			 ご加入者様控えとして保管ください。	

きりとり線

告知書提出用メモ

■ご自身で記入ください■

団体番号－結合番号：

被保険者番号：

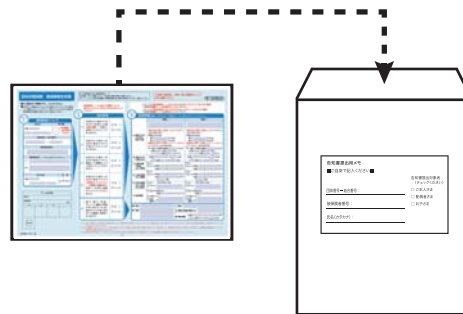
氏名(カタカナ)：

告知書提出対象者
(チェックください)

- ご本人さま
 配偶者さま
 お子さま

きりとり線

<告知書提出時、封入される場合>



～告知書提出前確認事項～

- 告知日はこの被保険者告知書を入力した日が入力されていますか。
- 印刷後に押印欄にご自身の印を押印しましたか。
- 告知事項(1)～(5)全てについて、「はい」「いいえ」のいずれかにチェックをつけていますか。
- 告知書の2ページ目を1部、3ページ目を2部印刷しましたか。
- 「**⚠**ご入力にあたって」「**⚠**告知にあたりご留意いただきたいこと」を確認しましたか。

団体定期保険 被保険者告知書

<入力見本>

1枚で入力しきれない場合は被保険者告知書を2通入力の上提出ください。

印刷後に訂正する場合は、訂正箇所には必ず訂正印を押印ください。

被保険者さまの健康状態・医療に関する情報は、保険業法施行規則により、利用目的が制限されています。当社では、同意いただいた利用目的の範囲内で取得・利用させていただくとともに適切な保管・管理をいたします。

パンフレットの内容(契約概要、注意喚起情報、個人情報の取扱等)を了承し同意されて引受保険会社にご提出いただいておりますので、ご契約の成立・不成立に関わらず書類の返却はいたしません。

(注①)・印刷後に訂正する場合は、訂正箇所には必ず訂正印(押印欄に押印した印)を押印ください。

(注②)・高血圧症に該当しない場合、入力不要です。
・糖尿病に該当しない場合、入力不要です。

ご入力にあたって

- 告知はご契約をお引き受けするかどうかを決める大切な事項です。
- 告知事項について、事実を告げず、または事実でないことを告げた時は、契約を解除され保険金等の支払に支障を生じることがあります。
- 必ず被保険者自身でありのまま正確にご入力ください。

以下については、告知の対象外となります。

- 入院のない場合**
風邪・インフルエンザ・じんましん・アトピー性皮膚炎
湿疹・虫歯・歯の治療・花粉症・アレルギー性鼻炎
- 入院がなく完治した場合**
四肢のねんざ・骨折
- 手術を受けて完治した場合**
虫垂炎

1部印刷のうえご加入者様控えとともに保管ください。

■告知の入力に関してご不明な点がある場合は、以下の照会先へご照会ください。
第一生命保険株式会社 団体保障事業部 TEL: 0120-005-328 (受付専用フリーダイヤル) 受付時間 9:00~17:00 (土・日・祝日・年末年始を除く)

- この被保険者告知書を入力した日を和暦でご入力ください。
- 告知が必要な方の氏名、性別、生年月日をご入力ください。ご家族で他にも告知が必要な方がいる場合、別途告知書をご提出ください。
- 告知事項は、(1)~(5)項目全てについて、「はい」「いいえ」のいずれかをチェックしてください。
- ステップ2告知事項(1)~(4)でひとつでも「はい」がある場合、ステップ3告知詳細欄(A)~(F)の全項目にご入力ください。病名を告げられていない場合には、検査内容・医師からの指示・指導内容をご入力ください。
- ステップ2告知事項(5)が「はい」の場合、ステップ3告知詳細欄(G)~(K)の全項目についてご入力ください。

団体定期保険 被保険者告知書

●入力見本をご参照のうえ、ご入力ください。
●告知すべき傷病が2つ以上ある場合のみステップ3の「傷病②」欄にご入力ください。1枚で入力しきれない場合は被保険者告知書を2通入力の上提出ください。

ステップ1 被保険者について

告知日
和暦【平成】 30年 7月 1日

団体番号-結合番号
【0790000】-【020】

被保険者番号
124567890

被保険者名
カナ ダイイチ タロウ
氏名 第一 太郎

生年月日 性別
和暦【昭和】 51年 9月 20日 男 女

第一生命使用欄

団体名	
保険金額	万円
コード	主 可

保存期間10年(改) 困

告知事項

告知日から過去3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導※1を含む)・投薬をうけたことがありますか。

告知日から過去1年以内に病気やけがで手術をうけたことがありますか。

告知日から過去1年以内に病気やけがで継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。

告知日から過去1年以内に病気やけがで2週間以上にわたり※2医師の治療(指示・指導※1を含む)・投薬をうけたことがありますか。

視力・聴力・言語・そしゃくの機能に障害がありますか。手・足・脊柱などの欠損、変形または機能に障害がありますか。

告知事項

(1) はい いいえ

(2) はい いいえ

(3) はい いいえ

(4) はい いいえ

(5) はい いいえ

告知事項

告知事項(1)~(5)の全ての項目について必ず「はい」「いいえ」のいずれかをチェックください。

ステップ2 告知事項(1)~(4)のいずれかの「はい」にチェックをされた場合
→告知詳細欄(A)~(F)全項目をご入力ください。
ステップ2で告知事項(5)のいずれかの「はい」にチェックをされた場合
→告知詳細欄(G)~(K)全項目をご入力ください。

ステップ3 告知詳細(傷病②は告知すべき傷病が2つある場合のみご入力ください。)

傷病①		傷病②	
高血圧		腰部椎間板ヘルニア	
高血圧症と告知した場合、入力してください。(完治の場合を含む)		高血圧症と告知した場合、入力してください。(完治の場合を含む)	
L 最近の血圧値 最大【148】mmHg 最小【100】mmHg		L 最近の血圧値 最大【 】mmHg 最小【 】mmHg	
L 最近の空腹時血糖値【 】mg/dl ②最近のHbA1c値【 】% ③インスリン治療【 】あり		L 最近の空腹時血糖値【 】mg/dl ②最近のHbA1c値【 】% ③インスリン治療【 】あり	
和暦【平成】21年 6月 頃 (32歳頃もしくは約9年前)		和暦【平成】29年 7月 頃 (40歳頃もしくは約1年前)	
なし		なし	
あり→和暦【平成】21年 6月 頃から 和暦【 】年 月 日まで		あり→和暦【平成】29年 12月 頃から 和暦【平成】29年 12月 日まで	
なし		なし	
あり→和暦【 】年 月 頃から 和暦【 】年 月 日まで		あり→和暦【平成】29年 12月 頃から 和暦【平成】29年 12月 日まで 約 10日 日間	
なし		なし	
あり→手術の名前または部位		あり→内視鏡下 椎間板摘出術	
完治→終診年月 和暦【 】年 月 日		完治→終診年月 和暦【平成】29年 12月 日	
治療中(※3)		治療中(※3)	
経過		経過	
観察中		観察中	
(G) 部位 両耳		(I) 現状 症状固定 特に治療なし	
(H) 原因 先天性		(J) 障害の程度(等級など) 3級	
		(K) 発生時期 和暦【 】年 月 日 (0歳頃もしくは約 年前)	

(※1)「指示・指導」とは医師の診察・検査をうけた結果更に検査をすすめられること、治療・投薬・入院・手術をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等をうけることをいいます。
(※2)「2週間以上にわたり」とは一連の病気やけがで、医師の治療(指示・指導を含みます)や投薬をうけ、転院・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間をいいます。(実際の診療日数ではありません。)
(※3)治療(指示・指導※1を含む)中の方は現在の症状・治療内容等、経過観察中の方は経過観察の開始時期・状況等を入力してください。

告知にあたりご留意いただきたいこと

- 次の保険金等のお支払いは、その原因となる傷害や疾病等が責任開始日以降に生じた場合に限りです。(原因となる傷害や疾病等が責任開始日前に生じている場合には、お支払い対象になりません。)
- 高度障害保険金 ○災害保険金 ○障害給付金 ○入院給付金 等
- ※保障の内容については契約ごとに異なりますので、パンフレットをご確認ください。
- 原因となる傷害や疾病等が責任開始日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かかわらず、上記の保険金等のお支払いの対象となりません。

お支払い対象

傷害または疾病の発生 → 高度障害状態に該当

お支払い対象外

傷害または疾病の発生 → 高度障害状態に該当

団体定期保険 被保険者告知書

第一生命保険株式会社(事務幹事会社) 行
左記保険への加入(増額)にあたり、下記記載の事項は事実と相違ありません。
また、パンフレットの内容(契約概要、注意喚起情報、個人情報の取扱含む)を了承し、同意いたします。


入力後は2部印刷し、1部はご加入者様控えとして
大切に保管ください。

第一生命提出用

- 入力見本をご参照のうえ、ご入力ください。
- 告知すべき傷病が2つ以上ある場合のみステップ3の「傷病②」の欄にもご入力ください。1枚で入力しきれない場合は被保険者告知書を2通入力のうえ提出ください。

ステップ
1

被保険者について

告知日	押印欄
和暦【 】 ____年____月____日	 ※印刷後に必ず押印ください。
団体番号-結合番号 【 】-【 】	
被保険者番号	
被保険者名 (フリガナも必ずご入力ください。)	
カナ	
氏名	
生年月日	性別
和暦【 】 ____年____月____日	男 女

ステップ
2

告知事項

告知事項(1)~(5)の全ての項目について必ず「はい」「いいえ」のいずれかをチェックください。

(1)	告知日から過去3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導※1を含む)・投薬をうけたことがありますか。	はい いいえ
(2)	告知日から過去1年以内に病気やけがで手術をうけたことがありますか。	はい いいえ
(3)	告知日から過去1年以内に病気やけがで継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。	はい いいえ
(4)	告知日から過去1年以内に病気やけがで2週間以上にわたり(※2)医師の治療(指示・指導※1を含む)・投薬をうけたことがありますか。	はい いいえ
(5)	視力・聴力・言語・そしゃくの機能に障害がありますか。手・足・脊柱などの欠損、変形または機能に障害がありますか。	はい いいえ

ステップ
3

告知詳細(傷病②は告知すべき傷病が2つある場合のみご入力ください。)

- ・ステップ2で告知事項(1)~(4)のいずれかの「はい」にチェックをされた場合
→告知詳細欄(A)~(F)全項目をご入力ください。
- ・ステップ2で告知事項(5)のいずれかの「はい」にチェックをされた場合
→告知詳細欄(G)~(K)全項目をご入力ください。

	傷病①	傷病②
(A) 病気やけがの正式な名前・内容	<p>高血圧症と告知した場合、入力してください。(完治の場合を含む)</p> <p>↳最近の血圧値 最大【 】mmHg 最小【 】mmHg</p> <p>糖尿病と告知した場合、以下①~③を入力してください。(完治の場合を含む)</p> <p>↳①最近の空腹時血糖値【 】mg/dl ②最近のHbA1c値【 】% ③インスリン治療【 なし あり】</p>	<p>高血圧症と告知した場合、入力してください。(完治の場合を含む)</p> <p>↳最近の血圧値 最大【 】mmHg 最小【 】mmHg</p> <p>糖尿病と告知した場合、以下①~③を入力してください。(完治の場合を含む)</p> <p>↳①最近の空腹時血糖値【 】mg/dl ②最近のHbA1c値【 】% ③インスリン治療【 なし あり】</p>
(B) 病気やけがの発生日月	和暦【 】____年____月頃 (____歳頃 もしくは 約 ____年前)	和暦【 】____年____月頃 (____歳頃 もしくは 約 ____年前)
(C) 治療・投薬の有無および期間	なし あり → 和暦【 】____年____月から 和暦【 】____年____月まで	なし あり → 和暦【 】____年____月から 和暦【 】____年____月まで
(D) 入院の有無および期間	なし あり → 和暦【 】____年____月から 和暦【 】____年____月まで 約 ____日間	なし あり → 和暦【 】____年____月から 和暦【 】____年____月まで 約 ____日間
(E) 手術の有無および名前または部位	なし あり → 手術の名前または部位	なし あり → 手術の名前または部位
(F) 症状経過	完治 → 終診年月 和暦【 】____年____月 治療中 → (※3) 経過 観察中 →	完治 → 終診年月 和暦【 】____年____月 治療中 → (※3) 経過 観察中 →
(G) 部位	(I) 現状	
(H) 原因	(J) 障害の程度(等級など)	
	(K) 発生日時 和暦【 】____年____月頃 (____歳頃 もしくは 約 ____年前)	

(※1)「指示・指導」とは:医師の診察・検査をうけた結果更に検査をすすめられること、治療・投薬・入院・手術をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等をうけることをいいます。

(※2)「2週間以上にわたり」とは:一連の病気やけがで、医師の治療(指示・指導を含みます)や投薬をうけ、転院・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間をいいます。(実際の診察日数ではありません。)

(※3)治療(指示・指導※1を含む)中の方は現在の症状・治療内容等、経過観察中の方は経過観察の開始時期・状況等を入力してください。