

# 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。

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。

ページ	構成	手続き方法
1	表紙	印刷は不要です。 左下の「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部印刷のうえ、3ページ目の「被保険者告知書」のご加入者様控とともに保管ください。
3	被保険者告知書	2部印刷し、「押印欄」に押印のうえ、1部は第一生命提出用として告知書提出先に提出ください。残り1部はご加入者様控えとして入力見本とともに保管ください。 ※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」を封筒のおもてに貼付のうえ告知書提出先まで提出ください。(下図参照)

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：

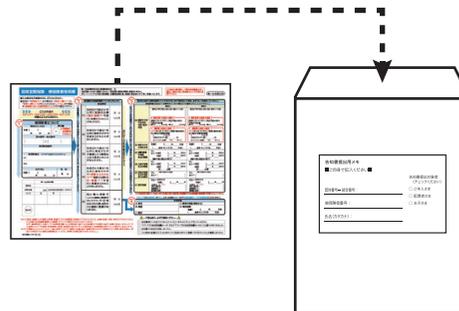
氏名(カタカナ)：

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(入力日)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>

告知すべき傷病が3つ以上ある場合は、傷病数に応じて必要枚数分入力のうえ提出ください。

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) 印刷後に必ず押印ください。

(注) 訂正印は押印欄に押印した印を押印ください。

(注) ・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
- 手術をうけて完治した場合**  
虫垂炎

### 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、原因となる傷病や不慮の事故等が責任開始日以降に生じた場合に限りです。

○高度障害保険金 ○災害保険金 ○障害給付金 ○入院給付金  
・責任開始日前に原因となる傷病や不慮の事故等が生じている場合には、上記の保険金等のお支払いの対象となりません。また、その傷病歴等について正しく告知した場合でもお支払い対象となりません。

※保障の内容については契約ごとにより異なりますので、パンフレットをご確認ください。

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)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。

### 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つある場合は、「傷病①」欄に1つ目、「傷病②」欄に2つ目をご入力ください。3つ以上ある場合は、傷病数に応じて必要枚数分入力のうえ提出ください。

ご入力の流れ  
ステップ1→ステップ2→ステップ3→ステップ4の順にご入力ください。

**ステップ1** 被保険者について

告知日(入力日) 押印欄  
和暦【令和】 1年 7月 1日  
団体番号・結合番号  
0790000 - 020  
被保険者番号  
1234567890  
被保険者名(フリガナも必ずご入力ください)  
カナ ダイイチ タロウ  
氏名 第一 太郎  
生年月日 和暦【昭和】 51年 9月 20日 性別 男 女

団体名 第一生命使用欄  
保険金額 万円 被保険者告知補定書として使用する  
コード 主 可

受付印

告知事項(1)~(5)の全項目に「はい」「いいえ」のいずれかをチェックしてください。

告知事項	はい	いいえ
(1) 告知日から過去3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導※1)をきむ・投薬をうけたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 告知日から過去1年以内に病気がけがで手術をうけたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 告知日から過去1年以内に病気がけがで継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 告知日から過去1年以内に病気がけがで2週間以上(※2)医師の治療(指示・指導※1)をきむ・投薬をうけたことがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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・骨柱などの欠損、変形または機能に障害がありますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

告知事項(1)~(5)のいずれかに「はい」または「いいえ」を選択した場合は、ステップ3の告知詳細欄(A)~(F)の全項目にご入力ください。

**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3** 具体的な症状・治療内容等についておたずねします(該当なしの場合、必ず「なし」を選択してください)

告知詳細欄(告知すべき傷病が2つある場合は、傷病①のみ傷病②もご入力ください。)

傷病①	傷病②
<b>高血圧</b> 傷病名(不明の場合は症状・指示・指導※1)内容 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症と告知した場合 数値を入力してください。(完治の場合を含む) ①最近の血圧値 最大【148】mmHg 最小【100】mmHg <input type="checkbox"/> 糖尿病と告知した場合 ①~③を入力してください。(完治の場合を含む) 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 】	<b>腰部椎間板ヘルニア</b> 傷病名(不明の場合は症状・指示・指導※1)内容 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症と告知した場合 数値を入力してください。(完治の場合を含む) ①最近の血圧値 最大【 】mmHg 最小【 】mmHg <input type="checkbox"/> 糖尿病と告知した場合 ①~③を入力してください。(完治の場合を含む) 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 】
<b>A) 病気がけがの正式な名前・症状・内容</b> 和暦【平成】 21年 6月 頃 (32歳頃もしくは約10年前) 治療・投薬の有無 および期間 入院の有無 および期間 手術の有無 および名前または部位	<b>B) 病気がけがの発生年月</b> 和暦【平成】 30年 7月 頃 (41歳頃もしくは約1年前) 治療・投薬の有無 および期間 入院の有無 および期間 手術の有無 および名前または部位
<b>C) 治療・投薬の有無 および期間</b> 和暦【平成】 21年 6月 から [ ]年 [ ]月 まで 継続中の場合 終診日は不要です	<b>D) 入院の有無 および期間</b> 和暦【平成】 30年 10月 から [ ]年 [ ]月 まで 約 [ ]日間
<b>E) 手術の有無 および名前または部位</b> 手術の名前または部位 内視鏡下 椎間板摘出術	<b>F) 症状経過</b> 完治 → 終診年月 和暦【平成】 30年 12月 頃 治療中 (※3) 降圧剤を毎日服薬中

(※3)治療(指示・指導※1)を含む方は現在の症状・治療内容、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。

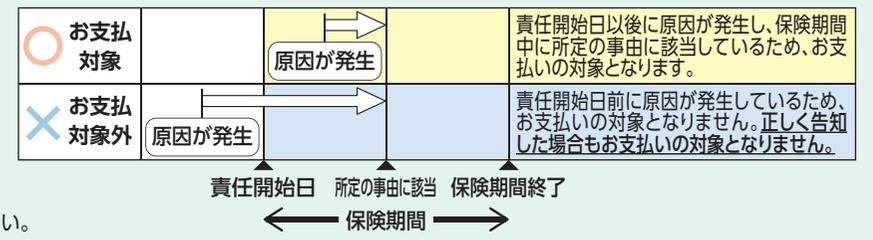
**ステップ4** 告知詳細欄(G)~(K)の全項目にご入力ください。

告知詳細	内容
G) 部位	両耳
H) 原因	先天性
I) 現状	症状固定 特に治療なし
J) 障害の程度(等級など)	3級
K) 発生時期	和暦【 】年 [ ]月 頃 (0歳頃もしくは約 [ ]年前)

△~△ご提出前に、必ずご確認ください~△

- 告知事項(1)~(5)全てに「はい」「いいえ」のいずれかにチェックをしていますか。
- ステップ3の告知詳細欄(A)~(F)、およびステップ4の告知詳細欄(G)~(K)の入力漏れはありませんか。
- 告知書の2枚目を印刷しましたか。
- 入力見本に記載の「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。

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)の全項目にご入力ください。



# 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部は告知書提出先へ提出、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つある場合は、「傷病①」欄に1つ目、「傷病②」欄に2つ目をご入力ください。3つ以上ある場合は、傷病数に応じて必要枚数分ご入力のうえ提出ください。

ご入力の流れ  
ステップ1→ステップ2→ステップ3→ステップ4  
の順にご入力ください。

ステップ1

### 被保険者について

告知日(入力日)	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

第一生命使用欄	
団体名	
保険金額	万円 <input type="checkbox"/> 被保険者告知補足書として使用する
コード	主 可
受付印	

ステップ2

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。

### 告知事項

告知事項		
(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	

「はい」が1つでもある場合はステップ3へ

ステップ3

ステップ2の告知事項①～④のいずれかが「はい」となった場合のみ、右記告知詳細欄(A)～(F)の全項目をご入力ください。

### 告知詳細

告知詳細(告知すべき傷病が2つある場合のみ傷病②もご入力ください。)

	傷病①	傷病②
(A) 病気やけがの正式な名前・症状・内容	傷病名(不明の場合は症状、指示・指導※1)内容 <b>高血圧症と告知した場合</b> 数値を入力してください。(完治の場合を含む) ↳最近の血圧値 最大【      】mmHg 最小【      】mmHg <b>糖尿病と告知した場合</b> ①～③を入力してください。(完治の場合を含む) ↳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 】	傷病名(不明の場合は症状、指示・指導※1)内容 <b>高血圧症と告知した場合</b> 数値を入力してください。(完治の場合を含む) ↳最近の血圧値 最大【      】mmHg 最小【      】mmHg <b>糖尿病と告知した場合</b> ①～③を入力してください。(完治の場合を含む) ↳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 】
(B) 病気やけがの発生年月	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 継続中の場合 終診日は不要です	なし あり → 和暦【      】____年____月から 和暦【      】____年____月まで 継続中の場合 終診日は不要です
(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 手術の名前または部位 あり → (      )	なし 手術の名前または部位 あり → (      )
(F) 症状経過	完治 → 終診年月 和暦【      】____年____月 治療中 → (※3) 症状・治療内容 経過観察中 → 開始時期・状況等	完治 → 終診年月 和暦【      】____年____月 治療中 → (※3) 症状・治療内容 経過観察中 → 開始時期・状況等

(※3)治療(指示・指導※1を含む)中の方は現在の症状・治療内容、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。

ステップ2の告知事項⑤が「はい」となった場合のみ以下告知詳細欄(G)～(K)の全項目をご入力ください。

ステップ4

### 告知詳細

(G) 部位	(J) 障害の程度(等級など)
(H) 原因	(K) 発生時期 和暦【      】____年____月頃 (      歳頃 もしくは 約      年前)
(I) 現状	

～ご提出前に、必ずご確認ください～

- 告知事項①～⑤全てに「はい」「いいえ」いずれかにチェックをしていますか。
- ステップ3の告知詳細欄(A)～(F)、およびステップ4の告知詳細欄(G)～(K)に入力漏れはありませんか。
- 告知書の2枚目を印刷しましたか。
- 入力見本に記載の「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。

(※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。

なお、健康診断や人間ドックの結果通知書による再検査の指示・生活指導などは医師の指示・指導に該当しませんが、その結果にもとづき医師(検査機関の医師・産業医を含みます)から直接指示・各種指導を受けている場合は、該当します。

(※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。)