

「Y-プラン(S0、S5、S6型除く)」の新規加入・増額加入にあたっては、お申し込みする各補償に対応する以下の質問事項について必ずご回答ください。

傷病補償 (S1型～S4型、先進医療Z型)、本人介護補償、がん補償、休業補償のいずれかに新規加入、補償内容を拡大する契約条件の変更*1 (保険金額の増額、特定疾病を補償対象外とする条件の削除) を伴う方 (被保険者) は、加入申込票 (兼告知書) の健康状態告知事項回答欄に告知日と下記の質問事項に対する回答のご記入、申込印と告知事項確認印を押印ください。

*1<疾病コード、補償対象とする疾病・症状名に印字されている方>健康な状態で再度告知いただくことで、現在対象外としている疾病を補償対象外にできる場合がございます。

- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、告知回答欄(本人用)へのご記入は不要です。
- 被保険者ご本人(補償の対象となる方)がご回答ください。ただし、未成年が15才未満の被保険者については、親権者の方がご回答ください。
- 各質問に該当する場合は「はい」に、該当しない場合は「いいえ」に○印をしてください。

質問事項

<質問1>
「がん」「糖尿病」に関するご質問

傷病補償 (S1型～S4型、先進医療Z型)、本人介護補償、がん補償、休業補償にご加入を希望される方はご回答ください。
* 疾病に関する補償が「がん補償」に限られている契約をお申込みの方は②については回答不要です(①についてのみご回答ください)。

●以下の①、②いずれかに該当する項目はありますか。

①今までに「がん」(悪性新生物をいい、上皮内がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫瘍を含みます)にかかったことがある。または、現在医師から「がん」の検査を受けるように指示されている。

②今までに医師から「糖尿病」「高血糖症」「耐糖能異常」と診断されたことがある。または、現在医師からこれらの検査を受けるように指示されている。

はい → 疾病を補償する契約はお引き受けできません。ご了承ください。

いいえ → 告知回答欄(本人用)の質問1は「いいえ」に○印をしてください。

<質問2>
最近の健康状態・既往症に関するご質問

傷病補償 (S1型～S4型、先進医療Z型)、本人介護補償、休業補償にご加入を希望される方はご回答ください。
* 疾病に関する補償が「がん補償」に限られている契約をお申込みの方は回答不要です。
* 病気・疾病名が不明な方や検査等の結果待ちの方は、病気・疾病名が判明するまではお引き受けできません。

●以下の①～③いずれかに該当する項目はありますか。

①最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療(医師の指示による服薬を含みます)を受けたこと、または検査・治療・入院・手術をすすめられたことがある。

②過去2年以内に、健康診断・人間ドックまたは医師による診察の結果、異常(要検査・要精密検査・要治療・要経過観察)を指摘されたことがある(検査や治療の結果、「異常なし」となった場合を除きます)。

③過去5年以内に、入院したこと、または手術(内視鏡手術等を含みます)を受けたことがある。

※ただし、後遺症のないケガおよび右記「完治している場合は告知不要の病気・症状」に該当する病気・症状は告知不要です。

はい → 質問2の①～③に1つでも該当する項目がある場合は、病気・症状により、右のいずれかのお取扱いとなります。
*ただし疾病に関する補償が「介護一時金」に限られている契約をお申込みの方は、お引き受けできません。

いいえ → 告知回答欄(本人用)の質問2は「いいえ」に○印をしてください。

完治している場合は告知不要の病気・症状
感冒(かぜ)、インフルエンザ、急性胃腸炎、急性へんとう炎、急性咽頭炎、急性喉頭炎、急性気管支炎、急性虫垂炎、急性中耳炎、外耳炎、結膜炎、花粉症、アレルギー性鼻炎、じんましん、そけいヘルニア、虫歯

<質問3>
女性の方へのご質問

傷病補償 (S1～S4型、先進医療Z型)、本人介護補償、休業補償にご加入を希望される女性の方のみご回答ください。
* 疾病に関する補償が「がん補償」「休業補償」に限られている契約をお申し込みの方は回答不要です。

●以下の①、②いずれかに該当する項目はありますか。

①今までに妊娠または分娩に伴う病気・症状(帝王切開を含みます)で医師の治療を受けたことがある。
※下記「妊娠または分娩に伴う病気・症状の例」をご参照ください。

妊娠または分娩に伴う病気・症状の例
異常妊娠(子宮外妊娠など)、異常分娩(帝王切開分娩など)、妊娠悪阻(つわりの重いもの)、妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)、流産、早産、切迫流産 など

②現在、妊娠している。

はい → ①または②の両方に該当する方 → 「妊娠または分娩に伴う病気・症状」※を補償対象外としてお引き受けします。
※具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コード000から079、081から099に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要(CD-10(2003年版)準拠)」によります。
告知回答欄(本人用)の質問3の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄に「64」をご記入ください。

はい → ②にのみ該当する方 → 「補償開始日から1年以内に発病した妊娠または分娩に伴う病気・症状」を補償対象外としてお引き受けします。
※上記の条件は初年度加入時から1年間の限定であり、2年目以降は適用しません。
告知回答欄(本人用)の質問3の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄に「99」をご記入ください。

いいえ → 告知回答欄(本人用)の質問3は「いいえ」に○印をしてください。

病気・症状が「病気・症状一覧表」の甲欄に該当する方
お引き受けできません。ご了承ください。

病気・症状が「病気・症状一覧表」の乙欄に該当する方
該当群(A～I群)の甲欄および乙欄に記載の病気・症状すべてを特定疾病等補償対象外としてお引き受けします。
告知回答欄(本人用)の質問2の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄に該当する群名コード(A1～Y1)をご記入ください。

「病気・症状一覧表」に該当する病名がない方
その病気・症状のみを特定疾病等補償対象外としてお引き受けします。
告知回答欄(本人用)の質問2の「はい」に○印のうえ、「疾病コード」欄にRO、「疾病・症状名」欄に病名をカナでご記入ください。

病気・症状名が不明な方や検査等の結果待ちの方
病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。ご了承ください。

【注意】

- ・質問事項に対する回答の記載がない場合や回答内容が事実と異なっている場合は、ご契約が解除され保険金が支払われないことがあります。
- ・ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合や「特定疾病等補償対象外」等の特別な条件を付けてお引き受けする場合があります。あらかじめご了承ください。また、特定疾病等補償対象外の場合には、次年度以降も原則として同条件での継続となります。
- ・ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始日より前に原因が発生した病気やケガについては、保険金をお支払いできません(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります)。
- ・継続して加入する方で、「疾病コード」欄に下記「病気・症状一覧表」の群名コード以外のコードが印字されている場合の補償対象外となる病気・症状の範囲は、別紙募集パンフレット補足資料集のP12に「補償対象外とする病気・症状一覧表」を掲載していますのでご確認ください。

群名コード	病気・症状一覧表								
	A群 A1	B群 X1	C群 C1	D群 D1	E群 E1	F群 F1	H群 H1	I群 Y1	K群
甲欄	脳・循環器系の疾病	呼吸器系の疾病	消化器系の疾病	肝臓系の疾病	胆のう・すい臓系の疾病	腎臓・泌尿器系の疾病	婦人科系の疾病	骨・筋肉の疾病	その他の疾病
	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓、脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など) ●脳腫瘍 ●動脈硬化症 ●動脈狭窄症 ●動脈瘤 ●心筋こうそく ●心臓弁膜症	●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺炎 ●肺気腫 ●間質性肺炎 ●肺線維症 ●気管支ぜん息	●胃・腸のがん ●食道がん ●かいよう性大腸炎 ●クローン病	●肝臓のがん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎	●胆のう・すい臓のがん ●すい炎	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腎 ●尿毒症	●子宮がん ●卵巣がん	●リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患) ●脊椎カリエス ●後縦靭帯骨化症 ●筋ジストロフィー症 ●重症筋無力症	●精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害 ※1 ●膠原(こうげん)病 ●血友病 ●カリエス ●厚生労働省指定の難病(ただし、メニエール病を除きます) ※2
乙欄	●高血圧症(医師の治療を受けている場合、または治療を受けていない場合でも最低血圧110ミリ以上の場合) ●高脂血症・脂質異常症(高コレステロール血症を含みます) ●不整脈(心房・心室細動、心房頻拍、脚ブロックなど) ●先天性心疾患(心房・心室中隔欠損症、動脈管開存症、大動脈縮窄症、ファロー四徴症など)	●肺炎 ●じん肺 ●けい肺 ●肺のう胞 ●自然気胸 ●慢性気管支炎 ●気管支拡張症 ●胸膜炎(肋膜炎)	●胃・腸のかいようまたはポリープ	●急性肝炎 ●肝肥大 ●黄疸	●胆のうポリープ ●胆のう炎 ●胆石(症) ●胆管結石	●急性腎不全 ●急性腎炎 ●腎う炎 ●腎臓・膀胱・尿管などの結石 ●前立腺肥大症	●子宮筋腫 ●子宮内腺症 ●子宮腺筋症 ●子宮頸部異形成 ●卵巣のう腫	●関節炎 ●骨髄炎 ●神経痛 ●頸肩腕症候群	※1:具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要(CD-10(2003年版)準拠)」によります。 ※2:メニエール病は「疾病・症状名」欄に病名を記載することで加入いただけます。

厚生労働省指定の難病の例(2019年3月現在)
パーキンソン病関連疾患、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、皮膚筋炎/多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、網膜色素変性症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、サルコイドーシス、パーチェット病、原発性胆汁性肝硬変 など

【記入例】

告知欄※	質問1	質問2	質問3
告知日 令和 5年 〇月 〇日	はい	はい	はい
いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
疾病コード	補償対象外とする疾病・症状名		
R O	疾病コードに該当がない場合(ROの場合のみ)、カタカナでご記入ください。 コウジョウセンキノ テイカショウ		

「疾病・症状名」欄に病名を記載する場合のご注意 - 「病気・症状一覧表」に該当する病名がないことをご確認ください。
「病気・症状一覧表」の甲欄、乙欄に該当する病気・症状の具体名を「疾病・症状名」欄に記入して加入した場合は、加入申込票(兼告知書)提出後であっても、保険期間の開始時から条件を訂正することまたはご加入の取り消しをすることがあります。

親介護一時金補償 健康状態告知書質問事項、健康状態告知書質問事項回答欄記入要領および解説

親介護一時金補償に新規加入、補償内容を拡大する契約条件の変更のお申し込みをされる方は加入申込票の健康状態告知欄に下記の質問事項に対する回答および告知日をご記入ください。

- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、告知回答欄（親介護一時金補償）へのご記入は不要です。
- 親介護一時金支払特約は、特約被保険者となる方に被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、被保険者ご本人が特約被保険者の健康状態を回答してください。
(注)被保険者ご本人とは、加入申込票（兼告知書）の被保険者ご本人欄に記載された方をいいます。また、回答する被保険者ご本人の満年齢が15才未満の場合は、親権者の方が回答してください。
- 質問に該当する場合は「はい」に、該当しない場合は「いいえ」に○印をしてください。

【告知質問の解説】

- ①について、悪性・良性の区別がつかない場合は、検査結果が出た後にお申込みください。
- ②の「医師」には歯科医師を含み、柔道整復師・指圧師・鍼灸師は含みません(以下の質問も同様です)。
- ③の「他人の介護や付き添いを受けている」とは、日常生活上の行為を行うにあたり、何らかのかたちで他人の力を借りている状態をいいます。
- ④の「要介護・要支援の認定申請をしたことがある」とは、過去に要介護・要支援認定の申請を行ったが、非該当となった場合も含まれます。
- ⑤の「就床中」とは、食事、排泄、入浴等の日常生活を営むうえで最低限の行為を行う以外は、終日床について寝ているような状態をいいます。告知日現在において入院しなくても、医師により入院・手術をすすめられている場合も該当します。
- 「要検査」または「要精密検査」の指示を受けており、現在病名が確定していない場合には、検査を受検し、正式な病名(診断名)が確定した後にお申込みください。

【病気・症状一覧表の解説】

- ①「脳卒中」について
● 心脳内の血管の障害で急激に発症する病気の総称です。脳出血(血管が破れること)や脳こうそく(血管が詰まること)は脳卒中の一種です。
- ②「精神障害」について
● 精神障害には、「うつ病」「躁病」「統合失調症」などの精神病、「パニック障害」「適応障害」などの神経症のほか、「非器質性睡眠障害」「心因反応」などが含まれます。
- ③厚生労働省指定の難病について
● 具体的な例は右表「厚生労働省指定の難病の例」とおりですが、最新の内容は「難病情報センター」ホームページ (<http://www.nanbyou.or.jp/>) をご確認ください。

質問事項

<質問>
健康状態に関するご質問

親介護一時金の加入を希望する方はご回答ください。
* 病気・症状名が不明な方や検査等の結果待ちの方は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。

● 以下の①～⑥いずれかに該当する項目はありますか。

① 今まで「がん」(悪性新生物をいい、上皮内がん・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫などの悪性腫瘍を含みます)にかかったことがある。または、現在医師から「がん」の検査を受けるように指示されている。

② 今までに医師から「糖尿病」「高血糖症」「耐糖能異常」と診断されたことがある。または、現在医師からこれらの検査を受けるように指示されている。

③ 現在、日常生活上の行為を行う際に、他人の介護や付き添い(一部介助・見守り・支えを含みます)を受けている。
※日常生活上の行為とは、食事・歩行・寝返り・立ち上がり・入浴・排泄・衣類着脱・金銭の管理をいいます。

④ 今までに、公的介護保険制度の要介護・要支援認定を受けたこと、または要介護・要支援の認定申請をしたことがある。

⑤ 現在、医療機関に入院中、介護施設に入所中、もしくは療養のため就床中である。または医師より入院・手術をすすめられている。

⑥ 過去5年以内に、下記の「病気・症状一覧表」の甲欄に掲載されている病気・症状により、医師の診察・検査・治療(医師の指示による服薬を含みます)を受けたことがある。

はい

お引き受けできません。ご了承ください。

いいえ

告知回答欄(親介護一時金補償)の質問は「いいえ」に○印をしてください。

病気・症状一覧表								
A群	B群	C群	D群	E群	F群	H群	I群	K群
脳・循環器系の疾病	呼吸器系の疾病	消化器系の疾病	肝臓系の疾病	胆のう・すい臓系の疾病	腎臓・泌尿器系の疾病	婦人科系の疾病	骨・筋肉の疾病	その他の疾病
甲欄 ● 脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓、脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など) ● 脳腫瘍 ● 心臓弁膜症 ● 動脈硬化症 ● 狭心症 ● 動脈狭窄症 ● 心筋症 ● 動脈瘤 ● 心不全 ● 心筋こうそく	● 肺がん ● 咽頭がん ● 結核 ● 肺炎腫 ● 間質性肺炎 ● 肺線維症 ● 気管支ぜん息	● 胃・腸のがん ● 食道がん ● かいよう性大腸炎 ● クローン病	● 肝臓のがん ● 肝硬変 ● 慢性肝炎 ● B型肝炎 ● C型肝炎	● 胆のう・すい臓のがん ● すい炎	● 腎臓・膀胱・前立腺のがん ● 慢性腎不全 ● 慢性腎炎 ● ネフローゼ ● のう胞腎 ● 尿毒症	● 子宮がん ● 卵巣がん	● リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患) ● 脊椎カリエス ● 後縦靭帯骨化症 ● 筋ジストロフィー症 ● 重症筋無力症	● 精神障害(うつ病などの精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます)・非器質性睡眠障害・心因反応・知的障害・発達障害※ ● 膠原(こうげん)病 ● 血友病 ● カリエス ● 厚生労働省指定の難病(ただし、メニエール病を除きます)

※具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によります。

厚生労働省指定の難病の例(2019年3月現在)

パーキンソン病関連疾患、全身性エリテマトーデス、全身性強皮症、皮膚筋炎/多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、網膜色素変性症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)、サルコイドーシス、パーチェット病、原発性胆汁性肝硬変 など

・ 質問事項に対するご回答の記載がない場合やご回答の内容が事実と異なっている場合は、ご契約が解除され保険金が支払われないことがあります。

・ ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

・ ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始日より前に原因が発生した要介護状態については、保険金をお支払いできません(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります)。

記入例

健康状態について特約被保険者へのご説明と回答受領にあたり実際に取られた確認方法を1つ選び○をしてください。

親介護一時金補償				親介護告知欄			
本人・配偶者親氏名	※親生年月日	現在	新規変更	脱退	確認方法	告知日	※質問
カタカナ ○○○ ××	昭和 ##年 ##月 ##日				対面 FAX 郵送 電話 メール等	告知日 令和	はい いいえ
続柄 ○ ⊗ ⊕ ⊖	※親年齢 (7/21時点) ##才						
カタカナ ○○○ △△	昭和 ##年 ##月 ##日		P1		対面 FAX 郵送 電話 メール等	##年 ##月 ##日	はい いいえ
続柄 ○ ⊗ ⊕ ⊖	※親年齢 (7/21時点) ##才						
カタカナ	昭和 年 月 日				対面 FAX 郵送 電話 メール等	1-2枚目に押印	はい いいえ
続柄 ○ ⊗ ⊕ ⊖	※親年齢 (7/21時点) 才		P2				
カタカナ	昭和 年 月 日				対面 FAX 郵送 電話 メール等	代理告知印	はい いいえ
続柄 ○ ⊗ ⊕ ⊖	※親年齢 (7/21時点) 才						

被保険者ご本人から見た特約被保険者との関係に○をしてください。

被保険者ご本人が特約被保険者を代理してお答えください。

特約被保険者を代理してお答えした被保険者ご本人が押印ください。