

所得補償保険加入申込票 兼 健康状況告知書

センター送付

000 AAA 020 994

PR06 03 20 23 354(4)

STEP 1 申込人情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。 内は必ずご記入ください。

保 険 期 間	
令和 6 年 8 月 5 日から	令和 7 年 8 月 5 日まで
住 所	317 (カタカナ) 〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 (漢字)
申込人名	307 (カタカナ) 「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。 [347] フルネームでご署名ください。 (漢字) 様
所属税理士会	018 (カタカナ) 税理士登録番号 019

メッセージ

所得補償保険

加入申込日 010 令和R 年 月 日

社員番号 017
電話番号 011
生 年 日 080 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 性 082 (男)1 (女)2

手続区分 下記のいずれかに○をしてください

<input type="radio"/>	新規に加入する	→ 全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。
<input type="radio"/>	内容を変更する [前年度加入内容を追加・変更して継続する]	→ 全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。
<input type="radio"/>	継続加入しない	→ ご署名のうえ、ご提出ください。

内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。

団体名	
加入者番号	098
旧加入者番号	099
旧識別コード	L17

STEP 2 申込内容と健康状況(告知)についてご確認のうえご記入ください。

(注1) 三井住友海上火災保険株式会社宛 最終頁の健康状況告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。「健康状況告知書ご記入のご案内」を受け取り、内容を了解しました。

所得補償保険		20/D1	
390	J04 (カタカナ)	加入セット名	※ 健康状況告知書質問事項回答欄 最終頁の質問事項に正確にご回答ください。
氏名	L67 (漢字)	質問①	質問②
生 年 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和	L53	L54
年 令	303 ※ (○)満 (才)性 別 302 (男)1 (女)2	はい (3)	はい (3)
職業・職種名	576 ※ カタカナで記入	いいえ (4)	いいえ (4)
職務コード	312 ※ 職種 573 団体との関係 L18 ◆	L45 疾病コード	
		562 疾病・症状名 (カタカナ)	
		お引受けできません	
		※ 告知書ご署名欄 (注1)をご確認のうえ、必ず被保険者が本人がフルネームでご署名ください。告知明における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、最終頁のうちのいずれの方が署名してください。	
		LW8 (告知日) 令和R 年 月 日	
		(告知者ご署名)	

ご記入にあたって

- STEP 2の項目を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で消して、正しい内容をご記入のうえ、被保険者ご自身がご署名(訂正署名)ください。
- 別冊にて【加入申込票ご記入例】をご用意しておりますので、ご参照ください。

ご記入にあたって

- 「※」印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払できないことがありますので、十分ご確認のうえご回答(記入)ください。
- 疾病を補償するセットに新たに加える場合、または、疾病補償について保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、最終頁裏面の質問事項につき、正確にご回答ください。
- 「○」年令は保険始期日現在でご記入ください。(保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日現在ではなく、団体契約の保険始期日現在の年令をご記入ください。)
- 職種コードは最終頁裏面をご参照ください。
- 「◆」団体との関係について下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。
 - ・団体の …… 1: 構成員 (子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 0: 会員企業等の役員・従業員
 - ・上記1または0の …… 2: 配偶者 3: 子ども 4: 両親 5: 兄弟姉妹 6: 同居の親族 7: 使用者

STEP 3 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらをご確認のうえご記入ください。

(注)他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等(所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等)をいいます。)

(注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内に病気またはケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。

※ 他の保険契約等がありますか? (あり)

保険金請求歴がありますか? (あり)

ご注意 「あり」の場合裏面を必ずご記入ください。(ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。)

前年合計保険料(1回分) R50 合計保険料(1回分) 受付日(社内使用欄) 令和 年 月 日

331 特記事項

XXXX

所得補償保険 健康状況告知書質問事項

ご回答は加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」にご記入ください。

- 「健康状況告知書ご記入のご案内」をご覧ください。質問事項にご回答ください。
- 「所得補償保険」にお申込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。
この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。
- 下記の質問事項には必ず被保険者となる方が、加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」にお答えください。
- 下表に記載がある傷害や疾病については告知不要です。

告知対象外となる傷害・疾病一覧	<ul style="list-style-type: none"> ●ケガ* ●正常分娩 ※以下については、疾病として告知対象となります。 脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、脊椎症、腰痛症、頸椎症、脊柱管狭窄症、椎間板障害、腰椎分離・すべり症、腰椎分離・すべり症、突発性腰痛症（ギックリ腰）、半月板損傷、ばね指（手指屈筋腱鞘炎）、骨関節炎、関節内障、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷
-----------------	---

「所得補償保険」に新たにお申込みいただく方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する加入内容の変更を伴う方は、下記の質問事項につきご回答ください。
質問1、2の回答のいずれかが「はい」の場合：お引受けできません。
質問1、2の回答のいずれも「いいえ」の場合：お引受けします。

質問1	次のいずれかに該当しますか（ケガおよび正常分娩による入院・手術・再検査等*は除きます）。 ①告知日（ご記入日）現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等*をすすめられている。 ②告知日（ご記入日）より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。 ※再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをい、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。
質問2	告知日（ご記入日）より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査*・治療（投薬を含みます）を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。 ①「がん」、「上皮内がん」 ②「糖尿病」、「高血糖症」、「耐糖能異常」 ③「精神の病気（アルコール・薬物依存を含む）」 ※検査結果が異常ななかった場合は「いいえ」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「はい」となります。

特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご加入されているお客さまへ

継続加入いただいているお客さまは、特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご加入されている場合があります。現在ご加入いただいている契約の加入者証や、加入申込票の「特定疾病対象外欄」に表示されている疾病コードに属する疾病・症状群*1については、保険金をお支払いしません。各疾病コードに属する疾病・症状は、引受保険会社のホームページ、「健康状況告知書ご記入のご案内」、「ご契約のしおり（普通保険約款・特約）」または「加入者証」に記載されている「疾病・症状一覧表」をご確認ください。引受保険会社のホームページへ、右記のQRコード*2からアクセスいただけます。

- *1 お支払対象外となる疾病コードと医学上因果関係が認められる疾病・症状についても対象外となります。
- *2 QRコードは(株)デンソーウェアの登録商標です。

継続時には、あらためて現在の健康状況等に応じた告知をしていただくことができます。なお、保険期間の途中で特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件の削除・変更を行うことはできません。あらためて告知を行う場合、告知の結果によって以下いずれかのお取扱いとなります。
<告知の結果、お引受けできる場合>
特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件を削除してご加入いただくことができます。この場合は、加入申込票の「特定疾病対象外欄」に表示されている疾病コード、疾病・症状名（カタカナ）を二重線で削除してください。なお、条件を削除して継続いただいた場合でも、保険金のお支払有無は、発病時点の保険契約の条件で判断することがあります。
<告知の結果、お引受けできない場合>
ご加入を継続いただくことができません。

ご不明な点がございましたら、代理店・扱者または引受保険会社までご連絡ください。



所得補償保険用職種コード一覧

職種コード	職業名・職種名	職種コード	職業名・職種名
011	研究者・研究員		
技術者（技師・監督を含みます。）		航空機関係従事者	
021	金属精錬、科学農業、食品、農業、電気	341	客室乗務員、航空機整備員
022	鉱山	351	その他の運輸従事者
023	航空機（搭乗する方は除きます。）	361	通信従事者
024	土木、建築	411	金属材料製造業者
025	造船	421	金属加工業者
026	上記以外の技術的な業務に従事する方	431	電気機械器具組立・修理業者
031	教員・教師・講師		輸送機械組立・修理業者
医療保健技術者		441	組立業者、修理業者、自動車解体工
041	医師（獣医を含みます。）、歯科医師	442	船舶組立工
042	薬剤師	451	計器・光学機械器具組立・修理業者
043	船医	491	その他の機械組立工・修理業者
044	保健師、助産師、看護師（見習を含みます。）、	511	製糸・紡織業者
045	マッサージ師、指圧師、はり師、きゅう師、骨つぎ師、柔道整復師	521	裁断・縫製業者
049	上記以外の技術的、専門的な医療、保健衛生の業務に従事する方	531	木・竹・草・つる製品製造業者
051	芸術家・芸能家	541	バルブ・紙・紙製品製造業者
061	職業スポーツ家	551	印刷・製本業者
その他の専門的職業従事者		611	ゴム・プラスチック製品製造業者
071	弁護士	621	かわ・かわ製品製造業者
072	裁判官、判事、検事、司法書士、行政書士等	631	窯業・土石製品製造業者
073	公認会計士	641	飲食料品製造業者
074	税理士、社会保険労務士、弁理士、中小企業診断士、技術士、計理士等	651	化学製品製造業者
075	記者、編集者（戦争通信員は除きます。）、文芸家、著述家、評論家、宗教活動に従事する方、社会福祉事業に関する専門的な業務に従事する方、カメラマン（戦争カメラマンは除きます。）、写真家（撮影技師、助手等を含みます。）、検査員（農業、肥料、生糸等）、土地家屋調査士、不動産管理士、不動産鑑定士	711	建設業者（陸上）
076	乗馬教師、馬術教師、馬調教師、大訓練士、武道師範、スキー・インストラクター、デニスインストラクター、ゴルフインストラクター、フェンシング師範、自動車教習所教員、ピアノ調律師、上記以外の専門的な業務に従事する方	712	建設業者（海上）
111	管理的職業従事者	721	定置機関・機械および建設機械運転業者
121	一般事務従事者	731	電気業者
131	作業的事務員	741	技術補助員
141	商品販売従事者	791	その他の技能工、生産工程作業員
191	その他の販売従事者	811	保安職業従事者
211	農耕業者	821	家事サービス職業従事者
221	養蚕業者	831	個人サービス職業従事者
231	養畜業者	891	その他のサービス職業従事者
241	林業業者	911	家事従事者、上記のいずれにも入らない方
251	その他の農林業業者		
261	漁業業者		
271	採掘業者		
311	鉄道関係従事者		
321	船舶関係従事者		
331	自動車運転者		

(注) 航空機乗組員または航空機使用事業・自家用航空機乗組員の方は、代理店・扱者または引受保険会社にご照会ください。

STEP3 表面のSTEP3で「あり」と回答している場合はご記入ください。

※他の 保険契約 等	被保険者氏名	所得補償保険金額合計
		万円
		万円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

保険金 請求歴	被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
			回	円
			回	円
			回	円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。