

MS&A 三井住友海上 所得補償保険加入明細書・加入申込票 兼 健康状況告知書

※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、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答（記入）ください。

000 AAA 020 994
RA83 03 20 23 354 ④

証券番号

（ご記入にあたって）

- ◎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。）
- 職種コードは裏面をご参照ください。

申	加入申込日	010 平成 年 月 日	011 電話番号	—
	住所	012 郵便番号 千 —	317 (注)カタカナでご記入ください	
込	「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。			
	氏名	307 (注)必ずフリガナをご記入ください フルネームでご署名ください。 (漢字) 341		
人	018 職場名	019 所属コード	017 社員番号	

098 加入者番号

前年加入内容を変更する場合記入
(脱退を含む)

L17 旧加入者識別コード

保険期間

平成 年 月 日から
平成 年 月 日まで

099 旧加入者番号

申し込み *ご加入される方について下欄にご記入ください。ご家族の方もご加入できます。

申し込まない

符号 390	被 保 険 者	職業・職務		セット名 (3桁以内の英数字)	※健康状況告知書質問事項回答欄				
		576 ※職業名・職種名(カナ)	312 ※職種コード		573 職種級別	質問1	質問2	質問3	該当疾病
1	J04 氏名(注)必ずカタカナでご記入ください			300	質問1、質問2に対する回答が いずれか1つでも「はい」の場合				
					L53	L54	L2A	L27	L45 疾病 コード
	323 ※生年月日	①大正 ②昭和 ③平成 年 月 日	303 ※年令	302 性別	L18 ◆団体との関係	※告知者ご署名欄			
		満 才	男 1 女 2	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	はい ① いいえ ②				

※他の保険契約等 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。）がありますか。 (注)他の保険契約等における契約、共済契約、生命保険契約等を含みます。	保険金請求歴 (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。
保険種類 所得補償 保険金額(月額)	会社名
万円 万円 万円 合計 万円	回数 合計金額 回 円

三井住友海上火災保険株式会社 宛
裏面の健康状況告知書質問事項に対する上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。

(必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。)

LW8 告知日
H 年 月 日

◆団体との関係
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:使用人

331 特記事項(カナ)

その他の項目		
項目名	項目No.	内容

R50 合計保険料(分割払の場合は1回分)

円

L65 受付日

平成 年 月 日

平成25年10月1日以降始期契約に使用

所得補償保険 健康状況告知書質問事項

- ご回答は加入明細書・加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」...
●「健康状況告知書ご記入のご案内」をご覧ください。
●「所得補償保険」にお申し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。

<告知対象外となる傷害・疾病一覧>

Table with 2 columns: 現在治療中でも告知いただく必要のないもの, 現在医師から次回通院、入院、手術、再検査等を指示されていなければ告知いただく必要のないもの

質問1 過去3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。

質問2 次のいずれかに該当しますか。①過去3年以内に、病気またはケガにより、医師による手術、または初診から最終診までの期間が14日以上となる医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがある。

質問3 女性の方で、「妊娠に伴う身体障害補償特約」付きのセットを希望される方のみお答えください。



質問1または質問2のいずれか1つでも「はい」がある方は、右記の「疾病・症状一覧表」の中で、該当する疾病・症状をご選択ください。

<選択された疾病・症状がA欄の疾病・症状に該当する場合> お引受できません。

<選択された疾病・症状がB欄の疾病・症状に該当する場合> 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でお引受します。

- 加入明細書・加入申込票の「該当疾病」欄の「B欄」に○印のうえ、該当する疾病コードを「特定疾病対象外欄」にご記入ください。
①このコードに属するA・B欄すべての疾病・症状
②上記①と医学上因果関係がある疾病・症状

質問3に対する回答が「はい」の場合、「妊娠に伴う身体障害補償特約」付きのセットのお引受はできません。

(注1) 疾病・症状名が判明しない場合は、疾病・症状名が判明するまではお引受を見合わせさせていただきます。

(注2) (例) 不整脈による受診歴のため疾病コードA0を特定疾病対象外欄に記入して加入された方が、心筋梗塞になった場合、保険金をお支払いしません。

(注3) (例) 疾病コードA2を特定疾病対象外欄に記入して加入された方が、この心筋梗塞(疾病コードA0)になり、この心筋梗塞と疾病コードA2に属する病気(高血圧症など)との間に医学上因果関係がある場合、保険金をお支払いしません。

疾病・症状一覧表

加入明細書・加入申込票の「特定疾病対象外欄」にご記入いただく疾病コードに属する疾病・症状は下表のとおりです。

Main table with columns: 分類, 疾病コード, A欄, B欄. It lists various medical conditions like heart diseases, digestive system diseases, respiratory diseases, etc., categorized into A and B columns.

【上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がない場合】 加入明細書・加入申込票の「特定疾病対象外欄」の症状コード・疾病・症状名に疾病コード「R0」および具体的な「疾病・症状名(カタカナ)」をご記入ください。

なお、上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がある場合は、必ず、上記の疾病・症状一覧表の該当する疾病・症状をご選択ください。(例)「肺炎」の場合、具体的な疾病・症状名は記入せず、「肺炎」が区分される疾病コード「C0」を選択し、記入します。

職種コード一覧

Table with columns: 職種名・職種名 and 職種コード. Lists various occupations such as researchers, technicians, teachers, etc., with their corresponding codes.

<ご注意> 特定疾病対象外欄への対象外となる疾病・症状等の記載の有無にかかわらず、普通保険約款およびセットされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。