

※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、十分にご確認ください。（記入）

(注)個賠型を含みます。

000 AAA 020 994
RC75 03 88 LF 354 ④

代表証券番号

（ご記入にあたって）

1. ◎年令は保険始期日時時点の年令をご記入ください。（保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日時時点ではなく、団体契約の保険始期日時時点の年令をご記入ください。）

2. 職種コードは裏面をご参照ください。

3. 職業名・職種名はカナで濁点・半濁点を含めて20文字超の登録はできません。裏面の職種コード一覧も参照のうえ、20文字以内でご記入ください。（これまでのご加入契約で20文字超でご記入されている方は、20文字以内でご記入ください。）

4. 被保険者住所が申込人（加入者）の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に、○印をしてください。

加入申込日 令和 R 年 月 日 010 電話番号 — —
012 郵便番号 317 カナ
住所 〒 — 399 漢字
0307 カナ
氏名 フルネームでご署名ください。 980 生年月日 (天正)T (暗种)S (平成)H (令和)R
341 自 署 年 月 日
018 所属名カナ 019 所属コード 017 社員番号

※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。

390 符号 被保険者ご本人 (注2)「介護一時金支払特約」付のセットに加入される場合、「介護一時金支払特約」の特約被保険者は、本欄記載の方となります。(注3)被保険者の住所・氏名が申込人(加入者)と異なる場合は、住所はカナを、氏名はカナ・漢字の両方を必ずご記入ください。

住所	氏名	L18 ◆団体との関係	312 職種コード	基本セット (必選択)	オプション					
					1	2	3	4	5	
申込人住所と同じ H41 カナ J04 カナ L67 漢字	323 ※生年月日 (天正)T (暗种)S (平成)H (令和)R 年 月 日 満 才 (男)1 (女)2	L18 ◆団体との関係 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	312 職種コード	300 セット名 (3桁以内の英数字)	572 口数					
2	323 ※生年月日 (天正)T (暗种)S (平成)H (令和)R 年 月 日 満 才 (男)1 (女)2	L18 ◆団体との関係 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	312 職種コード	300 セット名 (3桁以内の英数字)	572 口数					
3	323 ※生年月日 (天正)T (暗种)S (平成)H (令和)R 年 月 日 満 才 (男)1 (女)2	L18 ◆団体との関係 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧	312 職種コード	300 セット名 (3桁以内の英数字)	572 口数					

健康状況告知をされる場合は、裏面の「健康状況告知書質問事項」にご回答のうえ、告知者ご署名欄にご署名ください。
「疾病補償」・「本人介護補償」に新たにお申込みいただく場合、または継続して加入する場合で保険責任を加重（保険金額の増額、特約追加など）する場合にはあらかじめご回答ください。

(注1) 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、個人情報取扱に同意します。「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。

※ 健康状況告知書質問事項回答欄

疾病	本人介護	特定疾病対象外欄	その他の項目 (被保険者項目のみ記入可)
質問1 LKA はい 3 質問2 LKH はい 3 質問3 LIA はい 3 いいえ 4 いいえ 4 いいえ 4	質問1 LKA はい 3 質問2 LKH はい 3 質問3 LIA はい 3 いいえ 4 いいえ 4 いいえ 4	506 疾病コード 507 疾病・症状名 (カナ)	項目No. 内容
※告知者ご署名欄 (注1) (注1)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。			項目No. 内容
※告知者ご署名欄 (注1) (注1)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。			項目No. 内容
※告知者ご署名欄 (注1) (注1)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。			項目No. 内容

※他の保険契約等

は他の保険も保有する他の保険契約等（注）は他の保険会社等への保険金請求を含みます。

被保険者氏名	傷害死亡・後遺障害 保険金額	傷害入院 保険金額	傷病通院 保険金額	疾病入院 保険金額	疾病通院 保険金額	賠償支払限度額・ 保険金額
(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円	万円
(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円	万円
(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円	万円

保険金請求履歴 (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・ケガまたは事故で保険金（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。

被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
		回	円
		回	円
		回	円

◆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

R50 合計保険料 (分割払の場合は1回分)

円
加入される全被保険者の保険料の合計を記入してください。
令和 年 月 日

団体総合生活補償保険（MS&AD型） 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」をご覧のうえ、質問事項にご回答ください。
- 「団体総合生活補償保険（MS&AD型）」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。
- 「疾病補償」または「本人介護補償」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契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事項につきご回答ください。
- 下記の質問事項には、被保険者（補償の対象者）ご自身がお答えください。（※）（※）告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちのいずれかの方がお答えください。

●下表に記載がある傷害や疾病については告知は不要です。

＜告知対象外となる傷害・疾病一覧＞

- 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、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、椎間板障害、腰椎分離・すべり症、脊椎分離・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

「疾病補償」に新たにお申込みいただく方、または加入内容の変更に伴い告知いただく方で、継続後の契約に「疾病補償」のセットが含まれている場合は、下記の質問1、2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	*「疾病補償」がない契約をお申込みの方は回答不要です。「本人介護補償」にお申込みの方は質問3にご回答ください。
	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、医師から病気になる入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、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	*「疾病補償」がない契約をお申込みの方は回答不要です。「本人介護補償」にお申込みの方は質問3にご回答ください。
	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・薬物依存を含みます）」 ※検査結果が異常なかった場合は「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。

「本人介護補償」に新たにお申込みいただく方、または加入内容の変更に伴い告知いただく方で、継続後の契約に「本人介護補償」が含まれている場合は、下記の質問3につきご回答ください。

質問3の回答が「はい」の場合：「本人介護補償」はお引受けできません。

質問3の回答が「いいえ」の場合：「本人介護補償」をお引受けします。

※病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引受けできません。

質問3	*「本人介護補償」がない契約をお申込みの方は回答不要です。「疾病補償」にお申込みの方は質問1、2にもご回答ください。
	次のいずれかに該当しますか。 ①歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。 ②公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。 ③告知日（ご記入日）より過去2年以内に、医師により、「病名・症状一覧（介護）」記載の病気や症状と診断されたことがある。

病名・症状一覧（介護）

脳血管系の病気等	●脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳梗塞（脳血栓、脳塞栓、脳軟化）等） ●脳虚血発作（一過性脳虚血発作（TIA）、可逆性虚血性神経障害（RIND）等） ●眼底出血（網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等）をいい、外傷性を除きます） ●脳動脈瘤 ●脳動静脈奇形
心臓系の病気等	●虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞、冠不全等） ●不整脈（心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等）をいい、治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます） ●心臓弁膜症（僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等） ●心内膜炎 ●心肥大（心室肥大等） ●心不全 ●心筋症 ●動脈瘤
呼吸器系の病気等	●肺塞栓症（肺梗塞等） ●慢性閉塞性肺疾患（COPD）（肺気腫、慢性気管支炎） ●塵肺（珪肺症、アスベスト肺症等） ●肺線維症 ●気管支喘息（終診した小児喘息を除きます）
腎臓系の病気等	●慢性腎炎（増殖性腎炎、膜性腎症、IgA腎症等） ●腎不全 ●ネフローゼ症候群 ●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患
肝臓系の病気等	●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎※ ●C型肝炎※ ※ウイルスキャリア（感染者）を含みます。
筋・骨格系の病気等	●後遺症の残る骨折（上肢の骨折を除きます） ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 ●脊柱管狭窄症 ●変形関節症
悪性新生物	●悪性新生物（がん、肉腫、白血球、悪性リンパ腫、骨髄腫をいい、上皮内新生物は除きます） ●脳腫瘍
その他	●糖尿病（インシュリン等の注射剤を投与している場合に限りです） ●頭部外傷（後遺障害があると診断された場合に限りです） ●膠原病（関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます） ●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●精神障害（アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます） ●知的障害 ●発達障害（注） ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病（告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ（https://www.nanbyou.or.jp）等でご確認いただけます。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給者証の交付を受けることができますが、交付を受けていなくても告知の対象となりますので、ご注意ください）
	（注）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。

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、「ご契約のしおり（普通保険約款・特約）」または「加入者証」等に記載されている「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は、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）デンソーウェーブの登録商標です。

継続時には、あらかじめ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。あらかじめ告知を行う場合、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。



職種コード一覧

職種コード	職業名・職種名	職業名・職種名(カナ)
01	技術者（技師、監督を含みます。）	ギジョウジヤ
02	教員	キョウイン
03	保健医療従事者	ホケンリョウジヤ
04	芸術家、芸能家	ゲイギョウカ
05	職業スポーツ家	シヨクギョウカ
06	その他の専門的職業従事者	シヨクギョウカ
11	事務従事者	ジムジヤ
21	販売従事者	ハババ
31	農林業作業者	ノウリンギョウサ
36	漁業作業者	ギョウサ
41	採鉱・採石作業者	サイコウサイセキサ
51	自動車運転者（助手を含みます。）	ジドウシャウテンサ
52	船舶関係従事者（漁業船以外の船舶乗船者）（モーターボート競走選手を除きます。）	セボカフナギサ
53	航空機関係従事者（航空機搭乗者）	コウカキカウギサ
54	その他の運輸従事者（注1）	ソノタカウギサ
55	通信従事者（船舶・漁業船乗船者、航空機搭乗者を除きます。）（注2）	ツウシンギョウサ
61	金属製造加工作業者	キンゾクセイリョウサ
62	電気機械器具組立・修理作業者	デンキカキサ
63	輸送機械組立・修理作業者	ユウサカキサ
64	計器・光学機械器具組立・修理作業者	ケイギョウカ
65	その他の機械組立・修理作業者	ソノタカキサ
66	製糸・紡織作業者	セイボウシヨウサ
67	裁断・縫製作業者	サイタンキョウサ
68	木・竹・草・つる製品製造作業者	キタケタケサ
69	パルプ・紙・紙製品製造作業者	パルプカキサ
70	印刷・製本作業者	インサツセイボウサ
71	ゴム・プラスチック製品製造作業者	ゴムプラスチックサ
72	革・革製品製造作業者	カカワケンサ
73	窯業・土石製品製造作業者	ヨサヨドセキサ
74	飲食品製造作業者	インヨクシヨクサ
75	化学製品製造作業者	カガケンセリョウサ
76	建設作業者	ケンセツサ
77	定置機関・機械および建設機械運転作業者	テイチケンセツカウテンサ
78	電気作業者	デンキサ
79	その他の技能工・生産工程作業者	ギョウカシヨウサ
81	保安職業従事者	ホアンシヨクサ
86	サービス職業従事者	サービスシヨクサ
91	有職者以外（主婦・学生等）	ユウシヨクサ

(注1) 自動車（二輪自動車（オートバイ）を除きます。）を用いて配達・宅配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。
(注2) 自動車（二輪自動車（オートバイ）を除きます。）を用いて郵便物・電報の集配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。