# 告知書記入例

- 必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- 訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

① **1** に被保険者（保険の対象となる方）名・告知日をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。
② **2★** の質問事項について「はい」「いいえ」のいずれかに〇をしてください。１つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。
（注）ご加入いただく補償に該当する質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

**病気の補償** の質問事項は、以下に該当する方は、ご回答ください。

- 新規(※1)に病気の補償にご加入される方
  （※1）旧プランから2025年12月始期以降に販売するプランへの切替を含む
- 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
  (1)ご加入の保険金額を増額される方
  (2)病気（介護を含みます。）に関する補償の追加によって補償範囲を拡大される方
  ※継続してご加入される方で前年と加入内容に変更がない方は、回答は不要です。

**介護の補償** の質問事項は、以下に該当する方は、ご回答ください。

- 新規(※1)に介護の補償にご加入される方
  （※1）旧プランから2025年12月始期以降に販売するプランへの切替を含む
- 継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
  (1)ご加入の保険金額を増額される方
  (2)病気（介護を含みます。）に関する補償の追加によって補償範囲を拡大される方
  ※継続してご加入される方で前年と加入内容に変更がない方は、回答は不要です。

「健康状態に関する告知書」（文部科学省共済組合　団体傷害保険用）
医療保険基本特約・疾病保険特約・介護一時金支払い特約等各種特約セット団体総合保険

提出用
共済組合員氏名　ご署名　損保 太郎

■告知書のご提出が必要な方
〇新規(※1)に病気の補償・介護の補償にご加入される方
（※1）旧プランから2025年12月始期以降に販売するプランへの切替を含む
〇継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
(1)ご加入の保険金額を増額される方
(2)病気（介護を含みます。）に関する補償の追加によって補償範囲を拡大される方
※継続して加入される方で前年と加入内容に変更がない方は、ご記入、ご署名は不要です。

■告知事項は、被保険者本人が自らご記入、ご署名ください。
【代理告知】
〇被保険者が15歳未満の場合は、親権者がご記入、ご署名ください。
〇申込人ご本人以外のご家族（配偶者、子供、両親、同居の家族（兄弟姉妹、親族））の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、申込人（共済組合員）ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名されることができます。

（ご確認）
1. ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
2. 告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

文部科学省共済組合 御中
損害保険ジャパン株式会社 宛

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実に相違ありません。事実に相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」ならびに告知書のお客様控の裏面に記載の「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人（加入者）、告知者、被保険者ともに同意します。

**1** 告知者（被保険者ご本人または代理告知者）が被保険者（保険の対象となる方）名・告知日・加入する補償をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

| 被保険者番号/被保険者名 | 1 損保 太郎 | 2 損保 花子 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 告知日 | 令和 〇年 〇月 〇日 | 令和 〇年 〇月 〇日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| 告知者署名（※代理告知の場合は、代理告知をする方の署名） | 損保 太郎（代理告知の場合）被保険者との関係 | 損保 太郎（代理告知の場合）被保険者との関係 夫 | （代理告知の場合）被保険者との関係 | （代理告知の場合）被保険者との関係 |
| 加入する補償 | 病気の補償 介護の補償 | 病気の補償 介護の補償 | 病気の補償 介護の補償 | 病気の補償 介護の補償 |

**2★** 下記の質問事項にご回答ください。（**1**の被保険者番号に対応する欄にご記入ください。）
ご加入いただく補償に該当する質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。
※告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医（担当医）に確認のうえ、告知をしてください。
〇共済組合員本人やご家族（配偶者、子供、両親、同居の親族（兄弟姉妹、親族））が加入する場合、申込人（共済組合員）ご本人が、ご家族分含めて、質問事項にご回答いただくこともできます。
〇別居の兄弟姉妹・同居の家事従事者が加入する場合加入される本人自らが、質問事項にご回答ください。

| 加入する補償 | 質問事項 | ご回答（1に記入した被保険者番号） 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| 病気の補償 | 【質問1】告知日（ご記入日）現在、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。 | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ |
| | 【質問2】告知日（ご記入日）から過去1年以内に、病気で継続して10日以上入院をしたことがありますか。 | 「いいえ」の方はご加入いただけます。 | | | |
| | 【質問3】今までに、「がん」または「上皮内がん」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。（注）医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。「がん」、「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気 | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ |
| | | 「いいえ」の方はご加入いただけます。 | | | |

| | |
|---|---|
| がん | 悪性新生物　悪性しゅよう　白血病　肉腫　骨髄腫　悪性リンパ腫　骨髄異形成症候群　骨髄線維症 |
| 上皮内がん | 上皮内新生物　CIS　CIN3　子宮頸部高度異形成　HSIL |

介護の補償

【質問】

| | ご回答（1に記入した被保険者番号） 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| （1）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、または認定の申請をしたことがありますか。（※1）「申請予定」や「申請をしたが、結果、認定を受けられなかった場合」を含みます。 | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ |
| （2）次のいずれかの項目に該当していますか。●告知日（記入日）現在、次のいずれかの行為の際に、頻度を問わず、他人の介助や補助用具（杖など含みます。）の使用（※2）が必要になることがありますか。【歩行・食事・排せつ・入浴・衣類の着脱・公共交通機関を利用しての外出・店での買い物】（※2）ご本人による使用を含みます。●今までに、医師より「認知症（軽度認知障害を含みます。）」と診断されたことがありますか。（注）疑いの指摘を受けている場合や検査等の結果が判明していない場合を含みます。 | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ |
| （3）告知日（ご記入日）現在、次のいずれかに該当しますか。【入院中・療養のため自宅療養中（※3）・入院の予定（※4）がある】（※3）医師の指示による療養を指し、その期間および場所を問いません。（※4）医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。 | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ |
| （4）告知日（ご記入日）から過去2年以内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状により医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。（注）医師より「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ | はい いいえ |
| | 「いいえ」の方はご加入いただけます。 | | | |

損保 太郎

<病気・症状一覧表>

| | |
|---|---|
| がん | 悪性新生物　悪性しゅよう　白血病　肉腫　骨髄腫　悪性リンパ腫　骨髄異形成症候群　骨髄線維症 |
| 上皮内がん | 上皮内新生物　CIS　CIN3　子宮頸部高度異形成　HSIL |
| 脳血管関係の病気 | 脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血・脳血栓） |
| 肝臓の病気 | 慢性肝炎　肝硬変 |
| 腎臓の病気 | 慢性腎炎　腎不全 |
| 気管支・肺の病気 | 慢性閉塞性肺疾患（COPD）　慢性気管支炎　肺気腫 |
| 心臓関係の病気 | 心臓弁膜症　心筋こうそく　心筋症　心筋症　狭心症　心不全　心肥大　不整脈（期外収縮・洞不全症候群・房室ブロック・脚ブロック・発作性上室性頻拍・心房細動・心房粗動・ペースメーカー埋込） |
| 筋肉・骨の病気 | 筋ジストロフィー　骨折を伴う骨粗しょう症（※5）　変形性関節症（人工関節置換を含みます。） |
| 眼の病気 | 緑内障　糖尿病性網膜症　加齢黄斑変性　失明 |
| その他 | 糖尿病（合併症を含みます。）　こうげん病（全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など）　リウマチ熱　アルツハイマー病　厚生労働省指定の難病（※6）（指定難病に対する受給者証の交付を受けたことがある場合に限ります。）　精神および行動の障害（統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存症など）　パーキンソン病 |

（※5）「骨折を伴う骨粗しょう症」とは骨折した時に「骨粗しょう症」になっていた場合を意味します。（単に「骨粗しょう症」と診断された場合は含みません。）
（※6）厚生労働省指定の難病については、厚生労働省ホームページを参照してください。

告知書の個人情報の取扱いに関する事項

損保ジャパンは、この告知書に記載された個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①および②、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供を行います。
①損保ジャパンが、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。
②損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。
なお、保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。
損保ジャパンの個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（https://www.sompo-japan.co.jp/）をご覧いただくか、募集文書掲載の取扱代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせください。

お申込み前に再度ご確認ください。
- 告知書にご記入もれはありませんか？
- 告知日はご記入いただいていますか？
- 告知書に告知者ご本人がご署名いただいていますか？
- 「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと」（２枚目裏）はご確認いただきましたか？

共済組合員ご本人がご署名ください。

**1** について
被保険者名・告知日をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。
（代理告知の場合）
代理告知の場合には、代理告知をされる方が、被保険者の健康状態等をご確認のうえ、以下をご記入ください。
①「被保険者名」欄に被保険者名をご記入ください。
②「告知者署名」欄に代理告知をされる方の被保険者との関係をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。
③「加入する補償」欄のご加入される補償種類に〇をしてください。

**2★** について
各補償の質問事項は、**1**の被保険者名欄の番号に対応する欄にご記入ください。

ご加入される補償に対応するすべての質問を確認し、**すべて「いいえ」の場合は「いいえ」に、１つでも「はい」がある場合は「はい」に、**〇をしてください。

**「認知症」とは、**
正常に発達した知的機能が脳内に後天的に生じた器質的な病変または損傷により、全般的かつ持続的に低下することをいいます。

**「軽度認知障害」とは、**
本人および第三者（家族）から認知機能低下に関する訴えがあり、認知機能は正常ではないが認知症の診断基準を満たさない状態をいいます。

**【特にご注意ください】**
- 「医師の診察・検査・治療・投薬」には、入院・手術・投薬をすすめられること、日常の生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。また、がんと診断されることを含みます。
- 「入院」には、検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
- 「手術」には、「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破砕術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
- 病気を指摘された後、すぐに治療や手術の必要がないため通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
- 医師の診断により、予防目的で目薬を点眼することや、薬の処方のみをされている場合も「医師の診察・検査・治療・投薬」に該当し、告知の対象になります。
- 医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中の場合も、告知の対象になります。
- 再検査、精密検査の結果、異常がなかった場合は、質問事項に「いいえ」とご回答ください。