

健康状態告知書A

医療補償、団体長期障害所得補償に新たにご加入される場合、または更新時に保険責任を加重される場合には、健康状態の告知が必要です。「告知の大切さに関するご案内」をご確認のうえ、ご回答ください。**ご回答は表面の★健康状態告知欄にご記入ください。**

2022 年度版

質問1 ●告知日（ご記入日）現在、病気やケガで入院中、または入院か手術をすすめられていますか。

なし

質問2 ●告知日（ご記入日）より過去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。

なし

質問3 〈団体長期障害所得補償のみ〉
告知日（ご記入日）より過去2年以内に、

- 「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気（アルコール・薬物依存を含む）」と医師に診断されたことがありますか。
- 「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気（アルコール・薬物依存を含む）」のため、医師から検査^(注)・治療（投薬の指示を含みます）を受けるように指導されたことがありますか。

(注) 検査結果が異常なしだった場合は「なし」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「あり」となります。

※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

が ん	悪性新生物、がん、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内がん、C I S、C I N 3、子宮頸部の高度異形成

全てなし

**お引受けできます。
回答をご記入のうえ、ご署名ください。**

申し訳ございませんが、お引受けできません。

健康状態告知書B

がん補償に新たにご加入される場合、または更新時に保険責任を加重される場合には、健康状態の告知が必要です。「告知の大切さに関するご案内」をご確認のうえ、ご回答ください。**ご回答は表面の★健康状態告知欄にご記入ください。**

質問1 今までに「がん」または「上皮内がん」と医師に診断されたことがありますか。*

※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

が ん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内癌、C I S、C I N 3、子宮頸部の高度異形成

なし

質問2 下記の質問にお答えください。(一部の「病気・ケガ」については告知の対象外となります。詳しくは下表をご参照ください。)

- 告知日（ご記入日）より過去3か月以内に、医師の診察を受けた結果、服薬・治療・検査・入院・手術を受けたこと、またはすすめられたことがありますか。
- 告知日（ご記入日）より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。
 - ①健康診断・人間ドックを受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常(要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。)を指摘されたこと
 - ②医師の診察の結果、定期的な診察・検査を受けるよう指導されたこと
- 告知日（ご記入日）より過去5年以内に、病気やケガで、「継続して7日以上」の入院をしたこと、または手術を受けたりすすめられたことがありますか。

全てなし

**お引受けできます。
回答をご記入のうえ、ご署名ください。**

申し訳ございませんが、お引受けできません。

〈がん補償〉告知の対象とならない病気・ケガ一覧	
消化器・口腔の病気等	・そけいヘルニア ・痔 ・虫垂炎(盲腸) ・慢性便秘 ・口内炎 ・舌炎 ・手術をしていない胆石症 ・A型肝炎(A型と確定できているものに限り) (*1) ・胃炎(*1) ・胃カタル(*1) ・胃酸過多(*1) ・急性腸炎(*1) ・急性大腸炎(*1) ・胃潰瘍(*2) ・十二指腸潰瘍(*2)
呼吸器の病気等	・ぜんそく ・急性気管支炎 ・急性咽頭炎 ・急性へんとう炎 ・慢性へんとう炎 ・へんとう肥大 ・アデノイド ・上気道炎 ・副鼻腔炎(ちくのう症) ・鼻炎 ・花粉症
運動器の病気等	・関節炎 ・四十肩 ・五十肩 ・ガングリオン ・腱鞘炎 ・脊柱側弯症 ・先天性股関節脱臼 ・オスグット病 ・変形性関節症 ・後縦靭帯骨化症 ・脊柱管狭窄症 ・坐骨神経痛 ・椎間板ヘルニア ・腰椎すべり症 ・腰椎分離症
代謝・免疫の病気等	・糖尿病 ・痛風 ・高尿酸血症 ・脂質異常症(高脂血症) ・関節リウマチ ・急性リウマチ熱(*1)
目・耳の病気等	・トラコーマ ・結膜炎 ・角膜炎 ・白内障 ・外耳炎 ・急性中耳炎
循環器の病気等	・不整脈 ・心房細動 ・期外収縮 ・徐脈 ・頻脈 ・心雑音 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・心臓弁膜症 ・心肥大 ・高血圧症
泌尿生殖器の病気等	・遊走腎 ・腎下垂 ・尿管結石 ・腎臓結石 ・膀胱結石 ・尿道結石 ・膀胱炎 ・尿道炎 ・腎のう胞(*3)
皮膚の病気等	・水虫 ・いんきん ・たむし ・白せん ・たこ ・わきが ・うおのめ ・いぼ ・あせも ・にきび ・しもやけ ・とびひ ・湿疹 ・接触皮膚炎 ・アトピー性皮膚炎 ・じんましん ・帯状疱疹 ・ヘルペス
女性の病気等	・妊娠 ・子宮外妊娠 ・子宮下垂 ・子宮脱 ・妊娠中毒症 ・悪阻 ・産じよく熱 ・前置胎盤 ・胎盤早期剥離 ・死産 ・切迫早産 ・切迫流産 ・早産 ・流産 ・帝王切開 ・不妊症 ・更年期障害
感染症・寄生虫病	・インフルエンザ ・かぜ ・水ぼうそう ・風しん ・はしか ・回虫 ・ぎょう虫症
ケガ	・全てのケガ(ただし、外傷が原因と特定できる場合に限り)

(*1) 治療内容に関係なく現在完治している場合に限り、告知の対象外となります。
(*2) 入院・手術を行わずに治療し、現在完治している場合に限り、告知の対象外となります。
(*3) 健康診断・人間ドックによって発見されたもので、要治療との指摘を受けていないものに限り、告知の対象外となります。

「日臨技リンクス」加入依頼書

<ご 注 意>

- ご記入に当っては、「記入例とご注意事項」をご参照ください。
- 「医療補償」「がん補償」「団体長期障害所得補償」にご加入の方は、健康状態告知欄へのご回答と署名が必要です。また、夫婦型・家族型でご加入の場合は、配偶者やお子様についても告知と署名が必要です。
- 署名欄には、必ず告知日をご記入ください。
- 加入口数もお忘れなくご記入ください。

「日臨技リンクス」加入依頼書

ご加入時の同意内容について

私(申込者)と被保険者(*)全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。
 ①会員欄に記載の者が契約者である企業または団体の構成員であること
 ②重要事項説明書の内容
 ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
 ④重要事項説明書に記載の「個人情報取扱に関するご案内」の内容
 ⑤パンフレットに記載の「告知の大切さに関するご案内」の内容
 *保険の対象となる方をいいます。

会員(加入者)	フリガナ				ご記入日(加入依頼日)	西暦	年	月	日	
	氏名	私は、「ご加入時の同意内容について」を確認し、契約者である団体に対して加入を依頼します。 署名(自署)			日臨技会員番号					
	フリガナ				電話	-	-			
	住所	〒 -			電話	-	-			
被保険者本人 <small>(保険の対象となる方)</small>	フリガナ				性別	生年月日	西暦	年	月	日
	住所	〒 - ※会員と異なる場合のみ記入			男	女	本人	配偶者	子供	
	フリガナ				電話	-	-	親	兄弟姉妹	
	氏名				加入者と同居の親族	()		
保険料の振替口座	<input type="checkbox"/> 現在使っている日臨技リンクス口座を使う→口座振替依頼書の提出は不要です。 <input type="checkbox"/> 日臨技年会費の振替口座を使う→口座振替依頼書の提出は不要です。 <input type="checkbox"/> 新たに振替口座を設定する→口座振替依頼書にご記入ご捺印のうえ、本紙と共にお願いします。									
加入書類受付のご連絡先指定	<input type="checkbox"/> 連絡不要 <input type="checkbox"/> 会員の自宅電話 <input type="checkbox"/> 会員の勤務先電話 <input type="checkbox"/> 加入者の自宅電話 <input type="checkbox"/> その他(加入者・被保険者本人)の(電話: - - e-mail:)									

※加入する補償に☑を入れてください。

【傷害補償】 下欄にご記入ください。

<input type="checkbox"/>	☆職業・職務	臨床検査技師	その他()	職種級別	A	B	(臨床検査技師はAです)
<input type="checkbox"/>	加入タイプ		加入口数	<input type="checkbox"/>	★他の保険契約等(注1)	あり	ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。

【個人賠償責任補償】 下欄にご記入ください。

<input type="checkbox"/>	個人賠償責任補償に	加入する	★他の保険契約等(注1)	あり	ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。
--------------------------	-----------	------	--------------	----	-------------------------

【医療補償】 裏面の【健康状態告知書A】をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

<input type="checkbox"/>	加入タイプ	★他の保険契約等(注1)			あり	ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。		
<input type="checkbox"/>	★健康状態告知(被保険者本人)	質問1	なし	あり	質問2	なし	あり	
	★健康状態告知(配偶者)	質問1	なし	あり	質問2	なし	あり	
	★健康状態告知(お子様)	質問1	なし	あり	質問2	なし	あり	お子様人数

※満23歳未満のお子様のうち、おひとりでも「あり」に該当する方がいる場合には、お子様全員についてお引受けできません。

【がん補償】 裏面の「健康状態告知書B」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

<input type="checkbox"/>	加入タイプ	★他の保険契約等(注1)			あり	ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。		
<input type="checkbox"/>	★健康状態告知(被保険者本人)	質問1	なし	あり	質問2	なし	あり	
	★健康状態告知(配偶者)	質問1	なし	あり	質問2	なし	あり	
	★健康状態告知(お子様)	質問1	なし	あり	質問2	なし	あり	お子様人数

※満23歳未満のお子様のうち、おひとりでも「あり」に該当する方がいる場合には、お子様全員についてお引受けできません。

【団体長期障害所得補償】 裏面の「健康状態告知書A」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

<input type="checkbox"/>	加入タイプ	免責30日型	免責90日型	加入口数	<input type="checkbox"/>	★他の保険契約等(注1)	あり	ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。		
<input type="checkbox"/>	★健康状態告知	質問1	なし	あり	質問2	なし	あり	質問3	なし	あり

注1) ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく東京海上日動までご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

補償の重複に関するご注意

保険の対象となる方(被保険者)またはそのご家族が既に他の保険で下記の特約と同種の保険商品をご契約されている場合には、補償範囲が重複することがあります。ニーズに合わせてご加入される内容をご検討ください。
 個人賠償責任補償特約等

ご希望の補償開始日にチェックを入れてください。ただし、補償開始日の前月25日までに加入書類のご提出が必要です。
 ※加入依頼書の送付期限(25日)が土日祝日の場合は、翌営業日が送付期限となります。

補償開始日	補償終了日	加入期間	加入依頼書の送付期限*
<input type="checkbox"/> 2022年6月1日から加入	2023年6月1日 午後4時	12ヶ月	2022年5月12日必着
<input type="checkbox"/> 2022年7月1日から加入		11ヶ月	2022年6月25日必着
<input type="checkbox"/> 2022年8月1日から加入		10ヶ月	2022年7月25日必着
<input type="checkbox"/> 2022年9月1日から加入		9ヶ月	2022年8月25日必着
<input type="checkbox"/> 2022年10月1日から加入		8ヶ月	2022年9月25日必着
<input type="checkbox"/> 2022年11月1日から加入		7ヶ月	2022年10月25日必着
<input type="checkbox"/> 2022年12月1日から加入		6ヶ月	2022年11月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年1月1日から加入		5ヶ月	2022年12月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年2月1日から加入		4ヶ月	2023年1月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年3月1日から加入		3ヶ月	2023年2月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年4月1日から加入		2ヶ月	2023年3月25日必着
<input type="checkbox"/> 2023年5月1日から加入		1ヶ月	2023年4月25日必着

<署名欄> 左記告知内容の「ご加入時の同意内容について」、[がん補償にご加入の場合]ががん保険金受取人*1の指定の内容について確認・同意します。
 「医療補償」「がん補償」「団体長期障害所得補償」にご加入の方は、必ず署名欄に署名してください。
 夫婦型・家族型にご加入の場合は、配偶者、お子様の署名も必要です。

■被保険者本人署名欄

告知日(ご記入日)	西暦	年	月	日
被保険者本人(自署)	氏名			
★生年月日	西暦	年	月	日
★性別	男	女		

■配偶者署名欄

告知日(ご記入日)	西暦	年	月	日
配偶者(自署)	フリガナ			
氏名				
★生年月日	西暦	年	月	日
★性別	男	女		

■お子様署名欄(お子様氏名は年齢(年長)順にご記入ください。)

告知日(ご記入日)	西暦	年	月	日
お子様1(自署)	フリガナ			
氏名				
★生年月日	西暦	年	月	日
★性別	男	女		

■親権者・後見人等署名欄

告知日(ご記入日)	西暦	年	月	日
親権者後見人等(自署)	氏名			

被保険者(本人または医療補償・がん補償家族型①②のお子様)が満15歳未満の場合には、親権者・後見人等(注)の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わって「被保険者欄」および「親権者・後見人等欄」双方にご署名ください。
 (注) 後見人等とは、後見人・保佐人・補助人をいいます。

告知日(ご記入日)	西暦	年	月	日
お子様3(自署)	フリガナ			
氏名				
★生年月日	西暦	年	月	日
★性別	男	女		

告知日(ご記入日)	西暦	年	月	日
お子様2(自署)	フリガナ			
氏名				
★生年月日	西暦	年	月	日
★性別	男	女		

告知日(ご記入日)	西暦	年	月	日
お子様5(自署)	フリガナ			
氏名				
★生年月日	西暦	年	月	日
★性別	男	女		

告知日(ご記入日)	西暦	年	月	日
お子様4(自署)	フリガナ			
氏名				
★生年月日	西暦	年	月	日
★性別	男	女		

※がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合のみご記入ください。

*1 がん保険金受取人については、特にお申し出がない限り継続前契約と同内容でのご継続となります。

他の保険契約等の具体的な内容

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日(補償の満了する日)	保険金額・支払限度額(ご契約金額)(万円)

※日臨技リンクス互助制度運営費として、加入する保険種目数に関わらず100円/月を申し受けます(保険料と合算して引落しさせていただきます)。※控えが必要な場合は、お手数ですが本紙をコピーして保管してください。