

《ご記入要領》

- この書面による告知は、加入をお引受けするかどうかを決める重要な事項です。
- お申込者ご本人が告知日現在の状況をありのままに正確にもれなくご記入ください。
- 誤ってご記入された場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
- 訂正箇所には被保険者本人のお名前（サイン）をご記入ください。
- 告知内容によって、追加で資料のご提出をいただく場合があります。

所属組合コードをご記入ください。

「被保険者の告知書」を記入する日をご記入ください。

太枠内を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ、必ずすべての箇所には被保険者本人のお名前（サイン）をご記入ください。

「はい」の場合は、告知欄のA～Dの項目について、傷病名、症状等をくわしくご記入ください。（複数の傷病等がある場合もすべてご記入ください。）
なお、Eの項目は、該当する場合にご記入ください。

身体障害者手帳をお持ちの場合は、その写しをご提出いただくことがあります。

酪農共済制度 団体定期保険		被保険者の告知書		ジブラルタ生命保険株式会社 御中			
<p>《個人情報の取り扱いについて》保険契約者および生命保険会社からのお知らせ-当該保険制度の運営にあたり、保険契約者は加入対象者（被保険者）の個人情報（氏名、性別、生年月日、健康状態等）以下、個人情報を取り扱い、保険契約を締結する生命保険会社（共同取次会社を含みます。以下同じ。）へ提供いたします。また、保険契約者、当該保険制度の運営において入手する個人情報を、事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受信した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供・ご契約の維持管理、③生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用（注）し、また、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き保険契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じて個人情報が取り扱われます。また、引受け保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受け保険会社に提供されます。</p>		<p>この告知書に記載の事項は被保険者本人が記入し、事実と相違ないことを誓約します。もし事実と相違した場合には契約を解除されても異議ありません。</p>		<p>保険契約者 一般社団法人 全国酪農協会 会長 砂金 甚太郎</p>		<p>届出印 届出</p>	
<p>告知日 2012年1月7日</p>		<p>被保険者番号 1234567</p>		<p>ご契約番号 210018354</p>		<p>管理番号1 13001</p>	
<p>被保険者氏名 ホシ 星 一郎</p>		<p>お申込区分 新規加入</p>		<p>管理番号2 1</p>		<p>管理番号3 1</p>	
<p>生年月日 昭和40年7月7日 性別 男</p>		<p>勤務先または所属 全国酪農協会</p>					
<p>親権者 （続柄）</p>		<p>お申込（新）保険金額 750 万円</p>					
		<p>既加入保険金額 万円</p>					
<p>告知事項</p>		<p>1 最近3か月以内に医師の治療（指示・指導を含みます）・投薬を受けたことがありますか。 はい</p>		<p>はいのときはこの欄に詳しくご記入ください。また、複数の病状等がある場合もすべてご記入ください。 A. 病名やケガの名称、腫瘍の部位内容等 ①十二指腸かいよう ②高血圧</p>			
<p>2 過去1年以内に病気やけがのため手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院したことがありますか。また、病気やけがのため2週間以上（*1）にわたり、医師の治療・投薬（*2）を受けたことがありますか。 はい</p>		<p>3 手足の欠損または機能に障害がありますか。または背骨（脊柱）・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。 はい</p>		<p>B. 治療（診察・検査・指示・指導を含みます）・投薬期間 ①2011年8月～2011年10月まで（90日間） ②2007年3月 現在まで</p>			
				<p>C. 入院の有無 ◎入院の期間 ①あり ⇒ 2011年8月～2011年9月まで（20日間） ②なし</p>			
				<p>D. 症状経過 ①全快している ⇒ 全治年月 2011年10月 ②症状改善 ⇒ 現在の治療（診察・検査・指示・指導を含みます）内容 ②月2回通院・投薬を受けている</p>			
				<p>E. 女性で満16歳以上の方で妊娠中の場合 妊娠第（ ）週</p>			
<p>※1 「2週間以上」とは、病名・病状を基に医師から継続治療期間で医師の管理下にあった期間をいいます。（実際の診療日数ではありません。）</p>							
<p>※2 「医師の治療・投薬」とは、医師による診察・検査（妊娠による定期検査を含みます）・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。</p>							
<p>ご注意 最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことをご確認ください。事実を記入されなかったり、事実と異なる記入がありますと、保険金等のお支払ができない場合がありますので、十分にご注意ください。</p>							
<p>お願い 告知内容はお申込みにあたり重要な事項ですので、本告知書のお答えをお取り頂くことをおすすめいたします。</p>							
<p>生保係理係</p>				<p>承認日・承認者 受付日</p>			

健康診断や人間ドックの受診は告知の対象となる「医師の治療」には該当しませんが、結果、産業医等による療養の指示、各種指導を受けた場合には、その内容を告知書に記載してください。