



告知書(がん用)

2022.2
改定

お申し込みされるお客様へ

- この告知書は、以下の商品のお申込時のみご利用いただけます。

- ・あんしんがん治療保険
- ・がん診断保険R
- ・がん治療支援保険NEO(無解約返戻金型)

- お引受けの可否や条件は、今回当社が得た情報に加え、過去に当社が得た情報も含め、総合的な判断に基づいて決定します。その結果、お引受けできないことや特別な条件をつけてお引受けすることがあります。

告知の大切さに関するご案内

告知書記入の前に必ずご確認ください、大切に保管してください。

告知書は被保険者ご本人様がありのままを
正確にもれなくご記入ください。
当社の代理店／取扱者や社員に口頭で
お話しされても告知をいただいたことにはなりません。



自分でしっかり
書かなきゃ。

告知の内容が正しくないと、
ご契約が解除になり保険金・給付金等を
お受け取りいただけない場合があります。

※保険料のお払込みの免除に関しても、お払込みを免除できない場合があります。



いつ病院に
行ったっけ？

傷病歴の告知がある場合、ご契約のお引受けは
次の A～C のいずれかになります。

- A 無条件でご契約をお引受けいたします。
- B 特別な条件付きでご契約をお引受けいたします。
- C 今回のご契約はお断りさせていただきます。



告知したら、
契約はどうなるの
かしら？

新たな保険契約への切替の場合も、
あらためて告知してください。



以前にも
告知したけど？

電話または訪問等にて、当社または当社の委託した会社の担当者が、
告知内容等についてご確認ください場合があります。

- A ご契約お申込後
- B 保険金・給付金等ご請求時



えっと、
3年前に…



告知内容を
確認させて
ください。

! 告知すべき内容を後日思い出された場合には、当社の代理店／取扱者または営業店までご連絡ください。

告知いただく内容の例

最近3か月以内 の医師の診察・検査・治療・投薬の有無を告知してください。

医師にみてもらった事実があれば、以下の例に該当する場合も告知が必要です。

告知が必要です	<input checked="" type="checkbox"/>	医師の検査を受けたが、「異常なし」と言われた。
	<input checked="" type="checkbox"/>	医師の診察・治療を受けたが、現在は完治している。

過去5年以内 の病気やケガによる「継続して7日」以上の入院、手術の有無を告知してください。

告知忘れが多い病気の例

心臓の病気	代謝・内分泌の病気	脳・精神・神経の病気	胃・食道の病気	肝臓の病気
不整脈	糖尿病、血糖値の異常	頭痛、めまい、うつ病 自律神経失調症、不眠症	胃炎、胃かいよう 逆流性食道炎	肝機能異常 肝炎ウイルスキャリア(B型・C型)
目の病気	ポリープ	しゅようマーカーの異常	産婦人科の病気	その他の病気
白内障、高眼圧症	胃ポリープ 大腸ポリープ	PSAなどの異常	不妊症、子宮筋腫、生理不順 子宮頸部の異形成	貧血、前立腺肥大

※上記はあくまで代表例であり、表中に記載がない病気やケガについても質問事項に該当する場合は必ず告知してください。

過去2年以内 の健康診断・人間ドック・がん検診での指摘の有無を告知してください。

健康診断・人間ドック・がん検診で**指摘を受けた事実**があれば、以下の例に該当する場合も告知が必要です。

告知が必要です	<input checked="" type="checkbox"/>	健康診断で「要再検査」の指摘を受けたが、自覚症状はないため再検査は受けていない。
	<input checked="" type="checkbox"/>	健康診断で「要精密検査」の指摘を受け、精密検査を受けた結果「異常なし」の判定であった。

用語の解説

用語	解説
診察	病気の有無や病状などを判断するために、医師が患者に質問したり、からだを調べたりすることをいいます。 経過観察のための診察も該当します。
手術	開腹術などのように患部を切開し病巣を摘出する手術のほか、内視鏡(ファイバースコープ)・カテーテル・レーザーによる手術も含まれます。
投薬	医師が薬を処方することをいいます。

右ページの 告知書(がん用) に記入する際、下表をご参照ください。

表 1 質問事項 2 のご回答にあたり、必ずご確認ください。

病 気 や 所 見	ポリープ・しゅよう ^(※1) (例:胃ポリープ、大腸ポリープ、胆のうポリープ、子宮ポリープ、卵巣しゅよう、卵巣のう腫、子宮筋腫) ポリポージス
	細胞診・組織診の結果の異常 (例:子宮頸部の異形成、喀痰検査による異常)
	しゅようマーカーの異常 ^(※2) (例:AFP、CEA、PSA、CA19-9の異常)
	肝炎ウイルスキャリア(B型・C型)
	慢性肝炎、肝硬変、慢性すい炎
	かいよう性大腸炎、クローン病
	慢性腎炎、慢性腎不全
	乳房の異常 ^(※3) (例:しこり、しゅりゅう、乳腺症、マンモグラフィー・乳腺エコー検査の異常、石灰化)
症 状	不正性器出血、下血、血便、肉眼的血尿

※1 最初に指摘されてから3年以上経過している場合は除きます。

※2 しゅようマーカーの異常とは、しゅようマーカーの検査結果が検査基準値を超えたものをいいます。

※3 最初に指摘されてから3年以上経過している場合、または直近の検査(マンモグラフィー・乳腺エコー検査)で異常がない場合は除きます。

表 2 質問事項 3 ~ 質問事項 5 のご回答にあたり、必ずご確認ください。

下記の病気やケガ・おからだの状態は**告知の対象外**です。

循環器の病気	高血圧症
消化器の病気	そけいヘルニア、痔、手術をしていない胆石症、虫垂炎(盲腸)
腎臓・泌尿器の病気	尿管結石、腎臓結石
代謝の病気	脂質異常症(高脂血症)、痛風、高尿酸血症
呼吸器の病気、症状	副鼻腔炎(ちくのう症)、慢性へんとう炎、へんとう肥大、花粉症、鼻炎、完治しているかぜ・インフルエンザ、ぜんそく、気管支ぜんそく
運動器の病気、ケガ	打撲、捻挫、骨折、じんたい損傷、むちうち損傷、椎間板ヘルニア
妊娠・分娩	妊娠、子宮外妊娠、妊娠中毒症、胎盤早期はくり、切迫早産、切迫流産、早産、流産、帝王切開
皮ふの病気	湿疹、アトピー性皮ふ炎、水虫
耳の病気	急性中耳炎
その他	予防接種のための受診 (予防接種による異常で医師の診察・検査・治療・投薬を受けた場合は告知が必要です。)

表 3 質問事項 6 のご回答にあたり、必ずご確認ください。下記の検査値の異常は**告知の対象外**です。

血圧値の異常
尿酸値の異常
脂質の値の異常(総コレステロール値、中性脂肪値、LDLコレステロール値、HDLコレステロール値の異常)

記入上の注意点

ご記入前に必ずお読みください。

必ず被保険者ご本人様をご記入ください。

※被保険者が15歳以上の場合、親権者・後見人による代筆はできません。

必ず黒色のボールペン(消えないもの)でご記入ください。鉛筆・シャープペンシルなどでのご記入は無効となります。

記入内容を訂正する場合は、該当箇所を二重線で訂正のうえ、被保険者の印鑑(書面によるお申込みの場合、申込書と同一印)を押印してください。修正液や重ね書きでの訂正は行わないでください。

告知書記入例

告知日

告知書をご記入いただいた日付を和暦でご記入ください。

数字の記入例

告知日等の数字の記入は下記正しい例をご参照ください。

正しい例

40年

1 2 3 4 5
6 7 8 9 0

以下のような場合、数字の判読ができないことがありますので、ご注意ください。

✕ 枠からはみ出ている
40年

✕ 文字が判別しづらい
4?9?
40年 90年

告知書(がん用) あんしん生命 提出用

宛先: 東京海上日動あんしん生命保険株式会社

告知日: 令和 04年 03月 01日

被保険者: 生保 太郎様

年齢: 45歳

性別: 男

身長: 172 cm

体重: 63 kg

職業: 会社員

喫煙: いいえ

告知事項 1~6

質問事項 1: がん診断されたことがありますか。 (はい) (いいえ) (指摘あり)

質問事項 2: 過去2年以内に、医師から定期的な診察・検査を受けるように指摘されたことがありますか。 (はい) (いいえ) (指摘あり)

質問事項 3: 最近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。 (はい) (いいえ) (指摘あり)

質問事項 4: 過去5年以内に、病気やケガで「継続して7日以上」の入院をしたことがありますか。 (はい) (いいえ) (指摘あり)

質問事項 5: 過去5年以内に、病気やケガで手術を受けたことがありますか。 (はい) (いいえ) (指摘あり)

質問事項 6: 過去2年以内に健康診断・人間ドック・がん検診を受けて、以下の【顕微】(検査)で、「要再検査」/「要精密検査」/「要治療」を指摘されたことがありますか。 (指摘あり) (指摘なし) (指摘あり)

詳細告知欄: 逆流性食道炎

内視鏡検査にて診断され、投薬治療中。

便検査: 便潜血 陽性

大腸内視鏡検査を受け異常なし

報告事項の解説

喫煙(報告事項)

「喫煙」には、紙巻たばこのほか、葉巻、パイプ、刻みたばこ、噛みたばこ、嗅ぎたばこ、電子たばこ等およびニコチンを含有する製剤(ニコチンガム、ニコチンパッチ等)の使用を含みます。

詳細告知欄

質問事項 1~6で『はい』『指摘あり』に該当する場合はご記入ください。

※部位: 病気やケガの名前だけでは部位が特定できない場合は、左右の別など具体的な部位をご記入ください。

訂正する場合

記入内容を訂正する場合は、該当箇所を二重線で訂正のうえ、被保険者の印鑑(書面によるお申込みの場合、申込書と同一印)を押印してください。

質問事項の解説

質問事項 3

経過観察のための診察を含め、最近3か月以内に医師にみてもらった事実があれば『はい』に○をしてください。

※医師の診察や検査を受けて「異常なし」といわれた場合や、すでに完治している場合も『はい』に○をしてください。

※健康診断・人間ドック・がん検診については質問事項④でお答えください。

質問事項 5

「手術」には開腹術などのように患部を切開し病巣を摘出する手術のほか、内視鏡(ファイバースコープ)・カテーテル・レーザーによる手術も含まれます。

質問事項 6

過去2年以内に受けた健康診断・人間ドック・がん検診で、指摘された事実があれば、『指摘あり』に○をしてください。

※再検査や精密検査を受けていない場合や、受けた結果「異常なし」であった場合も『指摘あり』に○をしてください。

このページを開いて、記入上の注意点および別紙をご確認
いただきながら、告知書をご記入ください。

告知書(がん用)

あんしん生命
提出用

2022年2月版

宛先: 東京海上日動あんしん生命保険株式会社

- 添付の「告知の大切さに関するご案内」および「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容を確認し、同意します。この書面にわたくしが記入した事項は質問事項を確認のうえ記入したものであり、事実と相違ありません。
- 貴社が契約者に対して被保険者の告知内容、審査結果および診査結果を知らせることに同意します。診察を受けた事実があるときは診察した医師が、被保険者の健康状態、症状または治療内容等を貴社に報告しても異議を申しません。

必ず被保険者ご本人様が、すべての項目を正確にもれなくご記入ください。
(被保険者が15歳以上の場合、親権者・後見人による代筆はできません。)

代理店/ 取扱者記入欄	証券番号	<input type="text"/>
	添付資料	営業店 <input type="text"/>
	あり	代理店/取扱者 <input type="text"/>

告知日	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日							
被保険者	フリガナ	<input type="text"/>															
	氏名	<input type="text"/>							性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女						
		<input type="text"/>							体格	身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
		<input type="text"/>								小数点以下は四捨五入							
生年月日	<input type="radio"/> 昭和	<input type="radio"/> 平成	<input type="radio"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日					

この書面の有効期限は告知日の翌月末日です。有効期限内に契約が成立しない場合は、改めて告知書を提出いただくことがあります。ただし、会社が別に定める場合はこの限りではありません。

喫煙 (報告事項)	過去1年以内に、喫煙したことがありますか。	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
-----------	-----------------------	---------------------------	--------------------------

親権者・後見人の署名
(被保険者が15歳未満の場合は、親権者・後見人がご署名ください。)

様

●以下の質問事項①～⑥について、該当する回答に○をしてください。
「はい」「指摘あり」に該当する場合は、その詳細を詳細告知欄にご記入ください。

質問事項	回答
① 今までに、「がん」(*)または「上皮内がん」(*)と診断されたことがありますか。 ※1 「がん」、「上皮内がん」に含まれるものの例:癌・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫・子宮頸部高度異形成	いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/>
② 過去2年以内に、別紙表1の病気や所見・症状で、医師から定期的な診察・検査を受けるように指導されたことがありますか。 (過去2年以内に受けた健康診断・人間ドック・がん検診で、要経過観察・要観察の指摘を受けた場合も含まれます。)	いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/>
③ 最近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。	いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/>
④ 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がありますか。	いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/>
⑤ 過去5年以内に、病気やケガで手術(**)を受けたことがありますか。 ※2 内視鏡・カテーテル・レーザーによる手術を含みます。	いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/>
⑥ 検査値の異常は告知の対象外 過去2年以内に健康診断・人間ドック・がん検診を受けて、以下の【臓器】【検査】で、「要再検査」/「要精密検査」/「要治療」を指摘されたことがありますか。 【臓器】 脳・心臓・甲状腺・肺・食道・胃・腸・肝臓・腎臓・すい臓・胆のう・前立腺・子宮・卵巣・乳房 【検査】 尿検査・血液検査・眼底検査・便検査	指摘なし <input type="radio"/> 指摘あり <input type="radio"/> 健診を受けていない <input type="radio"/>

A欄に記入

B欄に記入

詳細告知欄	
病気やケガの名前、部位、検査名	(該当する質問事項 _____)
診察・検査・治療・投薬の期間	[年 月]から[年 月]まで(月おき)
入院時期・期間	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒ [年 月]から[日]
手術時期 手術名・部位	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒ [年 月] 手術名・部位
原因・治療内容・検査結果・経過など	
現在の状況	治療中 <input type="radio"/> 経過観察中 <input type="radio"/> 完治 ⇒ [年 月]
医療機関名	
健診受診時期	[年 月]
異常を指摘された臓器・検査項目	
異常指摘の詳細・数値・所見	
再検査・精密検査について	受診 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 ⇒ 受診時期 [年 月] 検査方法・検査結果
医療機関名	

上記 A欄 B欄 に記入できない場合は下記スペースにご記入ください。



901H6

— このページは、表面のイメージ読取のため、白紙にしています —

告知書(がん用)

お客様控

2022年2月版

宛先: 東京海上日動あんしん生命保険株式会社

- 添付の「告知の大切さに関するご案内」および「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容を確認し、同意します。この書面にわたくしが記入した事項は質問事項を確認のうえ記入したものであり、事実と相違ありません。
- 貴社が契約者に対して被保険者の告知内容、審査結果および診査結果を知らせることに同意します。診察を受けた事実があるときは診察した医師が、被保険者の健康状態、症状または治療内容等を貴社に報告しても異議を申しません。

必ず被保険者ご本人様が、すべての項目を正確にもれなくご記入ください。
(被保険者が15歳以上の場合、親権者・後見人による代筆はできません。)

代理店/取扱者記入欄	証券番号	□□□□□□□□□□
	添付資料	営業店 □□□□□□□□
	あり	代理店/取扱者 □□□□□□□□

告知日	令和	□□	年	□□	月	□□	日
被保険者	フリガナ	□□□□□□□□□□					
	氏名	性別	男	女	体格	身長	体重
						□□□□	□□□□
						cm	kg
						小数点以下は四捨五入	
生年月日	昭和	平成	令和	□□	年	□□	月
				□□	日		

この書面の有効期限は告知日の翌月末日です。有効期限内に契約が成立しない場合は、改めて告知書を提出いただくことがあります。ただし、会社が別に定める場合はこの限りではありません。

喫煙	過去1年以内に、喫煙したことがありますか。
いいえ	はい
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

親権者・後見人の署名
(被保険者が15歳未満の場合は、親権者・後見人がご署名ください。)

様

●以下の質問事項①～⑥について、該当する回答に○をしてください。
 「はい」「指摘あり」に該当する場合は、その詳細を詳細告知欄にご記入ください。

質問事項	回答
① 今までに、「がん」(*)または「上皮内がん」(*)と診断されたことがありますか。 <small>※1 「がん」、「上皮内がん」に含まれるものの例:癌・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫・子宮頸部高度異形成</small>	いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/>
② 過去2年以内に、別紙【表1】の病気や所見・症状で、医師から定期的な診察・検査を受けるように指導されたことがありますか。(過去2年以内に受けた健康診断・人間ドック・がん検診で、要経過観察・要観察の指摘を受けた場合も含みます。)	いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/>
③ 最近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。	いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/>
④ 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がありますか。	いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/>
⑤ 過去5年以内に、病気やケガで手術(**)を受けたことがありますか。 <small>※2 内視鏡・カテーテル・レーザーによる手術を含みます。</small>	いいえ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/>
⑥ 検査値の異常は告知の対象外 <small>別紙【表3】に掲げる</small>	指摘なし <input type="radio"/> 指摘あり <input type="radio"/>
【臓器】 脳・心臓・甲状腺・肺・食道・胃・腸・肝臓・腎臓・すい臓・胆のう・前立腺・子宮・卵巣・乳房	健診を受けていない <input type="radio"/>
【検査】 尿検査・血液検査・眼底検査・便検査	

A欄に記入

B欄に記入

詳細告知欄	
病気やケガの名前、部位、検査名	(該当する質問事項 _____)
診察・検査・治療・投薬の期間	[年 月]から[年 月]まで(月おき)
入院時期・期間	(無) (有) ⇒ [年 月]から[日]まで
手術時期 手術名・部位	(無) (有) ⇒ [年 月]
原因・治療内容・検査結果・経過など	
現在の状況	治療中 経過観察中 完治 ⇒ [年 月]
医療機関名	
健診受診時期	[年 月]
異常を指摘された臓器・検査項目	
異常指摘の詳細・数値・所見	
再検査・精密検査について	受診 (無) (有) ⇒ 受診時期 [年 月]
	検査方法・検査結果
	医療機関名

上記 A欄 B欄 に記入できない場合は下記スペースにご記入ください。

個人情報の取扱いに関するご案内

弊社および東京海上グループ各社（※）は、本手続き（情報端末を利用した契約手続きを含みます。）において取得するお客様の個人情報（健康状態に関する質問への回答も含みます。）を、この手続き以降のお客様に関する弊社に対する一切の申込み等を含む将来におけるすべての保険引受けの判断、この手続き以降に成立する一切の契約または過去に締結された契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から④の利用・提供を行うことがあります。

- ① 保険契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先（保険代理店、保険仲立人、医療機関、保険金・給付金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等を含みます。）に対して個人情報を提供すること
- ② 保険契約に関して取得する情報は、契約締結、契約内容変更、保険金・給付金支払い等の可否を判断するうえでの参考とするため、個人情報を他の生命保険会社、東京海上グループ内の他の保険会社、一般社団法人生命保険協会等と共同して利用すること
- ③ 保険契約に関して取得する情報は、弊社と東京海上グループ各社との間または弊社と弊社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、個人情報を共同して利用すること
- ④ 再保険会社における保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金支払い等に利用するため、対象となる保険契約の特定に必要な保険契約者の個人情報の他、被保険者氏名、性別、生年月日、保険金額等の契約内容に関する情報および健康状態に関する情報など当該業務に必要な個人情報を記録媒体等に安全管理措置を講じて再保険会社に提供すること

東京海上グループ各社の範囲および提携先企業等の一覧、東京海上グループ内における個人情報利用の管理責任者、各種商品やサービスの一覧、弊社（および東京海上グループ各社）における個人情報の取扱いについては、弊社ホームページ（<https://www.tmn-anshin.co.jp/>）をご覧ください。
 ※「東京海上グループ」とは、「東京海上ホールディングス株式会社」傘下の弊社、東京海上日動火災保険株式会社、日新火災海上保険株式会社など、前記各社の子会社等を含みます。

弊社は、お客様の個人情報（健康状態への質問への回答を含みます。）について、ご契約が締結に至らなかった場合や、解約、保険期間満了などにより保険契約が消滅した後も保持します。また、ご提出いただきました申込書、告知書等各種書類は返却いたしません。

<補足> 生命保険契約は、契約者・被保険者・受取人がそれぞれ別の方となる場合があります。このため、保険契約の継続・維持管理等に必要な範囲内で、保険金・給付金の請求・支払いに関する被保険者・受取人の情報を保険契約者に開示することがあります。また、受取人が異なる複数の保険金・給付金の間に関連がある場合、保険金・給付金の支払いに必要な範囲内で、一方の保険金・給付金の請求・支払いに関する情報を他方の保険金・給付金の受取人に開示することがあります。上記以外にも、弊社は、保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い等に必要な範囲内で契約者の情報を被保険者や受取人に、被保険者の情報を契約者や受取人に、受取人の情報を契約者や被保険者に、それぞれ開示することがあります。

なお、個人情報の取扱いについての照会や開示・訂正・削除等に関するご請求は、弊社ホームページ（<https://www.tmn-anshin.co.jp/>）掲載のプライバシーポリシーお問合せ窓口までご連絡ください。

東京海上日動あんしん生命保険株式会社
個人データ管理責任者

表 1 質問事項 2 のご回答にあたり、必ずご確認ください。

病気や所見	ポリプ・しゅよう（※1） （例：胃ポリプ、大腸ポリプ、胆のうポリプ、子宮ポリプ、卵巣しゅよう、卵巣のう腫、子宮筋腫） ポリボシス
	細胞診・組織診の結果の異常 （例：子宮頸部の異形成、喀痰検査による異常）
	しゅようマーカーの異常（※2） （例：AFP、CEA、PSA、CA19-9の異常）
	肝炎ウイルスキャリア（B型・C型）
	慢性肝炎、肝硬変、慢性すい炎
	かいよう性大腸炎、クローン病
	慢性腎炎、慢性腎不全
症状	乳房の異常（※3） （例：しこり、しゅりゅう、乳腺症、マンモグラフィー・乳腺エコー検査の異常、石灰化）
	不正性器出血、下血、血便、肉眼的血尿

- ※1 最初に指摘されてから3年以上経過している場合は除きます。
- ※2 しゅようマーカーの異常とは、しゅようマーカーの検査結果が検査基準値を超えたものをいいます。
- ※3 最初に指摘されてから3年以上経過している場合、または直近の検査（マンモグラフィー・乳腺エコー検査）で異常がない場合は除きます。

表 2 質問事項 3 ~ 質問事項 5 のご回答にあたり、必ずご確認ください。

下記の病気やケガ・おからだの状態は告知の対象外です。

循環器の病気	高血圧症
消化器の病気	そけいヘルニア、痔、手術をしていない胆石症、虫垂炎（盲腸）
腎臓・泌尿器の病気	尿管結石、腎臓結石
代謝の病気	脂質異常症（高脂血症）、痛風、高尿酸血症
呼吸器の病気、症状	副鼻腔炎（ちくのう症）、慢性へんどう炎、へんどう肥大、花粉症、鼻炎、完治しているかぜ・インフルエンザ、ぜんそく、気管支ぜんそく
運動器の病気、ケガ	打撲、捻挫、骨折、じんたい損傷、むちうち損傷、椎間板ヘルニア
妊娠・分娩	妊娠、子宮外妊娠、妊娠中毒症、胎盤早期はくり、切迫早産、切迫流産、早産、流産、帝王切開
皮膚の病気	湿疹、アトピー性皮膚炎、水虫
耳の病気	急性中耳炎
その他	予防接種のための受診（予防接種による異常で医師の診察・検査・治療・投薬を受けた場合は告知が必要です。）

表 3 質問事項 6 のご回答にあたり、必ずご確認ください。下記の検査値の異常は告知の対象外です。

血圧値の異常
尿酸値の異常
脂質の値の異常（総コレステロール値、中性脂肪値、LDLコレステロール値、HDLコレステロール値の異常）

特にご注意ください事項

●この書面の有効期限は告知日の翌月末日です。有効期限内に契約が成立しない場合は、改めて告知書を提出いただくことがあります。ただし、会社が別に定める場合はこの限りではありません。

告知に関して、代理店/取扱者の説明にご不明な点があった場合には、下記の相談窓口までご連絡ください。

照会先 東京海上日動あんしん生命保険株式会社
カスタマーセンター

☎ 0120-016-234

〈受付時間〉 平日 9:00~18:00
土曜 9:00~17:00（日曜・祝日・年末年始を除きます。）