



告知書

2022.2
改定

お申し込みされるお客様へ

<ご利用いただける商品に関するご注意>

この告知書は、第一分野・就業不能保障・医療保障商品のお申込時にご利用いただけます。

※以下の商品については、第一分野・就業不能保障・医療保障商品のいずれかを同時にお申込みの場合に限りご利用いただけます。単独でお申込みの場合は「告知書(がん用)」をご利用ください。

- ・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)

※こども保険の被保険者告知においてもこの告知書をご利用ください。

<ご回答いただく「質問事項」に関するご注意>

下表の商品・特約のお申込時は、「質問事項」8、および「質問事項」9・10について、○がある質問に漏れなくご回答ください。

商品名・特約名	質問事項 8	質問事項 9・10
長生き支援終身		○
家計保障定期保険NEO		
・就業不能保障特約(I型・Ⅲ型)	○	○
・就業不能保障特約(Ⅱ型)	○	
あんしん就業不能保障保険(I型・Ⅲ型)	○	○
あんしん就業不能保障保険(Ⅱ型)	○	
メディカルKit NEO・メディカルKit R・あるく保険		
・がん診断特約	○	
・抗がん剤治療特約	○	
・悪性新生物初回診断特約	○	
・重度5疾病・障害・重度介護保障特約	○	○
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)	○	

● 喫煙 について

家計保障定期保険NEO・あんしん就業不能保障保険をお申込みの方(復活を除きます。)で、契約日時点の年齢が満20歳以上の方は「喫煙」についてもご回答ください。

● お引受けについて

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



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年以内に**病気やケガ**による手術、7日以上期間にわたる医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがあるか告知してください。

通院回数にかかわらず、**初診日から最終受診日まで7日以上期間にわたる場合は告知が必要です。**
(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"/>	初診日から数えて7日目以降に2回目の診察を受けた。
	<input checked="" type="checkbox"/>	1年に1回定期的に診察・検査を受けている。
	<input checked="" type="checkbox"/>	検査を受けた日から数えて7日目以降に検査結果を聞きに行った。

薬を飲まなかった場合や、薬を受け取らなかった場合でも、**7日以上薬を処方された事実**があれば告知が必要です。また、**予防のための投薬**であっても告知が必要です。
(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"/>	1回の受診で7日以上投薬を受けた。
	<input checked="" type="checkbox"/>	複数回に分けて合計7日以上投薬を受けた。
	<input checked="" type="checkbox"/>	7日以上薬を処方されたが、3日分しか飲まなかった。

告知忘れが多い病気やケガの例

血圧・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	目の病気
高血圧、血圧値の異常 不整脈	脂質異常症(高脂血症) 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)	白内障、 高眼圧症
ポリープ	しゅようマーカーの異常	産婦人科の病気	妊娠・分娩に伴う異常	その他の病気	ケガ
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	切迫流産、切迫早産 流産、早産	貧血、前立腺肥大 痔、眼げん下垂	骨折、打撲、 捻挫

※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、体外衝撃波結石破碎術(ESWL)、帝王切開も含まれます。
投薬	医師が薬を処方することをいいます。

告知書

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。)

- ご提出いただいた告知書および添付資料は、ご返却いたしません。
- 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。

▼ **質問事項 ①～⑩** (注1) および **喫煙** (注2)・**体格** について、告知事項としてお尋ねします。

(注1) 詳細告知欄を含みます。(注2) 家計保障定期保険NEO・あんしん就業不能保障保険をお申込みの方(復活を除きます。)で、契約日時点の年齢が満20歳以上の方のみ告知事項となります(告知が『いいえ』の場合は喫煙検査が別途必要です)。本条件に該当しない場合は報告事項となります。

質問事項 ①～⑩ 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。(7を除きます。)

ただし、以下の告知が不要なケースに該当する場合は告知の対象外です。

告知が不要なケース	<ul style="list-style-type: none"> ●かぜ・インフルエンザで、現在完治している場合 ●花粉症・水虫のため、医師の診察・検査・治療・投薬を受けていた、または現在受けている場合 ●医師の処方によらない市販の薬(かぜ薬・ビタミン剤・サプリメントなど)を服用していた、または現在服用している場合 ●予防接種のために受診した場合(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。)
-----------	---

質問事項

すべての方がご回答ください。

3か月以内の受診歴	① 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。
5年以内の受診歴	② 過去5年以内に、病気やケガで初診日から最終受診日まで7日以上期間にわたり、医師の診察・検査・治療を受けたこと(※1)、または7日分以上の投薬を受けたことがありますか。 ※1 入院した期間を含みます。 質問事項の下の「告知忘れが多い病気やケガの例」をご参照ください。
	③ 過去5年以内に、病気やケガで手術(※2)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、体外衝撃波結石破碎術、帝王切開を含みます。 質問事項の下の「告知忘れが多い病気やケガの例」をご参照ください。
がん診断歴	④ 今までに、「がん(※3)」または「上皮内がん(※3)」と診断されたことがありますか。 ※3 「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
健康診断 2年以内の	⑤ 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】血圧測定・尿検査・血液検査・眼底検査・便検査
身体の機能	⑥ 現在、以下①身体の障がい、②医療機器等の使用のいずれかがありますか。 ①視力(左右いずれかの矯正視力が0.3以下)・視野・聴力・言語・平衡機能・そしゃく機能の障がい、手・足・指の欠損または機能の障がい、関節・背骨(脊柱)の変形または機能の障がい、ぼうこう・直腸の機能の障がい ②心臓ペースメーカー、心臓除細動器、人工心臓弁(生体弁を含む)、人工関節、人工内耳、人工中耳、人工肛門、人工ぼうこう

満16歳以上の女性のみご回答ください。

女性の方	⑦ 現在、妊娠していますか。
------	----------------

がん・就業不能保障(詳細は告知書表紙の「お申し込みされるお客様へ」参照)をお申込みの方のみご回答ください。

がん就業不能保障をお申込みの方	⑧ 過去2年以内に、以下①～③いずれかの病気や所見で、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。) ①ポリープ・しゅよう(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、ポリポーシス) ②乳房の異常(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) ③肝炎ウイルスキャリア(B型・C型)
-----------------	---

介護・就業不能保障(詳細は告知書表紙の「お申し込みされるお客様へ」参照)をお申込みの方のみご回答ください。

介護就業不能保障をお申込みの方	⑨ 今までに、ご自身に関して、以下①～③のいずれかを申請したことがありますか。 ①身体障害者手帳の交付申請 ②公的年金制度に基づく障害年金・障害手当金の給付申請 ③公的介護保険の要介護・要支援の認定申請
	⑩ 現在、以下①～⑦の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。 ①歩行 ②食事 ③排せつ ④入浴 ⑤衣服の着替え ⑥店での買い物 ⑦公共の交通機関の利用

告知忘れが多い病気やケガの例 ※下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。

血圧・心臓の病気 高血圧、血圧値の異常 不整脈	代謝・内分泌の病気 脂質異常症(高脂血症) 糖尿病、血糖値の異常	脳・精神・神経の病気 頭痛、めまい、うつ病 自律神経失調症、不眠症	胃・食道の病気 胃炎、胃かいよう 逆流性食道炎	肝臓の病気 肝機能異常 肝炎ウイルスキャリア(B型・C型)	目の病気 白内障、高眼圧症
ポリープ 胃ポリープ 大腸ポリープ	しゅようマーカーの異常 PSAなどの異常	産婦人科の病気 不妊症、子宮筋腫、生理不順 子宮頸部の異形成	妊娠・分娩に伴う異常 切迫流産、切迫早産 流産、早産	その他の病気 貧血、前立腺肥大 痔、眼げん下垂	ケガ 骨折、打撲、捻挫

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にご記入ください。

※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。

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。

体格

身長・体重について必ずご記入ください(小数点以下は四捨五入してご記入ください)。

告知書

宛先: 東京海上日動あんしん生命保険株式会社
 添付「告知の大切な点に関するご案内」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。
 また、裏面検査を実施する場合は、わたくし自身が行きます。
 貴社が契約者に対して数保険者の告知内容、審査結果および診査結果を知らせることに同意します。
 があるときは診察した医師が、被保険者の健康状態、症状または疾病内訳等を書面に報告しても異議ありません。

告知日 令和 4 年 3 月 1 日

被保険者 氏名(自筆) セイホ ハナコ 性別 男 1 2
 生年月日 大正 2 年 4 月 15 日

証券番号 07012345678
 営業店 1234 銀座支社
 代理店/取扱者 5678 安心保険

勤務先名称・職業名 あんしん商事 事務職
 職種・勤務の具体的内容
 身長 158 cm 体重 55 kg
 (小数点以下は四捨五入)

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。)

詳細告知欄

病名やケガの名称、部位、検査名	(該当する質問事項 1, 2)	(該当する質問事項 2, 3)
診察・検査・治療・投薬の期間	2019年10月1日から[]年[]月[]日まで([] か月おき)	2020年6月1日から[]年[]月[]日まで([] か月おき)
入院時期・期間	無 [] 有 [] → [] 年 [] 月 [] 日から [] 年 [] 月 [] 日まで([] 日間)	無 [] 有 [] → [] 年 [] 月 [] 日から [] 年 [] 月 [] 日まで([] 日間)
手術時期 手術名・部位	無 [] 有 [] → [] 年 [] 月 [] 日	無 [] 有 [] → [] 年 [] 月 [] 日
原因・治療内容・検査結果・経過など	2019年の健康診断で指摘され受診。服薬治療中。	交通事故により受傷。2020年6月にボルトで内固定をした。ボルトは除去していない。後遺症なし。
現在の状況	無 [] 経過観察中 病状 [] 年 [] 月 [] 日	無 [] 有 [] → [] 年 [] 月 [] 日
医療機関名	〇〇クリニック	△△整形外科
健診受診時期	[] 年 [] 月 [] 日	[] 年 [] 月 [] 日
異常を指摘された異常・検査項目	胸部X線	
異常指摘の詳細・数値・所見	異常陰影があり要精密検査の指摘	
再検査・精密検査について	胸部CT検査を受け異常なし	
医療機関名	XX病院	

高血圧	脂質異常症(高脂血症)	高尿酸血症・痛風	肝機能異常
※高血圧で通院中の場合は6か月以内の測定値を記入	中性脂肪(TG) [] mg/dl LDLコレステロール [] mg/dl LDLコレステロールがない場合 LDLコレステロール [] mg/dl	尿酸(UA) [] mg/dl	※3つすべての数値を記入 GOT(AST) [] U/l GPT(ALT) [] U/l γ-GTP [] U/l
医療機関での直近の測定値 最大血圧 / 最小血圧 [] / [] mmHg			
直近の測定時期 2022 年 2 月			
測定医療機関名 〇〇クリニック			

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。

詳細告知欄

●質問事項①～⑩で『はい』『指摘あり』に該当する場合はご記入ください(質問事項⑦を除きます)。
 ※部位: 病名やケガの名称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。
 ※骨折による手術: ボルト・プレート等による内固定の状況(内固定をした・していない/内固定をした場合は内固定具の除去をした・していない)をご記入ください。

数値告知欄

●詳細告知欄のA欄・B欄において高血圧、脂質異常症(高脂血症)、高尿酸血症・痛風、肝機能異常の告知がある場合は、該当する欄に直近の「医療機関での測定値」「測定時期」「測定医療機関名」をすべてご記入ください。
 ※自己測定値ではなく医療機関での測定値をご記入ください。

質問事項の解説

喫煙

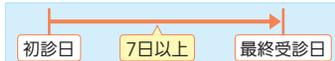
●「喫煙」には、紙巻たばこのほか、葉巻、パイプ、刻みたばこ、噛みたばこ、喫ぎたばこ、電子たばこ等およびニコチンを含有する製剤(ニコチンガム、ニコチンパッチ等)の使用を含みます。

質問事項①

●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⑤でお答えください。

質問事項②

●「初診日から最終受診日まで7日以上期間にわたり」とは、通院回数にかかわらず、初診日から最終受診日までの期間が7日以上となることをいいます。



●「7日分以上の投薬を受けた」とは、通院回数にかかわらず、合計7日分以上の薬を処方されたことをいいます。
 ※薬を飲まなかった場合や薬を受け取らなかった場合でも7日分以上の薬を処方された事実があれば『はい』に○をしてください。

質問事項⑤

●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。

質問事項⑥

●「障がい」とは、身体の機能が一部もしくはすべて損なわれた状態をいいます。この状態に該当する場合は、身体障がい認定を受けていなくとも「障がい」に含まれます。
 ●「視野の障がい」とは、見える範囲が狭くなったり、一部欠けたりする状態をいいます。
 ●「①身体の障がい」が『はい』に該当する場合は、障がいのある部位、原因、現在の程度、障がい固定した時期、身体障がい等級を詳細告知欄のA欄にご記入ください。視力に障がいがある場合は、左右それぞれの矯正視力もご記入ください。
 ●「②医療機器等の使用」が『はい』に該当する場合は、使用する医療機器等の名称、使用する原因となった病名やケガの詳細を詳細告知欄のA欄にご記入ください。

質問事項⑩

●「他の方の介助が必要」とは、日常生活の動作(歩行、食事、排せつ、入浴、衣服の着替え、店での買い物、公共の交通機関の利用)を行う際に、他の方に動作などを手助けしてもらわないと、その日常生活の動作ができないことをいいます。
 「補助具」 杖、歩行器、シルバーカー(手押し例)の歩行補助車)、義肢・装具、車椅子
 ●『はい』に該当する場合は、該当する日常生活の動作の項目、必要とする介助や補助具の具体的内容、介助や補助具が必要となった原因を詳細告知欄のA欄にご記入ください。

告知書記入例

質問事項の解説

をご参照ください。

このページを開いて、記入上の注意点および告知書の質問事項
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

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。
- また、喫煙検査を実施する場合は、わたくし自身が行います。
- 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。

証券番号

添付資料 営業店

あり 代理店/取扱者

仮査定制度の場合 仮査定

告知日 令和 年 月 日

フリガナ

被保険者 氏名(自署) 性別 (男) (女)

生年 月 日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

勤務先名称・職業名 職種・勤務の具体的内容

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

体格 身長 cm 体重 kg
小数点以下は四捨五入

親権者・後見人の署名 様

(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。)

詳細告知欄

回答

1 3か月 いいえ はい

2 5年 いいえ はい

3 手術 いいえ はい

4 がん診 いいえ はい

5 健診 指摘なし 指摘あり

6 身体の機能 いいえ はい

7 女性 いいえ はい

8 がん2 いいえ はい

9 介護1 いいえ はい

10 介護2 いいえ はい

A欄

病気やケガの名前、部位、検査名	(該当する質問事項 _____)	(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)	[年 月]から[年 月]まで(月おき)
入院時期・期間	(無) (有) → [年 月]から[日間]	(無) (有) → [年 月]から[日間]
手術時期 手術名・部位	(無) (有) → [年 月] 手術名・部位	(無) (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 経過観察中 完治 → [年 月]	治療中 経過観察中 完治 → [年 月]
医療機関名		

B欄

健診受診時期	[年 月]	[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	受診 (無) (有) → 受診時期 [年 月] 検査方法・検査結果
医療機関名		

▼ A欄・B欄 で高血圧、脂質異常症(高脂血症)、高尿酸血症・痛風、肝機能異常の告知がある場合、以下の該当する欄に直近の「医療機関での測定値」「測定時期」「測定医療機関名」をすべてご記入ください。

	高血圧	脂質異常症(高脂血症)	高尿酸血症・痛風	肝機能異常
医療機関での直近の測定値	※高血圧で通院中の場合は6か月以内の測定値を記入 最大血圧 / 最小血圧 [/ mmHg]	中性脂肪(TG) [mg/dl] LDLコレステロール [mg/dl] ▼LDLコレステロールがない場合 総コレステロール [mg/dl]	尿酸(UA) [mg/dl]	※3つすべての数値を記入 GOT(AST) [U/l] GPT(ALT) [U/l] γ-GTP [U/l]
直近の測定時期	年 月	年 月	年 月	年 月
測定医療機関名				

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。



原票種類 1077 - 0

診査番号 C

会社使用欄

診査目的	② 仮査定	
告知面告知	あり ①	なし ②
F1		F2

受付印

— このページは、表面のイメージ読取のため、一部を白紙にしています —

告知書

お客様控

2022年2月改定版

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。また、喫煙検査を実施する場合は、わたくし自身が行います。
- 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。

証券番号

添付資料 営業店

あり 代理店/取扱者

仮査定制度の場合 仮査定

告知日 令和 年 月 日

フリガナ

被保険者 氏名(自署) 性別 (男) (女)

生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

職業 勤務先名称・職業名 職種・勤務の具体的内容

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

体格 身長 cm 体重 kg
小数点以下は四捨五入

親権者・後見人の署名 様

(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。)

詳細告知欄

回答

1 3か月 いいえ はい

2 5年 いいえ はい

3 手術 いいえ はい

4 がん診 指摘なし 指摘あり

5 健診 健診を受けていない

6 身体の機能 いいえ はい

7 女性 いいえ はい

8 がん2 いいえ はい

9 介護1 いいえ はい

10 介護2 いいえ はい

A欄

病気やケガの名前、部位、検査名	(該当する質問事項 _____)	(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)	[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[日間]	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → [年 月]から[日間]
手術時期 手術名・部位	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → [年 月] 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 経過観察中 完治 → [年 月]	治療中 経過観察中 完治 → [年 月]
医療機関名		

B欄

健診受診時期	[年 月]	[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	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		

▼ A欄・B欄 で高血圧、脂質異常症(高脂血症)、高尿酸血症・痛風、肝機能異常の告知がある場合、以下の該当する欄に直近の「医療機関での測定値」「測定時期」「測定医療機関名」をすべてご記入ください。

	高血圧	脂質異常症(高脂血症)	高尿酸血症・痛風	肝機能異常
医療機関での直近の測定値	※高血圧で通院中の場合は6か月以内の測定値を記入 最大血圧 / 最小血圧 [/ mmHg]	中性脂肪(TG) [mg/dl] LDLコレステロール [mg/dl] ▼LDLコレステロールがない場合 総コレステロール [mg/dl]	尿酸(UA) [mg/dl]	※3つすべての数値を記入 GOT(AST) [U/l] GPT(ALT) [U/l] γ-GTP [U/l]
直近の測定時期	年 月	年 月	年 月	年 月
測定医療機関名				

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、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や、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

告知書の「回答」の「質問事項」は以下のとおりです。

告知が不要なケース

- かせ・インフルエンザで、現在完治している場合
- 花粉症・水虫のため、医師の診察・検査・治療・投薬を受けていた、または現在受けている場合
- 医師の処方によらない市販の薬(かせ薬・ビタミン剤・サプリメントなど)を服用していた、または現在服用している場合
- 予防接種のために受診した場合(予防接種による異常で医師の診察・検査・治療を受けた場合は告知が必要です。)

すべての方がご回答ください。

- ① 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。
- ② 過去5年以内に、病気やケガで初診日から最終受診日まで7日以上期間にわたり、医師の診察・検査・治療を受けたこと(※1)、または7日分以上の投薬を受けたことがありますか。
※1 入院した期間を含みます。
質問事項の下の(告知忘れが多い病気やケガの例)をご参照ください。
- ③ 過去5年以内に、病気やケガで手術(※2)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、体外衝撃波結石破砕術、帝王切開を含みます。
質問事項の下の(告知忘れが多い病気やケガの例)をご参照ください。
- ④ 今までに、「がん(※3)」または「上皮がん(※3)」と診断されたことがありますか。
※3 「がん」、「上皮がん」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
- ⑤ 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】 血圧測定・尿検査・血液検査・眼底検査・便検査
- ⑥ 現在、以下①身体障がい、②医療機器等の使用のいずれかがありますか。
① 視力(左右いずれかの矯正視力が0.3以下)・視野・聴力・言語・平衡機能・そしゃく機能の障がい、手・足・指の欠損または機能の障がい、関節(背骨)の変形または機能の障がい、ぼうこう・直腸の機能の障がい
② 心臓ペースメーカー、心臓除細動器、人工心臓弁(生体弁を含む)、人工関節、人工内耳、人工中耳、人工肛門、人工ぼうこう

満16歳以上の女性のみご回答ください。

- ⑦ 現在、妊娠していますか。

がん・就業不能保障(詳細は告知書表紙の「お申し込みされるお客様へ」参照)をお申込みの方のみご回答ください。

過去2年以内に、以下①～③いずれかの病気や所見で、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。)

- ⑧ ① ポリープ・しゅよう(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、ポリポース) ② 乳房の異常(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) ③ 肝炎ウイルスキャリア(B型・C型)

介護・就業不能保障(詳細は告知書表紙の「お申し込みされるお客様へ」参照)をお申込みの方のみご回答ください。

⑨ 今までに、ご自身に関して、以下①～③のいずれかを申請したことがありますか。

- ① 身体障害者手帳の交付申請 ② 公的年金制度に基づく障害年金・障害手当金の給付申請 ③ 公的介護保険の要介護・要支援の認定申請

⑩ 現在、以下①～⑦の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。

- ① 歩行 ② 食事 ③ 排せつ ④ 入浴 ⑤ 衣服の着替え ⑥ 店での買い物 ⑦ 公共の交通機関の利用

告知忘れが多い病気やケガの例

血圧・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	目の病気
高血圧、血圧値の異常不整脈	脂質異常症(高脂血症) 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)	白内障、高眼圧症
ポリープ	しゅようマーカーの異常	産婦人科の病気	妊娠・分娩に伴う異常	その他の病気	ケガ
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	切迫流産、切迫早産 流産、早産	貧血、前立腺肥大 痔、眼けん下垂	骨折、打撲、捻挫

※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。

特にご注意いただきたい事項

●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。)