

全理連 療養補償共済制度（所得補償コース）

加入申込書兼健康告知書



全理連 療養補償共済制度（所得補償コース〈所得補償保険〉）

告知の前にご一読ください。「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

正しく告知していただくことは大変重要です。

- 告知していただいた内容にしたがって、お引受けの可否が決まります。
- 正しく告知していただきませんと、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。
- 告知書は、記入例をご確認いただきながら、必ず被保険者（保険の対象となる方）ご本人が事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入（告知）ください。
- 告知の対象となる「医師の診察・検査・治療・投薬」や特にご注意いただきたい事項については記入例に掲載していますのでご確認ください。

①告知の重要性 ※詳細につきましては、パンフレット等をご確認ください。

- ・告知書にご記入いただく内容は、損保ジャパンが公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。
- ・口頭でお話し、または資料提示されただけでは、告知していただいたことにはなりませんのでご注意ください。
- ・損保ジャパンまたは取扱代理店は告知受領権を有しています。

②正しく告知されなかった場合のデメリット ※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

- ・ご加入初年度の保険期間の開始時^(※)からその日を含めて1年以内に過去の傷病歴、現在の健康状態等について、損保ジャパンに告知していただいた内容が不正確であることが判明した場合は、「告知義務違反」としてご契約を解除することがあります。また、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※)からその日を含めて1年を経過していても、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※)からその日を含めて1年以内に「保険金の支払事由」が発生していた場合は、ご契約を解除することがあります。
- ・ご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、保険金をお支払いできません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除原因となった事実」に因果関係がない場合は、保険金をお支払いします。

(※)継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加した特約についてはそのセットしたご契約の保険期間の開始時をいいます。また、継続時に「特定疾病等対象外」を削除した場合は、「特定疾病等対象外」を削除したご契約の保険期間の開始時をいいます。

③告知していただいたご契約のお引受け

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。
1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。

④始期前の発病や事故による無責の取扱い ※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)より前に発病^(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする就業不能（保険金の支払事由）に対しては、正しく告知してご加入された場合であっても、保険金をお支払いできません。ただし、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)より前に発病^(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする就業不能（保険金の支払事由）であっても、ご加入初年度の保険期間の開始時^(※1)からその日を含めて1年を経過した後就業不能（保険金の支払事由）が生じた場合は、その就業不能（保険金の支払事由）についてはお支払いの対象となる場合があります。

(※1)継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加した特約についてはそのセットしたご契約の保険期間の開始時をいいます。

(※2)医師の診断による発病の時をいいます。ただし、その疾病の原因として医学上重要な関係がある疾病が存在する場合は、その医学上重要な関係がある疾病の発病の時をいいます。また、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時をいいます。

(注)「特定疾病等対象外」の条件をセットでご加入いただいている場合、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて1年を経過した後であっても保険金をお支払いできない場合があります。

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』をご確認いただきましたか？

ご不明な点は、所属の都道府県組合までお問い合わせください。

告知書の質問事項、注意事項等を本案内とあわせてよくお読みください。

告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。

告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

加入申込書記入例

- 質問事項について、「はい」「いいえ」のいずれかに○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) 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。
- 告知日(ご記入日)をご記入のうえ、被保険者ご本人(保険の対象となる方)がご署名ください。
- 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。

全国理容生活衛生同業組合連合会 御中

全理連療養補償共済制度 加入申込書兼健康告知書(所得補償コース(所得補償保険))

パンフレット等を受領・確認し、全理連 療養補償共済制度(所得補償コース<所得補償保険>)の加入を申し込みます。
本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と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、「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、ならびに5頁に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、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。
●申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

損害保険ジャパン株式会社 宛

加入日 令和 6 年 6 月 1 日

組合コード	〇〇〇	支店コード	〇〇	告知者	連	番	加入月	資格	原加入日	年号	年	月	日	
加入申込者	×	×	×	×	×	×				昭和				
店名	<フリガナ> リョウ ヨヨギ			<フリガナ> ゼンリ タロウ			職業・職種							
加入者	理容 代々木			全理 太郎			★理容業							
加入者	<カタカナ> ソンポ			<カタカナ> イチロウ			年号(該当に○印)		生年月日		年令(加入日時点)		性別	
加入者	漢字			漢字			昭和		平成		53年 5月 2日		満 44 才	男
申込区分(該当に○印)	申込口数		加入者区分		<カタカナ> トウキョウト シバク ヨヨギ 1-36-4									
新規	増口		2 口		1 組合員		2 従業員		3 家族従業員		住所			
	東京			都			渋谷区			代々木 1-36-4				
	〒			151-0053			TEL			03-3379-4111				

告知日(ご記入日)を必ずご記入ください。

下記の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名・症状名が、本告知書に記載されている病名・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名・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。

告知日 令和 6 年 5 月 12 日

告知者 署名 損保 一郎 ← 署名してください。

★ 質 問 事 項	ご回答	ご確認いただく事項
【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	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。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。
【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。	はい いいえ	
【質問3】告知日(ご記入日)から過去2年以内に、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」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) 医師より病名・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」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病名 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 精神の病気 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・薬物依存など)	はい いいえ	

★他の保険契約等の告知欄 次の質問事項についてご記入ください。「はい」または「いいえ」いずれかに○印をつけ、「はい」の場合にはその内容をご記入ください。
<質問事項> 被保険者について同種の補償を行う他の保険契約等(※)がありますか。
「はい」の方は、同種の補償を行う他の保険契約等について、会社名・保険種類・保険金額をご記入ください。欄が不足する場合は(別紙)に○をして、会社名・保険種類・保険金額等を記載した別紙(様式を問いません)を添付してください。

(会社名)

いいえ

はい

【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。
- ・医師より病名・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。

(注)「同種の補償を行う他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険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

★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違しますので正確にご記入ください。告知の内容によっては、ご

基本契約	対象期間	支払対象外期間	保険金額
	12か月	4日	
特約条項	01	F1	F5
特記事項	理容生活衛生同業組合 理事長		

全理連療養補償共済制度 加入申込書兼健康告知書(所得補償コース<所得補償保険>)

パンフレット等を受領・確認し、全理連 療養補償共済制度（所得補償コース<所得補償保険>）の加入を申し込みます。
本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と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、「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、ならびに⑤頁に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、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。

●申込人（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

損害保険ジャパン株式会社 宛

加入日 令和 年 月 1 日

組合コード	支店コード	加入者コード	連番	加入月	資格	原加入日	年号 昭和 平成 令和	年	月	日
(組合員) 店名 <フリガナ>	店主名 <フリガナ>		★理容業							
加入者(被保険者) 氏名 <カタカナ> <漢字>	年号(該当に○印)	生年月日	年令(加入日時点)	性別						
申込区分(該当に○印)	申込口数	加入者区分	住所	必ず本人がご署名ください						
新規・増口	口	1 組合員 2 従業員 3 家族従業員	<カタカナ> <漢字> (郵便番号)	TEL ()						

下記の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。

告知日 令和 年 月 日
告知者 署名

★ 質 問 事 項	ご回答	ご確認いただく事項						
【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	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。 1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。						
【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。	はい いいえ							
【質問3】 告知日(ご記入日)から過去2年以内に 、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」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」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気	はい いいえ							
<table border="1"> <tr> <td>がん</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物 CIS CIN3 子宮頸部高度異形成 HSIL</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>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・薬物依存など)</td> </tr> </table>	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	精神の病気	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・薬物依存など)		
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							
精神の病気	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・薬物依存など)							

★他の保険契約等の告知欄 次の質問事項についてご記入ください。「はい」または「いいえ」いずれかに○印をつけ、「はい」の場合にはその内容をご記入ください。

<質問事項> 被保険者について同種の補償を行う他の保険契約等(注)がありますか。
「はい」の方は、同種の補償を行う他の保険契約等について、会社名・保険種類・保険金額をご記入ください。欄が不足する場合は(別紙)に○をして、会社名・保険種類・保険金額等を記載した別紙(様式を問いません)を添付してください。

いいえ	はい	(会社名)	(保険種類)	(保険金額)
(別紙)				

(注)「同種の補償を行う他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険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。

★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。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。

基本契約	対象期間 12か月	支払対象外期間 4日	保険金額 F5	保険料 23	割増	65~69歳 D %	70~74歳 D %	75~79歳 D %
特約条項	01	F1	F5	23	新規区分 1	満更 2	旧証券No	旧枝番
特記事項								
理容生活衛生同業組合	理事長	部 長	支 部 長	扱 者				

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/>）をご覧くださいるか、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願います。