

告知書（兼加入同意確認書）【本部用】

被共済者ご本人様（満 15 歳未満の場合は親権者）がご記入ください。

三重県中小企業共済協同組合 御中

以下の告知は、公平な生命傷害共済または所得補償共済の引受判断のため重要な事項ですので、ありのままを正確にご記入ください。共済募集従事者への口頭によるご回答は、告知いただいたことにはなりません。事実を記入しない、または記入した内容が事実と違っていた場合は、契約が解除されたり、共済金などの支払を受けられないことがあります。

現在、治療中でも告知を頂く必要がないもの	◆花粉症 ◆虫歯 ◆水虫 ◆たむし ◆いぼ ◆うおのめ ◆あせも ◆さし歯 ◆入歯 ◆歯槽膿漏症 ◆歯髄炎 ◆歯周炎 ◆歯肉炎 ◆歯周病 ◆単純近視 ◆かぶれ ◆蕁麻疹 ◆食物アレルギー ◆動物アレルギー
現在、完治していれば告知の必要がないもの	◆擦過傷 ◆裂傷 ◆風邪 ◆インフルエンザ ◆鼻炎※1 ◆風疹 ◆口内炎 ◆腱鞘炎 ◆皮膚炎 ◆湿疹 ◆急性結膜炎 ◆急性膀胱炎 ◆ものもらい ◆月経不順 ◆手足のケガ（打撲・脱臼・骨折）※2 ◆切傷 ◆ねんざ ◆火傷 ◆アトピー性皮膚炎

※1 鼻炎には慢性鼻炎を含みますが、副鼻腔炎・慢性副鼻腔炎、蓄膿症は含みません。

※2 「手足」とは、「鎖骨、上腕骨から手先（鎖骨、上腕骨を含みます。）」および「大腿骨から足先（大腿骨を含みます。）」をいいます。肩関節、肩胛骨、股関節は含みません。

下記の①～⑧の質問事項について、被共済者に関して「はい」または「いいえ」のいずれかにレ点をご記入ください。
下記の①～⑧の質問事項のいずれにも該当しない方は、ご加入いただけます。
①～⑧の質問事項および「はい」に該当する場合で、ご不明な点がございましたら当組合までお問い合わせください。

①	最近 3 ヶ月以内に医師の診察を受け、その結果、検査・治療（経過観察を含む）・投薬をすすめられたことがありますか	☐ はい ☐ いいえ
②	過去 2 年以内に病気やケガで 7 日以上にわたり、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
③	過去 5 年以内に病気やケガなどで手術※1 を受けたこと、または継続して 7 日以上入院※2 をしたことがありますか ※1 内視鏡手術・レーザー手術を含みます ※2 検査入院、妊娠・分娩に伴う異常による入院や帝王切開（正常分娩による入院は除く）を含みます	☐ はい ☐ いいえ
④	現在および今までにがん（白血病・肉腫・悪性リンパ腫・上皮内がんを含みます）にかかったことがありますか	☐ はい ☐ いいえ
⑤	過去 2 年以内の健康診断および人間ドックにて異常（要再検査・要精密検査・要治療を含みます）を指摘されたことがありますか ※ ただし、再検査・精密検査を受けた結果、異常がなく診療完了した場合は除きます	☐ はい ☐ いいえ
⑥	身体に残る障害や先天性の病気により、日常生活において他人の手助けを必要とする状態でありますか	☐ はい ☐ いいえ
⑦	現在、公的介護保険制度の要介護認定を受けていますか または、要介護の認定を申請中ですか	☐ はい ☐ いいえ
⑧	現在、妊娠していますか 【女性のみ】	☐ はい ☐ いいえ

お引受けできない職業

下記の職業に従事している方はご加入できません。

生命傷害共済

- ① 自動車、自転車、モーターボート等の競争選手
- ② テストドライバー、テストライダー、テストパイロット等の職業従事者
- ③ プロレスラー、プロボクサー、力士等の職業従事者
- ④ 船舶乗組員、漁夫、船頭その他船舶に搭乗することを職務とする方
- ⑤ 抗内夫、隧道内の作業に従事する方
- ⑥ スタントマン、かるわざ師、その他これらに類する方
- ⑦ 潜水、潜函、サルベージ等に従事する方
- ⑧ ①～⑦に掲げる職業と同程度またはそれ以上の身体および生命への危険度の高い職業に従事している方

所得補償共済

- ① オートテスター（テストライダー）
- ② オートバイ競争選手
- ③ 自動車競争選手
- ④ モーターボート競争選手（水上オートバイを含む）
- ⑤ 自転車競争選手
- ⑥ 猛獣取扱者（動物園の飼育係を含む）
- ⑦ プロボクサー
- ⑧ プロレスラー
- ⑨ ローラーゲーム選手（レフリーを含む）
- ⑩ 力士
- ⑪ ①～⑩に掲げる者と同程度またはそれ以上の身体・生命の危険度の高い職業に従事している方

左記①～⑧の質問事項については真実の告知に相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、共済契約を解除され共済金の支払を受けられないことがあることに同意します。本契約の加入に同意します。

ご記入日	質問事項告知および加入同意確認欄 被共済者（自署）	質問事項告知および加入同意確認欄 被共済者の親権者（自署）
年 月 日	様	様

※被共済者が満15歳未満の場合は、親権者が被共済者名をご記入の上、「被共済者の親権者ご署名欄」にご署名ください。

契約者名	代 理 所 名	
様	決 裁 ・ 審 査	受 付