

東芝地域店総合補償制度 オールマイティプラン 加入・変更申込書兼脱退通知書

(注意事項)

1. 控が必要な場合はコピーをおとりください。
2. 加入、変更、脱退は年4回のみ受付しております。それぞれ締切日がございますのでパンフレットでご確認ください。

①「お申込日（変更届出日）」「加入日・変更日」「事業所コード」「ご加入店」を記入し、ご記名・ご押印下さい。

お申込日 (変更届出日)		年 月 日		加入日・変更日		年 月 日		東芝地域店総合補償制度の規約・重要事項および個人情報の取扱いに同意し、下記の通り申込みいたします。「ご加入内容確認事項」について確認いたしました。 なお、記載事項(健康状況の告知内容等)は事実と相違ありません。
ご加入店	事業所コード			店名	(フリガナ)		事業所印	
	ご住所	〒			(フリガナ)			
	電話番号			代表者氏名	(フリガナ)			

②新規加入・増口、特約を追加されるご被保険者（補償の対象者）は、「健康状況に関する告知」・「他の保険契約について」を必ずご回答ください。

健康状況に関する告知（裏面をご確認ください）

（新規加入・増口、特約を追加の被保険者ご本人についてお伺いします。質問事項回答欄に「はい」「いいえ」でご回答ください。）
※お申込日現在、裏面の質問1、2に対し「いいえ」に該当する方のみ、増口や特約の加入、追加が可能です。
介護特約に新たにお申込みいただく方、または加入内容の変更に伴い告知いただく方で、継続後の契約に「介護特約」が含まれている場合は、質問3についてもご回答ください。

質問1	質問2	質問3
はい	はい	はい
いいえ	いいえ	いいえ

他の保険契約等について					
※「あり」の場合必ずご記入ください。（ご記入の無い場合は「なし」と回答したことになります。）					
同種の危険を補償する他の保険	被保険者氏名	保険会社	保険種類	満期日	保険金額
過去3年以内に病気・ケガまたは事故で保険金（合計して5万円以上）を請求または受領したことがある。					
氏名		回数		回	
合計金額		会社名			

上記では記入欄が不足する場合には、代理店・扱者または引受保険会社にお申し出ください。

③加入または変更のある被保険者（補償の対象者）のお申込み内容をご記入ください。

被 保 険 者 (補償の対象者)							※職業・職務	※職業・職務	現行加入内容			基本補償				がん特約		介護特約		脱退の場合理由をご記入ください。	
加入者コード	(フリガナ)		性別	※生年月日				販売従事者	A	加入口数	がん	介護	申込区分		新規(変更後)の口数		申込区分追加付帯をおすすめします				
	氏 名(ご本人のご署名)			元号	年	月	日														
	被保険者ご本人のご署名をください								A					新規	脱退	1口	2口	新規	脱退		
	被保険者ご本人のご署名をください								A					新規	脱退	1口	2口	新規	脱退		
	被保険者ご本人のご署名をください								A					新規	脱退	1口	2口	新規	脱退		

パンフレット記載の保険契約内容および「個人情報の取り扱いについて」を承知の上被保険者になることを同意し、申込内容が意向に沿っていることを確認しております。また、裏面の健康状況告知書質問事項に対する上記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。

受付	TCM		TISCO支店・営業所		東芝会事務局		【代理店使用欄】
----	-----	--	-------------	--	--------	--	----------

健康状況告知質問事項

●下表に記載のある傷害や疾病については告知不要です。

＜告知対象外となる傷害・疾病一覧＞

●ケガ※ ●正常分娩
※以下については、疾病として告知対象となります。
脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、
脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、椎間板障害、腰椎分離・すべり症、
脊椎分離・すべり症、突発性腰痛症（ギックリ腰）、半月板損傷、ばね指
（手指屈筋腱腱鞘炎）、骨関節炎、関節内障、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

●新たにお申込みいただく方、または加入内容の変更に伴い告知いただく方は、下記の質問１，２につきご回答ください。

- ・質問１，２の回答のいずれかが「はい」の場合：お引受けできません。
- ・質問１，２の回答のいずれも「いいえ」の場合：お引受けします。

質問１	次のいずれかに該当しますか（ケガおよび正常分娩による入院・手術・再検査等※は除きます）。
	①告知日（ご記入日）現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※をすすめられている。 ②告知日（ご記入日）より過去２年以内に病気で、継続して１４日以上入院をしたことがある。 ※再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。
質問２	告知日（ご記入日）より過去２年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査※・治療（投薬を含みます）を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。
	①「がん」、「上皮内がん」②「糖尿病」、「高血糖症」、「耐糖能異常」③「精神の病気（アルコール・薬物依存を含みます）」 ※検査結果が異常なかった場合は「いいえ」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「はい」となります。

●「介護特約」に新たにお申込みいただく方、または加入内容の変更に伴い告知いただく方で、継続後の契約に「介護特約」が含まれている場合は、下記の質問３につきご回答ください。

- ・質問３の回答が「はい」の場合：「介護特約」はお引受けできません。
 - ・質問３の回答が「いいえ」の場合：「介護特約」をお引受けします。
- ※病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引受けできません。

質問３	＊「介護特約」がない契約をお申し込みの方は回答不要です。

	次のいずれかに該当しますか。
	①歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。 ②公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。 ③告知日（ご記入日）より過去２年以内に、医師により、右表の「病名・症状一覧（介護）」記載の病気や症状と診断されたことがある。

＜疾病・症状一覧（介護）＞

脳血管系の病気等	●脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳梗塞（脳血栓、脳塞栓、脳軟化）等） ●脳虚血発作（一過性脳虚血発作（TIA）、可逆性虚血性神経障害（RIND）等） ●眼底出血（網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等をいい、外傷性を除きます） ●脳動脈瘤 ●脳動静脈奇形
心臓系の病気等	●虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞、冠不全等） ●不整脈（心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等をいい、治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます） ●心臓弁膜症（僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等） ●心内膜炎 ●心肥大（心室肥大等） ●心不全 ●心筋症 ●動脈瘤
呼吸器系の病気等	●肺塞栓症（肺梗塞等） ●慢性閉塞性肺疾患（COPD）（肺炎腫、慢性気管支炎） ●塵肺（珪肺症、アスベスト肺症等） ●肺線維症 ●気管支喘息（終診した小児喘息を除きます）
腎臓系の病気等	●慢性腎炎（増殖性腎炎、膜性腎症、IgA腎症等） ●腎不全 ●ネフローゼ症候群 ●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患
肝臓系の病気等	●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎* ●C型肝炎* *ウィルスキャリア（感染者）を含みます。
筋・骨格系の病気等	●後遺症の残る骨折（上肢の骨折を除きます） ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 ●脊柱管狭窄症 ●変形関節症
悪性新生物	●悪性新生物（がん、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫をいい、上皮内新生物は除きます） ●脳腫瘍
その他	●糖尿病（インシュリン等の注射剤を投与している場合に限ります） ●頭部外傷（後遺障害があると診断された場合に限ります） ●膠原病（関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます） ●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●精神障害（アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます）・知的障害・発達障害（注） ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病（告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ（ https://www.nanbyou.or.jp ）等でご確認いただけます。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給者証の交付を受けることができますが、交付を受けていなくても告知の対象となりますので、ご注意ください） （注）具体的には、平成６年１０月１２日総務庁告示第７５号に定められた分類項目中の分類コードF00 からF99 に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10（２００３年版）準拠」