

# 総合保障 / 医療保障 告知書

↓ 前ページの質問事項で、1つでも「はい」に該当した方は、詳細を記入してください。

以下の質問は共済契約にあたり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。ご記入がない場合は「いずれにも該当しない」と回答したものとさせていただきます。もし、事実を記入されず、また事実でないことを記入されたときは、契約は解除され、共済金をお支払いできない場合があります。

なお、ユニヴァ共済協同組合は、再共済契約の締結や再共済金の請求のため、再共済の取引先に対して本契約に関する個人情報を提供することがあります。あらかじめご了承ください。

申込日(告知日)時点の健康状態について回答いただき、加入申込書と共に返送いただきますようお願いいたします。また、**回答内容によっては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。

告知日(申込日) 申込書の申込日と同じ日	年	月	日
-------------------------	---	---	---

以下、質問事項をよく読みお答えください。

1	加入する方の氏名を記入してください。	氏名	氏名	氏名
2	現在の職業をご記入ください。 ※本組合が指定する <b>危険職種</b> については加入をお断りする場合があります。 ※1	職業	職業	職業
3	現在、病気やケガの治療中である。 または検査や治療が必要と指摘されている。 (健康診断や人間ドックなどで検査や治療が必要と指摘された場合を含む。)もしくは検査中である。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
4	過去1年以内に、病気やケガで連続14日以上入院、または通院治療を受けた、もしくはその必要があると診断されている。 (異常分娩を含みます。)	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
5	手術を受け、治ってからまだ1年以内である。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
6	現在、本組合が指定する <b>慢性疾患</b> の診断を受け医師により治療を受けている、もしくは医師から治療を勧められている。 ※2	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
7	<b>慢性疾患</b> のため、薬を常用している。 ※2	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

1つでも「はい」に該当した方は右に続きます。➡

※1：危険職種とは次に掲げるものをいいます。

- タクシー運転手、ハイヤー運転手、自動車運転代行業運転手その他これらに類する職業に従事する方
- テストパイロット、テストドライバー、テストライダーその他これらに類する職業に従事する方
- 競馬、競輪、オートレース、競艇その他これらに類する職業競技に従事する方
- 力士、拳闘家、プロレスラー、プロスキーヤーその他これらに類する職業に従事する方
- 坑内、隧道内作業従事者その他これらに類する職業に従事する方
- スタントマン、レスキュー隊員その他これらに類する職業に従事する方
- サーカス、軽業師、曲芸等に従事する方その他これらに類する職業に従事する方
- 猛獣を取り扱う方その他これらに類する職業に従事する方
- ゴンドラ等を使用する窓ふき業に従事する方その他これらに類する職業に従事する方(但し3階建以上の建物の窓ふき業)
- 『風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律』の第2条第6項に定める「店舗型性風俗特殊営業」、同条第7項に定める「無店舗型性風俗特殊営業」、同条第8項に定める「映像送信型性風俗特殊営業」、同条第9項に定める「店舗型電話異性紹介営業」、同条第10項に定める「無店舗型電話

異性紹介営業」および同条第11項に定める「接客業務受託営業」(ただし、同項1号および3号の営業を行う者より委託を受けるものを除く。)に従事している方およびその経営者その他これらに類する職業に従事する方

※2：慢性疾患とは次に掲げるものをいいます。

- 悪性新生物(癌・肉腫・筋腫・白血病等)
- 胃および腸の潰瘍(胃潰瘍・十二指腸潰瘍・肝炎・肝硬変等)
- 心臓疾患(狭心症・心筋梗塞・高血圧症等)
- 肺疾患(肺炎・肺結核等)
- 脳血管疾患(脳出血・脳血栓・くも膜下出血等)
- 腎臓疾患(腎炎・ネフローゼ等)
- 肝臓・すい臓等の内臓疾患
- 糖尿病およびその他代謝障害
- 精神病およびアルコール中毒(統合失調症等)
- 骨髄および神経疾患(骨髄炎・髄膜炎・脳性麻痺等)
- 血管および血液疾患(血友病・動脈硬化症等)
- 耳鼻および眼疾患
- 厚生労働省が指定する特定疾病医療費公費負担の対象となる疾患(パーキンソン病・クローン病・パーキンソン病等)

氏名			氏名			氏名				
傷病名 ※診断された傷病名を記入してください。 ※具体的な傷病原因や合併症後遺症がある場合には、その内容について詳細記入欄に記入してください。	傷病		傷病		傷病					
	部位		部位		部位					
	合併症	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	合併症	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	合併症	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし				
	後遺症	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	後遺症	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	後遺症	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし				
申込日(告知日)時点の状況 ※該当するもの全てに○をつけてください。	<input type="radio"/> 完治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 検査中			<input type="radio"/> 完治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 検査中			<input type="radio"/> 完治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 検査中			
	<input type="radio"/> 経過観察中 <input type="radio"/> はい 医師より「治療の必要がある」と診断されていますか? → <input type="radio"/> いいえ			<input type="radio"/> 経過観察中 <input type="radio"/> はい 医師より「治療の必要がある」と診断されていますか? → <input type="radio"/> いいえ			<input type="radio"/> 経過観察中 <input type="radio"/> はい 医師より「治療の必要がある」と診断されていますか? → <input type="radio"/> いいえ			
	<ご注意> 現在、治療の必要性がないと診断されている場合でも、加入いただけない場合があります。なお、加入いただけた場合でも、上記記載の病気を原因として発効日から2年以内に開始した入院、受けた手術は、共済金をお支払いできません。									
治療を受けた期間	年 月 日から ( ) 日間 年 月 日まで ( ) 日間			年 月 日から ( ) 日間 年 月 日まで ( ) 日間			年 月 日から ( ) 日間 年 月 日まで ( ) 日間			
	※治療が終了していない場合は、申込日以前の最終治療日を記入してください。 ※投薬の場合、処方された薬の日数の最終日までの期間となります。 (例：2月1日初診、4日分の薬を処方された場合⇒2月1日～2月5日となります。) ※合併症を発症された場合は、合併症の治療が最終的に終了した日までの期間を記入してください。 ※経過観察後、完治となった場合には投薬などの治療が最終的に終了した日を、治療終了日(完治日)として記入してください。(寛解も完治とみなします。)									
	現在・過去の治療歴 必須	入院	上記治療期間中 日間または 月間		入院	上記治療期間中 日間または 月間		入院	上記治療期間中 日間または 月間	
		手術	■手術日 年 月 日 ■手術名(手術の内容)		手術	■手術日 年 月 日 ■手術名(手術の内容)		手術	■手術日 年 月 日 ■手術名(手術の内容)	
検査		異常 なし <input type="radio"/> 異常あり-治療の必要なし <input type="radio"/> 異常あり-治療の必要あり		検査	異常 なし <input type="radio"/> 異常あり-治療の必要なし <input type="radio"/> 異常あり-治療の必要あり		検査	異常 なし <input type="radio"/> 異常あり-治療の必要なし <input type="radio"/> 異常あり-治療の必要あり		
通院		定期的に通院していますか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 月間または 日に一回通院		通院	定期的に通院していますか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 月間または 日に一回通院		通院	定期的に通院していますか? <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ 月間または 日に一回通院		
投薬内容	■処方された日数 日分 ■服用されている薬剤名をご記入ください。		投薬内容	■処方された日数 日分 ■服用されている薬剤名をご記入ください。		投薬内容	■処方された日数 日分 ■服用されている薬剤名をご記入ください。			
高血圧症の場合、ご記入ください。	治療時の最新血圧数値 最大 最小			治療時の最新血圧数値 最大 最小			治療時の最新血圧数値 最大 最小			
	■高血圧が原因の疾病がある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。			■高血圧が原因の疾病がある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。			■高血圧が原因の疾病がある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。			
脂質異常症の場合、ご記入ください。	■LDL(悪玉)コレステロール値:			■LDL(悪玉)コレステロール値:			■LDL(悪玉)コレステロール値:			
	■HbA1c値: <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし			■HbA1c値: <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし			■HbA1c値: <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし			
糖尿病の場合、ご記入ください。	■糖尿病が原因の疾病がある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。			■糖尿病が原因の疾病がある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。			■糖尿病が原因の疾病がある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。			
	■糖尿病が原因の疾病がある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。			■糖尿病が原因の疾病がある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。			■糖尿病が原因の疾病がある。 <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ ※疾病がある場合は別欄に詳細を記入してください。			
詳細記入欄 具体的な傷病原因・症状・検査理由・医師からの指示など。										