

5 自治体 コード	7 加入番号	12

90 都道府県・指定都市記載欄		
①	②	③
一口目加入	二口目加入	1と2の 同時加入

申込者(被保険者)告知書

知事(市長) 殿

下記の事項は事実と相違ありません。

次の項目についておたずねします。

各項目中の質問につき、1つ以上「はい」となる場合は「はい」に、すべて「いいえ」となる場合は「いいえ」に をしてください。

本線枠内は、お申込者ご自身が記入してください。記入に際しては、必ず裏面の記入要領をご覧ください。

申込者の告知欄について、事実を記入されなかったり、金が支払われないことがありますのでご注意ください。事実でないことを記入された場合は年

告知日	平成 年 月 日		フリガナ	②⑨		性別	生 年 月 日			
申込者氏名	(姓)⑩	(名)⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰		
申 込 者 の 告 知										
最近の健康状態			「はい」の場合、その該当番号の内容についてそれぞれ下記の欄に詳しく記入してください。							
1. 最近3カ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術をすすめられたことがありますか。			はい	いいえ	「はい」をつけた番号 (① ② ③ ④)			「はい」をつけた番号 (① ② ③ ④)		
過去5年以内の健康状態			病気やけがの名前・検査結果			病気やけがの名前・検査結果				
2. 過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、また継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。			はい	いいえ	診察・検査・治療・投薬を受けた年月、期間 年 月 から 年 月 まで			診察・検査・治療・投薬を受けた年月、期間 年 月 から 年 月 まで		
3. 過去5年以内に、下記の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症・脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・脳動脈硬化症・精神病・ノイローゼ・てんかん・自律神経失調症・アルコール中毒・ぜんそく・慢性気管支炎・気管支拡張症・肺気腫・肺結核・胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい臓炎・肝炎・肝硬変・肝機能障害・胆石・胆のう炎・腎炎・ネフローゼ・腎不全・腎のう胞・腎臓結石・尿管結石・白内障・緑内障・網膜の病気・角膜の病気・がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ・糖尿病・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・甲状腺の病気・椎間板ヘルニア			はい	いいえ	入院の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 入院期間 年 月 から 年 月 まで 手術の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 手術の名前または部位・受傷の部位			入院の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 入院期間 年 月 から 年 月 まで 手術の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 手術の名前または部位・受傷の部位		
4. 過去5年以内に、上記3以外の病気やけがで2週間以上にわたり、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	〔高血圧の場合は記入してください〕 最近の血圧値 最大 _____ mmHg 最小 _____ mmHg			〔糖尿病の場合は記入してください〕 最近の空腹時血糖値 _____ mg/dl 治療方法 _____		
身体障害			「はい」の場合、その原因・部位・程度等							
5. 右に示した障害はありますか。 「はい」の場合は該当するところを□でかこみ、その原因・部位・程度等具体的に記入してください。			はい	いいえ	自 耳 言語 そしゃくの機能障害 手 足 手指 背骨 欠損 変形 (脊柱) の 機能障害					
心 身 障 害 者										
フリガナ	⑱	⑲	性別	生 年 月 日						
心身障害者氏名	(姓)⑳	(名)㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗		
障害の種類	㉘ ① 身体障害 ② 知的障害 ③ 2以外の精神障害 ④ その他		申込者の心身障害者との続柄		㉙ ① 配偶者 ② 父母 ③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族					
障害の程度	㉚ (身体障害)①(1級) ②(2級) ③(3級) ㉛ (知的障害)①(A) ②(B)		申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由							
処理欄										

生保記入欄