

安心入院プラン

(団体割引 30%、大口契約割引(傷害部分) 10% 適用)

医療補償

女性のための医療補償

傷害補償

シンプルで
わかりやすい補償



女性のための
手厚い補償

NEW

オプション

日常生活賠償補償
日常生活中・自転車事故などの
損害賠償に備える補償

組合せ自由!
1プランでも
OK!!



ご家族のみも
ご加入できます

ご加入方法

加入申込票に必要事項をご記入・ご署名いただき、
東京医師歯科医師協同組合宛にご返送ください。

保険期間
(ご契約期間)

2024年4月1日午後4時 ~ 2025年4月1日午後4時

中途募集締切

毎月25日(翌月1日より補償開始)

保険料引落とし日

[医療補償プラン][女性のための医療補償プラン] …… 補償開始日の当月末
[傷害補償プラン] ……………… 補償開始日の翌月末

安心入院プラン

従来の入院と手術の補償に限定した、シンプルでわかりやすい医療補償です。「女性のための医療補償プラン」もあり、ニーズに合わせてお選びいただけます。

医歯協
独自

病気もケガも
入院中の手術は、
入院保険金日額の
20倍を補償。

女性用

女性のためのプラン

会員ご本人だけでなく、
ご家族や診療所スタッフの
女性もご加入いただけます。

特
長

- ① **団体割引 30%** (大口契約割引 (傷害部分) 10%適用)
- ② **日帰り入院**からの補償。
- ③ **ケガ・病気入院・手術・病気放射線治療**に補償を絞り**加入しやすい保険料**です。
- ④ **組合せは自由**。1つでも複数でも。
- ⑤ **地震など天災**によるケガも補償。
- ⑥ **ご家族のみ**でもご加入いただけます。
- NEW** ⑦ **さまざまな賠償リスク**に備えて、**日常生活賠償補償**をオプションでセットできます。



ご加入について(引受限度額のご案内)

ご加入にあたっては、下表の額を引受限度額(合計)として加入をご検討ください。

※各保険金額は、被保険者1名につき他社契約分を含め、下表の保険金額(日額)をもって限度とします。

病気入院	会 員		会員以外	
	20才～69才	70才～89才	0才(生後15日以上)～89才	
疾病入院保険金日額	50,000円	20,000円	15,000円	
がん入院保険金日額との合算 ※特定がん入院保険金日額を含みます	60,000円		25,000円	
ケガ入院	会 員		会員以外	
	全 年 令		0才～14才	15才以上
傷害入院保険金日額	50,000円		15,000円	30,000円

※引受限度額により組み合わせ不可場合があります。特約ごとの詳細につきましては、取扱代理店にお問合わせください。

年齢による引受限度額により、継続契約手続き時に自動的にプラン変更とさせていただきます場合がございます。該当の加入者さまには、継続契約のご案内書で個別にお知らせさせていただきます。

女性の会員先生をはじめ、
ご家族や診療所スタッフの
女性にもおすすめ

女性のための医療補償プラン

乳がんなど、早期から気を付けるべき病気はもちろん、
多くの女性が足の悩みとして挙げている、
後天性外反母趾の手術一時金や、
突然の入院に伴うキャンセル費用なども補償します。
もちろん、ケガや病気の入院・手術も補償します。



女性スタッフが女性の入院について考えました。
～女性のための医療補償プラン～

女性では乳がんの患者数がトップです。

9人に1人が
乳がんにかかっています。

主な部位別がん患者数順位(2017年)

	1位	2位	3位
女性	乳房	大腸※1	肺※2
男性	大腸※1	胃	肺※2

※1 結腸および直腸 ※2 気管・気管支および肺

※国立研究開発法人がん研究センター
がん対策情報センター
「最新がん統計(2018年データ)」より

※厚生労働省「患者調査の概況」(平成29年)
「主な傷病の総患者数」より「悪性新生物」データを抜粋・作成

入院時の支えとなる費用が充実!

差額ベッド代、入院時交通費、
家族を残して入院した際のホームヘルパー費用など、
女性の入院を手厚くサポートする医療費用補償特約をセット

突然の入院で折角の旅行や宿泊、演劇やコンサートなど…
キャンセル費用をお支払いした時にサポート

女性のお足の悩み「外反母趾」も補償!

外反母趾(後天性)の手術も一時金をお支払い。

医療補償プラン

被保険者（補償の対象となる方）が病気やケガにより入院した場合や手術を受けた場合などを補償します。

POINT

1 シンプルな補償で保険料もおさえめ。

入しやすい

2 医師の診査不要!

健康状態を告知いただくことで加入ができます。医師の診査は必要ありません。

入しやすい

3 会員ご本人の場合、入院保険金日額5万円までプランを組み合わせでご加入いただけます。

医歯協独自

補償内容

病気入院

<疾病入院保険金>

病気の治療を目的として入院したとき、1日につき疾病入院保険金日額をお支払いします。

1回の入院につき

基本プラン最大365日、上乗せプラン最大180日が限度
支払対象期間は基本プラン1,095日、上乗せプラン180日



病気手術・放射線治療

<疾病手術保険金>
<疾病放射線治療保険金>

病気で所定の手術、放射線治療を受けたとき、疾病手術保険金、疾病放射線治療保険金をお支払いします。*

入院保険金日額の入院中20倍・
入院中以外5倍・疾病放射線治療は10倍
手術・放射線治療複数回支払い型



ケガ入院

<傷害入院保険金>

ケガの治療を目的として入院したとき、1日につき傷害入院保険金日額をお支払いします。

1事故につき、最大365日が限度
支払対象期間は1,095日



ケガ手術

<傷害手術保険金>

ケガの治療のため手術保険金支払対象期間内に手術を受けたとき、傷害手術保険金をお支払いします。*

入院保険金日額の入院中20倍・入院中以外5倍
手術複数回支払い型



*日帰り手術・入院を伴わない手術も補償します。手術・放射線治療を複数回受けた場合等についてはお支払いの限度があります。

【団体総合生活補償保険（傷害補償（MS&AD型）特約、疾病補償特約、特定精神障害補償特約（自動セット）、天災危険補償特約、傷害手術保険金支払倍率変更特約、疾病手術保険金等支払倍率変更特約、疾病手術保険金等対象外特約セット）】

※天災危険補償特約は基本プラン、疾病手術保険金等対象外特約は上乗せプランにセットされています。

月払保険料（1名あたりの保険金額および保険料）

傷害入院保険金支払限度日数365日・支払対象期間1,095日 / 疾病入院保険金支払限度日数365日(上乗せプランは180日)・支払対象期間1,095日(上乗せプランは180日) / 免責期間0日

- 新規ご加入：満69才まで ● ご継続：89才まで（上乗せプランは79才まで）
- 保険料適用のご年齢は2024年4月1日時点の満年齢です。
- 被保険者が0才の場合、2024年4月1日時点で生後15日目以降である必要があります。
- 上乗せプランのX・Yタイプは70才到達時に自動的にZプランに移行します。
- 女性のための医療補償プランを組み合わせる場合、BタイプとXタイプ（日額合計45,000円）が上限となります。

基本プランにご加入の
会員さまのみ
ご加入可能なプランです

	基本プラン			上乗せプラン			
	タイプ	A	B	S	X	Y	Z
病気入院 (病気による入院) ※日帰り入院を含みます	最大365日分支払い (入院初日から数えて支払対象期間は1,095日) ※精神障害による入院も対象			最大180日分支払い (入院初日から数えて支払対象期間は180日) ※精神障害による入院も対象			
ケガ入院 (ケガによる入院) ※日帰り入院を含みます	最大365日分支払い (事故発生の日から数えて支払対象期間は1,095日) ※天災によるケガも対象			対 象 外			
病気・ケガ 手術・放射線治療	病気・ケガとも入院保険金日額の 入院中20倍・入院中以外5倍 疾病放射線治療は10倍			対 象 外			
疾病入院保険金日額	10,000円	5,000円	10,000円	40,000円	20,000円	10,000円	
傷害入院保険金日額	10,000円	5,000円	5,000円				
保険始期日時点(令和6年4月1日)の満年齢 / 月払保険料	0才(生後15日以上)~4才	3,020円	1,510円	2,670円			
	5~9才	1,470円	740円	1,120円			
	10~14才	1,360円	680円	1,010円			
	15~19才	1,260円	640円	910円			
	20~24才	1,430円	720円	1,080円	1,160円	580円	
	25~29才	1,820円	910円	1,470円	1,780円	890円	
	30~34才	2,120円	1,060円	1,770円	2,260円	1,130円	
	35~39才	2,200円	1,100円	1,850円	2,390円	1,190円	
	40~44才	2,190円	1,100円	1,840円	2,370円	1,190円	
	45~49才	2,570円	1,290円	2,220円	2,980円	1,490円	
	50~54才	3,410円	1,710円	3,060円	4,330円	2,170円	
	55~59才	4,570円	2,290円	4,220円	6,190円	3,090円	
	60~64才	6,460円	3,240円	6,110円	9,230円	4,620円	
	65~69才	8,890円	4,450円	8,540円	13,120円	6,560円	
	70~74才	13,600円	6,800円	13,250円			5,170円
75~79才	21,690円	10,850円	21,340円			8,410円	
80~84才	36,610円	18,310円	36,260円				
85~89才	53,590円	26,800円	53,240円				

※上記保険料は、正味被保険者数10,000名以上、団体割引30%、大口契約割引(傷害部分)10%を適用した保険料です。正味被保険者数が10,000名未満になった場合、保険料を変更させていただきます。

補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。

女性のための医療補償プラン

乳がんなど女性が気になる病気を手厚く補償します。

補償内容

入院



ケガ入院
＜傷害入院保険金＞

5,000円

ケガの治療を目的として入院したとき、1日につき傷害入院保険金日額をお支払いします。

病気入院
＜疾病入院保険金＞

5,000円

病気の治療を目的として入院したとき、1日につき疾病入院保険金日額をお支払いします。

がん入院
＜がん入院保険金＞

5,000円

がんと診断確定され入院したとき、1日につきがん入院保険金日額をお支払いします。

女性特定がん入院
＜特定がん入院保険金＞

5,000円

特定がんと診断確定され入院したとき1日につき特定がん入院保険金日額をお支払いします。

女性特定がんで入院の場合

1日 **15,000円**

一時金



がん診断保険金
＜がん診断保険金＞

100万円

がんと診断確定された場合に、一時金としてがん診断保険金をお支払いします。

※上皮内新生物も対象となります。(「上皮内新生物」とは、がんが粘膜の一番上の上皮にとどまっている、ごく初期段階のがんのことをいいます。)

女性形成治療費用
＜女性形成治療保険金＞

25万円または50万円

ケガまたは病気の治療のため、次のいずれかの手術を受けたとき、女性形成治療保険金をお支払いします。

- ①植皮術またははん痕形成術
- ②外反母趾など足ゆびの後天性変形に対する変形形成術
- ③乳房切除術

乳房治療見舞費用
＜乳房治療見舞金＞

50万円

特定がんで乳房切断術を受けたとき、1乳房につき乳房治療見舞金をお支払いします。

※乳房切断術とは、乳頭部、乳房の皮膚の一部およびすべての乳腺を切除する手術をいいます。

手術

病気・傷害・がん・女性特定がん
手術・放射線治療

＜疾病手術保険金＞＜疾病放射線治療保険金＞＜傷害手術保険金＞
＜がん手術保険金＞＜がん放射線治療保険金＞
＜特定がん手術保険金＞＜特定がん放射線治療保険金＞

病気・ケガの治療・がんと診断確定され、所定の手術・放射線治療を受けたとき、各種保険金をお支払いします。

※手術、放射線治療を複数回受けた場合等についてはお支払いの限度があります。

入院諸費用保険金

身体障害(病気・ケガ)を被り、その治療のため日本国内で入院し治療のために負担した費用をお支払いします。

- ①差額ベッド代、病室の利用料②親族付添費、付添交通費、寝具利用料(医師指示必要)③医師の指示による付添者(親族)や家事従事者本人の入院中ホームヘルパー費用④入院中諸雑費(国の決まりあり)
- ⑤入院、転院、退院交通費⑥食事療養費

※1回の入院につき、免責金額5,000円が差し引かれます。

がん通院

＜がん通院保険金＞
＜がん通院保険金の支払条件変更特約＞

がん入院保険金をお支払いする場合において、所定の期間内にがんの治療で通院したとき1日につきがん通院保険金日額をお支払いします。

キャンセル費用補償

＜キャンセル費用保険金＞

被保険者、被保険者の配偶者または被保険者の1親等内の親族が死亡または入院したため、予約していた特定のサービスを受けられなくなり、キャンセル費用を負担したことによって損害を被った場合キャンセル費用保険金をお支払いします。

- ①旅行契約に基づくサービス②旅館、ホテル等の宿泊施設の提供およびそれに付帯するサービス③航空機、船舶、自動車、鉄道等による旅客の輸送④宴会、パーティの用に供する施設の提供およびそれに付帯するサービス⑤運動、教養等の趣味の指導、教授または施設の提供⑥演劇、音楽、美術、映画等の公演、上映、展示、興行

※免責金額は1事故につき1,000円またはキャンセル費用の額の20%相当額のいずれか高い額となります。

先進医療費用保険金

身体障害(病気・ケガ)を被り、その治療のため日本国内で入院し、先進医療費用や交通費を負担した場合にお支払いします。

POINT

1 乳がんや外反母趾（後天性）手術の一時金を補償!

2 入院にまつわるさまざまな費用を補償!

差額ベッド代、入院時交通費、家族を残して入院した際のホームヘルパー費用などを補償します。

3 突然の入院に伴う、キャンセル費用を補償!

突然の入院で、折角の旅行や宿泊、演劇やコンサートなどをキャンセルした時に補償します。

月払保険料（1名あたりの保険金額および保険料）

タイプ	W (69才まで)	W2 (70才~)
傷害入院保険金日額	5,000円	
疾病入院保険金日額	5,000円	
がん入院保険金日額	5,000円	
特定がん入院保険金日額	5,000円	
疾病・傷害・がん・特定がん手術保険金	入院保険金日額の入院中20倍・入院中以外5倍	
疾病・がん・特定がん放射線治療保険金	入院保険金日額の10倍	
がん通院保険金日額	5,000円	
がん診断保険金額	100万円★	
乳房治療見舞金額	50万円	
女性形成治療保険金額	50万円	
キャンセル費用保険金額	50万円★	
入院諸費用保険金額（支払限度基礎日額）	5,000円	70才以上の方は補償がありません
先進医療費用保険金額	100万円★	
保険始期日時点（令和6年4月1日）の満年齢／月払保険料	15~19才	1,340円
	20~24才	1,570円
	25~29才	1,840円
	30~34才	2,070円
	35~39才	2,310円
	40~44才	2,730円
	45~49才	3,670円
	50~54才	5,020円
	55~59才	6,930円
	60~64才	9,580円
65~69才	13,240円	
70~74才	70才で継続される方は自動的にW2へ移行となります	14,280円
75~79才		18,970円
80~84才		26,340円
85~89才		34,840円

●新規ご加入：満15才~満69才までの女性

●保険料適用のご年齢は2024年4月1日時点の満年齢です。

傷害入院保険金支払限度日数365日・支払対象期間1,095日 / 疾病入院保険金支払限度日数365日・支払対象期間1,095日 / がん入院保険金支払対象期間：無制限、免責期間：0日 / がん通院支払限度日数45日、支払対象期間180日 / 入院諸費用保険金支払限度日数180日 / ★がん診断保険金額・キャンセル費用保険金額・先進医療費用保険金額には、支払限度があります。

乳房治療見舞金（女性特定がん補償特約の一部）

	特定がんによる手術が要件	保険金額 50万円
乳房の悪性新生物により乳頭部、乳房の皮膚の一部およびすべての乳腺を切除する手術	1乳房につき1回 100%	50万円

女性形成治療保険金補償特約

	手術が要件	保険金額 50万円
乳房の皮膚全層および皮下組織をあわせて切除する手術（がんの要件は無し）	1回の手術ごとに100%	50万円
<ul style="list-style-type: none"> ●顔面部の植皮術、瘢痕形成術 ●顔面部以外の直径2cm以上の部位に対する植皮術、3cm以上の部位に対する瘢痕形成術 ●足ゆびの後天性変形に対する形成術 ●足趾骨（そくしこつ=足指を作る骨）の切断を伴う矯正術または関節の形成術 	1回の手術ごとに50%	25万円

※女性形成治療保険金補償特約は、約款所定の手術名に対してお支払いいたします。多くの場合の乳房再建に用いられる術名は、対象とならないことが想定されますのでご注意ください。

※70才でご継続される方は自動的にタイプW2へ移行されます。入院諸費用保険金と先進医療費用保険金は69才までのお引受けとなり、70才~89才の方の補償内容には含まれておりませんのでご注意ください。

※上記保険料は、正味被保険者数10,000名以上、団体割引30%、大口契約割引（傷害部分）10%を適用した保険料です。正味被保険者数が10,000名未満になった場合、保険料を変更させていただきます。

補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。

傷害補償プラン

被保険者(補償の対象となる方)の急激かつ偶然な外来の事故によって、被ったケガに対して保険金をお支払いします。



お工作中的のケガ



日常生活のケガ など

POINT

1 シンプルな補償で保険料もおさえめ。

入りやすい

2 国内外問わず24時間のケガを補償!

仕事中・プライベートを問わず補償します。

天災も補償
します

3 ケガの補償につき、健康状態の告知は一切不要。
ご継続の年齢制限もありません。

ながーく安心

補償内容

ケガ死亡・後遺障害

<傷害死亡保険金>
<傷害後遺障害保険金>

事故の発生の日から180日以内に死亡した場合、後遺障害が発生した場合に、傷害死亡・後遺障害保険金をお支払いします。



ケガ入院

<傷害入院保険金>

ケガの治療を目的として入院したとき、1日につき傷害入院保険金日額をお支払いします。
1事故につき、最大180日が限度



ケガ手術

<傷害手術保険金>

ケガの治療のため手術保険金支払対象期間内に手術を受けたとき、傷害手術保険金をお支払いします。※
**入院保険金日額の入院中20倍・入院中以外5倍
手術複数回支払い型**



※日帰り手術・入院を伴わない手術も補償します。手術を複数回受けた場合等についてはお支払いの限度があります。

月払保険料（1名あたりの保険金額および保険料）

傷害入院保険金支払限度日数・支払対象期間180日 / 免責期間0日

- 新規ご加入：満69才まで ●ご継続：年齢による制限はありません。
- 支払対象期間は事故発生日から180日間です（事故発生日から181日目以降は対象外となります）。
- 年齢によらず保険料は一律です。

タイプ	SS ※会員 ご本人のみ	SA	SB	SC	SD	SE	SF	SG	SH	SI
傷害死亡 保険金額	4,000万円	2,000万円	1,500万円	1,000万円	750万円	500万円	400万円	300万円	250万円	200万円
傷害 後遺障害 保険金	後遺障害の程度に応じて傷害死亡保険金額の4～100% ※保険期間を通じ、合算して傷害死亡・後遺障害保険金額が限度となります。									
傷害入院 保険金日額	45,000円	30,000円	22,500円	15,000円	11,250円	7,500円	6,000円	4,500円	3,750円	3,000円
傷害手術 保険金	傷害入院保険金日額に、入院中20倍・入院中以外5倍を乗じた額									
月 払 保険料	6,590円	3,780円	2,830円	1,900円	1,420円	940円	760円	570円	470円	380円

※上記保険料は、正味被保険者数10,000名以上、団体割引30%、大口契約割引10%を適用した保険料です。正味被保険者数が10,000名未満になった場合、保険料を変更させていただきます。

補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、「お支払いする保険金および費用保険金のご説明」をご確認ください。

ご加入について（引受限度額のご案内）

ご加入にあたっては、下表の額を引受限度額（合計）として加入をご検討ください。

※各保険金額は、被保険者1名につき他社契約分を含め、下表の保険金額（日額）をもって限度とします。

病气入院	会 員		会員以外	
	20才～69才	70才～89才	0才（生後15日以上）～89才	
疾 病 入 院 保 険 金 日 額	50,000円	20,000円	15,000円	
がん入院保険金日額との合算 ※特定がん入院保険金日額を含みます	60,000円		25,000円	
ケガ入院	会 員		会員以外	
	全 年 令		0才～14才	15才以上
傷 害 入 院 保 険 金 日 額	50,000円		15,000円	30,000円

※引受限度額により組み合わせ不可場合があります。特約ごとの詳細につきましては、取扱代理店にお問合わせください。

年齢による引受限度額により、継続契約手続き時に自動的にプラン変更とさせていただきます場合がございます。
該当の加入者さまには、継続契約のご案内書で個別にお知らせさせていただきます。

NEW

日常生活賠償補償

オプション

日本国内・国外で日常生活上の偶然な事故により、他人のものを壊したり、他人にケガをさせたり、日本国内において電車等の運行不能について、法律上の損害賠償責任を負った場合に、保険金をお支払いします。

(日本国内で発生した賠償事故については、示談交渉サービス*がご利用になれます。)



買い物中、誤って
商品を壊してしまった



自転車で走行中、誤って
他人にケガをさせてしまった

*日本国内において発生した日常生活賠償特約の対象となる賠償事故について被保険者のお申出があり、かつ被保険者の同意が得られれば、引受保険会社は原則として被保険者のために示談交渉をお引受けいたします。なお、話し合いでの解決が困難な場合等、引受保険会社は必要に応じ被保険者の同意を得たうえで弁護士に依頼することがあります。ただし、次の場合は引受保険会社による示談交渉を行うことができませんのでご注意ください。

- 1回の事故につき、被保険者が負担する法律上の損害賠償責任の額が日常生活賠償保険金額を明らかに超える場合
- 相手の方が引受保険会社との交渉に同意しない場合
- 相手の方との交渉に際し、正当な理由なく被保険者が引受保険会社への協力を拒んだ場合
- 被保険者に対する損害賠償請求に関する訴訟が日本国外の裁判所に提起された場合

タイプ	P
保険金額	3億円(免責金額0円)
月払保険料	120円

日常生活賠償特約の被保険者(補償の対象となる方)は、被保険者ご本人、被保険者ご本人の配偶者、被保険者ご本人またはその配偶者の同居の親族(6親等内の血族および3親等内の姻族をいいます)、被保険者ご本人またはその配偶者の別居の未婚(これまでに婚姻歴がないことをいいます)の子となります。

(注)被保険者が責任無能力者の場合、その方に関する事故については、その方の親権者、その他の法定監督義務者および監督義務者に代わって責任無能力者を監督する親族を被保険者としてします。

サービスのご案内

プランにより加入された被保険者(補償の対象となる方)は以下のサービスをご利用いただけます。

傷害補償プラン

生活安心サポート

医療補償プラン・
女性のための
医療補償プラン生活安心サポート
医療カウンセリングサービス
健康安心サポート

詳しくは下記コードより「団体総合生活補償保険サービスのご案内」をご確認ください。



GN17D010141

また、ご利用方法については、取扱代理店または引受保険会社までお問合わせください。「団体総合生活補償保険サービスガイド」をお送りします。

右記コードより、重要事項のご説明・お支払いする保険金および費用保険金のご説明をご確認ください。

右記コードからご確認できない場合は取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。

重要事項のご説明

お支払いする保険金
および
費用保険金のご説明

【お問合わせ先】 取扱代理店: 東京医師歯科医師協同組合 損保事業部

住所:〒101-0029 東京都千代田区神田相生町1番地秋葉原センタープレイスビル16階
TEL:03-3256-3317(平日9:00~17:00)

【引受保険会社】 ● あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 広域法人開発部営業課【幹事会社】

(傷害補償プラン【団体総合生活補償保険】:98%/医療補償プラン・女性のための医療補償プラン【団体総合生活補償保険】:100%)

住所:〒103-8250 東京都中央区日本橋3-5-19 あいおいニッセイ同和損保日本橋本社ビル
TEL:050-3460-8162(平日9:00~17:00)

● 損害保険ジャパン株式会社

(傷害補償プラン【団体総合生活補償保険】:2%)

実際に引受けを行う保険会社およびその引受割合は変更になる可能性があります。これらに係る確定内容を知りたい場合には、取扱代理店または引受保険会社にお問合わせください。

※()内は引受割合

ご加入に際して・ご注意事項

	医療補償プラン 女性のための医療補償プラン	傷害補償プラン
加入資格 (被保険者)	〈申込人〉 東京医師歯科医師協同組合の会員 〈被保険者の範囲〉 東京医師歯科医師協同組合の会員 会員の配偶者・お子さま・ご両親 法人会員の理事長さま、その配偶者・お子さま 会員の診療所に勤務する役員・従業員の方 ※医療補償(上乘せ)プランは、医療補償(基本)プランにご加入の会員ご本人さまのみ対象です。 ※加入者が当組合の会員資格を失った場合(死亡、組合業務エリア外転出など)には、当保険への加入資格も失います。 ご家族さま、従業員さまのご契約も継続ができませんのでご了承ください。	
	【新規】 生後15日以上※1※2～満69才以下 (本契約の補償開始日(2024年4月1日)時点) ※1 女性のための医療補償プランは満15才以上 ※2 被保険者が0才の場合、2024年4月1日時点で生後15日目以降である必要があります。 【継続】 満89才以下 (本契約の補償開始日(2024年4月1日)時点)	【新規】 満69才以下 (本契約の補償開始日(2024年4月1日)時点) 【継続】 年齢による制限はありません。
	オプション 日常生活賠償補償	
	医療補償プラン・女性のための医療補償プラン・傷害補償プランのいずれかにご加入いただいた方が本オプションをセットできます。	
保険期間 (ご契約期間)	2024年4月1日午後4時～2025年4月1日午後4時までの1年間(以後毎年自動継続) ※ただし保険期間の途中でご加入の方は効力発生日から2025年4月1日午後4時までとなります。	
保険責任開始日 (中途加入の場合)	毎月25日締切 翌月1日が効力発生日	
保険料 払込方法	<ul style="list-style-type: none"> ●毎月の保険料は「預金口座振替依頼書」に基づき、ご指定の口座(会員名義の口座に限る)から自動的に振替処理します。万が一、口座から振替ができなかったときは、翌月の振替日に再度請求、併徴いたします。 ※2か月続けて振替できなかった時は口座の振替を停止し、ご契約は失効いたします。 ●1年に6回以上口座振替ができなかった場合、翌年の継続契約をお断りする場合がございますのでご了承ください。 	
受取人	<ul style="list-style-type: none"> ●被保険者が受取人となります。 	<ul style="list-style-type: none"> ●傷害死亡保険金の受取人は原則、被保険者の法定相続人となります。傷害死亡保険金受取人を指定される場合は、ご加入内容の変更となり、改めてお手続きが必要です。この場合、被保険者の同意確認のために書類の提出をお願いすることがあります。 ●傷害後遺障害保険金・傷害入院保険金・傷害手術保険金の受取人は被保険者となります。
保険料控除 の取扱い	払い込みいただいた保険料のうち、所定の金額について、税法上の 介護医療保険料控除の対象 となります。	対象外です。
自動継続 について	<ul style="list-style-type: none"> ●変更・脱退のお申出がない限りご契約は自動的に継続されます。変更・脱退を希望される場合は取扱代理店までご連絡ください。 ●継続後の保険料は、継続日時点の被保険者の年齢(医療補償プラン・女性のための医療補償プランの場合)および保険料率によって計算されます。 ※保険金請求事故が多発した場合などについて、ご継続を中止させていただくことがあります。	

- ◇この保険は東京医師歯科医師協同組合を保険契約者とし、東京医師歯科医師協同組合の会員さまをご加入者とする団体総合生活補償保険の団体契約です。団体総合生活補償保険のご契約のしおり(普通保険約款・特約)、保険証券は保険契約者(東京医師歯科医師協同組合)に交付されます。
- ◇健康状態告知書質問事項の回答内容や加入申込票記載事項(年齢・他保険加入状況・保険金請求履歴等)等により、ご契約のお引受けをお断りしたり、引受条件を制限させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。保険契約者または被保険者の故意または重大な過失により、回答がなかった場合や回答内容が事実と異なる場合には、保険期間の開始時(注)から1年以内であれば、ご契約を解除することがあります。また保険期間の開始時(注)から1年を経過していても、回答がなかった事実または回答内容と異なる事実に基づく保険金支払事由が、保険期間の開始時(注)から1年以内に発生していた場合には、ご契約を解除することがあります。
(注)継続契約の場合は、継続されてきた最初の保険期間の開始時となります。
- ◇他の保険契約等の有無については、危険に関する重要な事項の告知事項として加入申込票に記入していただけます。正しく記入していただけなかった場合には、ご契約を解除することがありますのでご注意ください。
- ◇この保険契約(傷害補償プラン)は2社による共同保険契約であり、各引受保険会社は引受割合に応じて連帯することなく単独個々に責任を負います。引受幹事保険会社は、他の引受保険会社を代理・代行して保険料の受領、保険証券の発行、保険金のお支払いその他の業務を行っております。
- ◇このパンフレットは概要を説明したものです。ご加入にあたっては必ず「重要事項のご説明 契約概要のご説明・注意喚起情報のご説明」をご覧ください。また、詳しくは「ご契約のしおり(普通保険約款・特約)」をご用意しておりますので、取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。ご不明な点につきましては、取扱代理店または引受保険会社にお問合わせください。

告知の内容が正しくないと、ご契約が解除され保険金をお支払いできない場合があります。

以下の説明をすべてご確認・ご理解のうえ正しい告知をお願いします。

なお、被保険者ご本人とは、加入申込票兼被保険者明細書の被保険者ご本人欄に記入された方をいいます。

お客様
チェック欄

1 告知の重要性

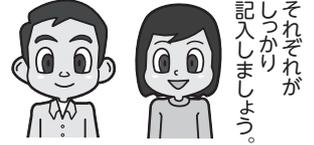
健康状態告知は公平な保険契約の引受判断のための重要な事項ですから、**必ず被保険者ご本人が、「事実を」「ありのまま」「もれなく」お答えください。**

親介護一時金または親の介護による休業補償に加入する場合の健康状態告知の回答にあたっては、必ず特約被保険者・介護対象者となる方に健康状態に関する質問事項と「健康状態告知についてのご案内」に記載された事項をすべて説明し、回答内容をそのまま記入ください。

●親介護一時金は特約被保険者となる方に、被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、特約被保険者の健康状態を回答してください。

●親の介護による休業補償は被保険者ご本人が、介護対象者の健康状態を確認し、回答してください。

(注)告知時における被保険者ご本人の年齢が満15才未満の場合には、その親権者の方がお答えください。



それぞれが
しっかりと
記入しましょう。

お客様
チェック欄

2 正しく告知しなかった場合の取扱い

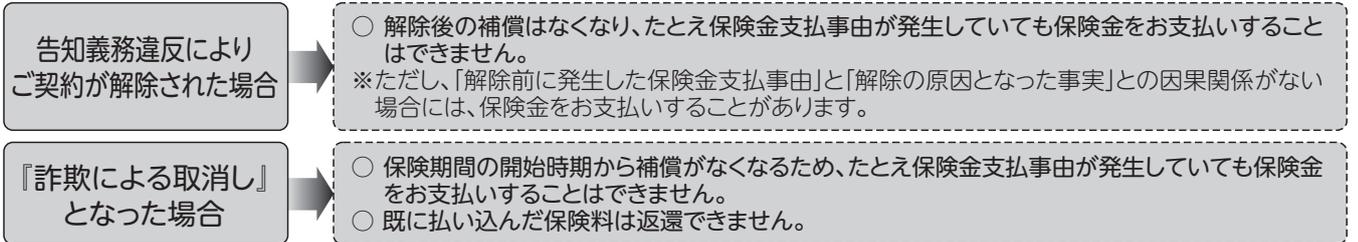
告知する事項は別紙「健康状態告知書質問事項」に記載しています。もし、故意または重大な過失によって、これらについて事実を告知しなかったり、事実と異なることを告知した場合、告知を受領した保険契約の保険期間の開始時(補償の開始時)^(注)から1年以内であれば、引受保険会社は「告知義務違反」としてご契約を解除することがあります。

保険期間の開始時から1年を経過していても、告知のなかった事実、または告知の内容と異なる事実に基づく保険金支払事由が保険期間の開始時から1年以内に発生していた場合には、ご契約を解除することがあります。また、「告知義務違反」の内容が特に重大な場合、保険期間の開始時から経過期間に関係なく保険契約を『詐欺による取消し』とすることがあります。

(注)継続契約の場合は、継続されてきた最初の保険期間の開始時となります。



正しく告知しないと、
保険金を受け取れない
場合もあるんだね。



お客様
チェック欄

3 書面によるご回答のお願い

質問事項へのご回答は、保険会社の引受判断上、重要な事項のため、取扱代理店への口頭によるご回答ではなく、**書面にてご回答くださいますようお願いいたします。**

※健康状態告知書質問事項回答欄は加入申込票兼被保険者明細書の一部となっています。取扱代理店は保険契約の告知受領権を有していますが、取扱代理店に口頭でご回答されても告知をしたことになりませんのでご注意ください。



加入申込票の回答欄へ
記入してください。

お客様
チェック欄

4 傷病歴等を告知した場合の取扱い

引受保険会社では、ご加入者間の公平性を保つため、お客さまのお身体の状態すなわち保険金等のお支払いが発生するリスクに応じた引受対応を行っています。

ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合があります。



告知したら、契約
はどうなるの？

お客様
チェック欄

5 告知内容を確認させていただく場合があります。

お申込み後または保険金請求の際、告知内容について確認させていただく場合があります。



告知内容を
確認させて
ください。

お客様
チェック欄

6 お客さまによるご契約内容の確認について

ご加入後、加入内容について記載した「加入者証」または「加入申込票の写し」で**告知内容に誤りがないかのご確認**をお願いします。

※万一、告知内容が事実と異なる場合には、ただちに取扱代理店または引受保険会社までご連絡ください。



加入後の確認も
大切なね。

※本紙はお客さまご自身で確認するための帳票です。ご提出の必要はありません。
 ※『加入申込票兼被保険者明細書の写し』と『健康状態告知についてのご案内』(本紙)、
 『重要事項のご説明』はお客さまの控えとなりますので、大切に保管してください。

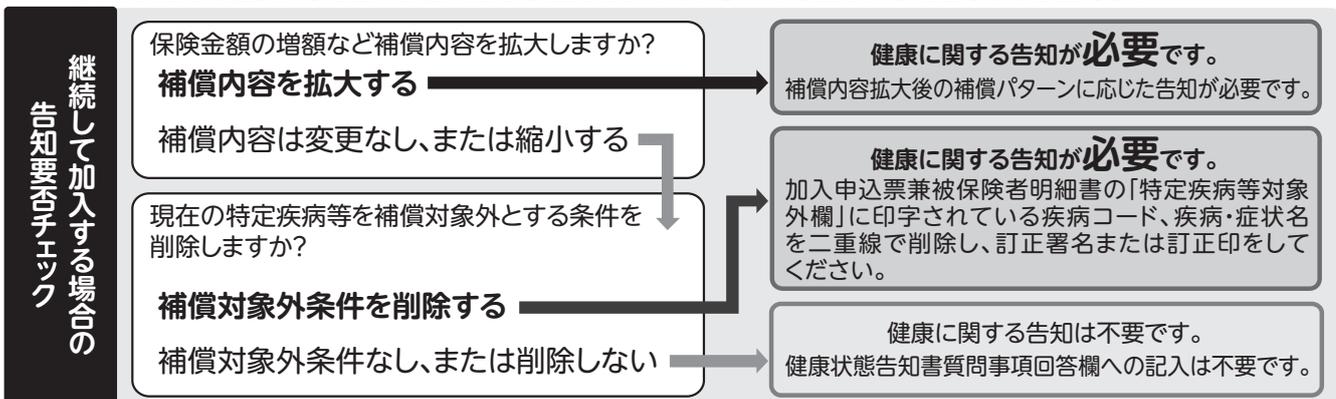
お客さま
チェック欄

7 健康に関する告知が必要な方

健康状態告知書質問事項回答欄に回答いただく必要のある方は、以下のいずれかに該当する方です。

● 今回新たに加入する方 ● 継続して加入する際に、補償内容を拡大する契約条件の変更^(注)を行う方

(注)健康に関する告知の対象となる補償項目について、新たな補償を追加する場合、保険金額を増額する場合、保険金支払対象期間を延長する場合、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合などが該当します。



新たに加える方、補償内容を拡大する契約条件の変更を行う方のいずれにおいても、ご加入の補償パターンに応じて告知をいただきますようお願いいたします。告知をいただく質問は以下のとおりです。 (注)疾病補償、所得補償、医療費用補償をいいます。

パターン	ご加入の補償パターン			告知が必要な質問事項		
	疾病補償 ^(注)	がん補償	本人介護一時金	質問1	質問2	質問3
1	○	○	○	○	○	○
2	○	○	—	○	○	×
3	○	—	○	○	○	○
4	—	○	○	×	○(①のみ)	○
5	○	—	—	○	○	×
6	—	○	—	×	○(①のみ)	×
7	—	—	○	×	×	○
8	—	—	—		×	

○：告知必要
×：告知不要



※「親介護一時金」「親介護休業補償」に新たに加える方、継続して加入する際に、補償内容を拡大する契約条件の変更を行う方は、別途、親介護一時金・親介護休業補償の告知をいただく必要があります。

※継続して加入する方で今回補償内容を拡大する契約条件の変更を行う場合は、補償内容拡大後の補償パターンに応じた告知が必要です。

お客さま
チェック欄

8 再告知の取扱い

令和5年9月30日以前始期の契約から加入いただいているお客さまは、特定疾病等を補償対象外とする条件で加入されている場合があります。補償対象外となる病気・症状については、「令和5年9月30日以前始期契約に加入された方で、「特定疾病等対象外欄」にコード等の記載がある方へ」、「ご契約のしおり(普通保険約款・特約)」をご確認ください。

継続時には、あらためて現在の健康状態等に応じた告知(再告知)をしていただくことができます。なお、保険期間の途中で特定疾病等を補償対象外とする条件の削除・変更を行うことはできません。再告知を行う場合、告知の結果によって以下いずれかのお取扱いとなります。

再告知の結果、お引き受けできる場合	特定疾病等を補償対象外とする条件を削除して加入いただくことができます。なお、条件を削除して継続いただいた場合でも、保険金のお支払い有無は、発病時点の保険契約の条件で判断することがあります。	再告知の結果、お引き受けできない場合	ご加入を継続いただくことができません。
-------------------	--	--------------------	---------------------

お客さま
チェック欄

9 その他の注意事項

被保険者ご本人が正しく告知をした場合でも、加入初年度契約の保険期間の開始時より前にケガ、病気または要介護状態の原因となった事由が生じた場合は、引受保険会社は保険金をお支払いできません(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります)。

例えばこんな場合... 加入申込み時点では健康だったが、その後保険期間の開始時より前に発病と診断され、保険期間の開始時より後にその病気によって入院したケース

そのほかにも、「重要事項のご説明」には、ご加入に際して特に確認いただきたいことを記載しています。お申込みの前に必ずお読みください。

健康状態告知書質問事項、回答欄記入例

疾病補償、がん補償、所得補償、医療費用補償、本人介護一時金、親介護一時金、親介護休業補償のいずれかに新たにお申し込み頂につきご回答ください。

ご注意

- 健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、別紙「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。
- ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始時より前に原因が発生した病気やケガ、要介護状態
- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、健康状態告知書質問事項回答欄への

疾病補償 がん補償 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

●被保険者ご本人がご回答ください。なお、下表に記載があるケガや病気については告知不要です。

告知対象外となるケガ・病気一覧

●ケガ(ただし、以下については、病気として告知対象となります) ●正常分娩

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

<質問1> 疾病補償 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は回答不要です。質問2の①をご回答ください。

●次のいずれかに該当しますか。

- 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。
- 告知日(ご記入日)より過去2年以内に病気で、継続して14日以上以上の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。

「手術」には、内視鏡・腹腔鏡・レーザー・カテーテル・超音波・衝撃波によるものなどを含みます。なお、入院の有無は問いません。

「医師」には歯科医師を含み、柔道整復師・指圧師・鍼灸師は含みません(以下の質問も同様です)。

いいえ

<質問2> 疾病補償 がん補償(①のみ) 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は①についてのみご回答ください。

●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。

- 「がん」、「上皮内がん」
- 「糖尿病」、「高血糖症」、「耐糖能異常」
- 「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」

*検査結果が異常なしだった場合は「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。

「医師による治療」には注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを含みます。なお、市販のビタミン剤の服用など、病気の治療ではなく健康増進のための行為は含みません。

③について、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」によります。

いいえ

「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」をお引き受けします。

「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」は、お引き受けできませんので、「ご」承ください。

回答欄記入例

回答が「いいえ」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者ご署名欄」に告知日を記入のうえ、署名してください。

被保険者ご本人用(質問1、2、3)

回答を記入してください。

告知日を記入のうえ、署名してください。

※健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)(注7)		
疾病・がん(質問2のみ)	所得補償	本人介護
質問1	質問2	質問3
LKA	LKH	LIA
はい(3) いいえ(4)	はい(3) いいえ(4)	はい(3) いいえ(4)
※告知者ご署名欄 令和R #井年 #井月 #井日 相生 一郎		

疾病に関する補償が「がん補償」のみの方は質問2のみご回答ください。

「本人介護一時金」にご加入の方は質問3をご回答ください。

再告知のうえ、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂正印をしてください。

いただく方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事

また、ご加入される補償パターンに応じてご回答ください。

態については、保険金をお支払いできません(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります)。記入は不要です。

本人介護一時金 親介護一時金 親介護休業補償 にご加入の方

- 本人介護一時金は、被保険者ご本人がご回答ください。
- 親介護一時金は、特約被保険者となる方に被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、被保険者ご本人が特約被保険者の健康状態を回答してください。また、親介護休業補償は、被保険者ご本人が介護対象者の健康状態を確認し回答してください。

<質問3> **本人介護一時金** にご加入の方

<質問> **親介護一時金 親介護休業補償** にご加入の方

*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き受けできません。

- 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、下表の「病名・症状一覧」記載の病気や症状と診断されたことがある。

①は、告知日(ご記入日)現在の状態をご回答ください。また、「他人の介護が必要である」とは、何らかのかたちで他人の力を借りている状態をいいます。

②の「要介護認定申請をしたことがある」とは、過去に要介護認定の申請を行った結果、非該当となった場合を含みます。

はい

「本人介護一時金」「親介護一時金」「親介護休業補償」はお引き受けできませんので、「承」を記入してください。

いいえ

「本人介護一時金」「親介護一時金」「親介護休業補償」をお引き受けします。

病名・症状一覧

脳血管系	●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	肝臓系	●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎* ●C型肝炎* *ウイルスキャリア(感染者)を含みます。
心臓系	●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	筋・骨格系	●後遺症のある骨折(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
呼吸器系	●肺塞栓症(肺梗塞等) ●肺線維症 ●慢性閉塞性肺疾患(COPD)(肺気腫、慢性気管支炎) ●塵肺(珪肺症、アスベスト肺症等) ●気管支喘息(終結した小児喘息を除きます)	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
腎臓系	●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	その他	●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●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) ●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1) ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病(注2)

(注1)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」によります。

(注2)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>)等でご確認ください。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。

親介護一時金・休業(質問)

被保険者ご本人から見た特約被保険者・介護対象者との関係に○をしてください。

被保険者ご本人が回答を記入してください。

健康状態について、特約被保険者・介護対象者へのご説明と回答受領にあたり実際に取られた確認方法を1つ選び○をしてください。

親介護一時金は特約被保険者、親介護休業補償は介護対象者の氏名をカナで記入してください。

加入される特約を選び○をしてください。
※プランにより加入できる特約が異なりますのでご注意ください。

特約区分	特約被保険者 ⁽¹⁾ ・介護対象者 ⁽²⁾ の氏名	※生年月日	※年齢	告知日	特約被保険者・介護対象者の氏名	健康状態の確認方法
親介護一時金	アイオイ タロウ	1980.01.15	42	2023.01.15	アイオイ タロウ	① 訪問 ② 電話 ③ FAX ④ 郵送 ⑤ J-メール
親介護休業補償	アイオイ ハナコ	1985.03.22	37	2023.01.15	アイオイ ハナコ	① 訪問 ② 電話 ③ FAX ④ 郵送 ⑤ J-メール

回答を記入した被保険者ご本人が署名、告知日を記入してください。

相生 一郎

令和5年9月30日以前始期契約に加入された方で、「特定疾病等対象外

令和5年9月30日以前始期契約に加入し、保険申込書または加入申込票の「特定疾病等対象外欄」にコード等が印

1. 「疾病コード」欄に下記の「A1」～「Y5」のコードが印字されている場合 下表のコードの横に★が記載された項目は、

A1 A2	脳・循環器系の疾病	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳こうそく、脳血栓、脳塞栓、一過性脳虚血発作(TIA)など) ●脳腫瘍 ●狭心症 ●動脈硬化症 ●心臓弁膜症 ●動脈狭窄症 ●心筋症 ●動脈瘤 ●心不全 ●心筋こうそく ●高血圧症(医師の治療を受けている場合、または治療を受けていない場合でも最低血圧110ミリ以上の場合) ●高脂血症・脂質異常症(高コレステロール血症を含みます) ●不整脈(心房・心室細動、心室頻拍、脚ブロックなど) ●先天性心疾患(心房・心室中隔欠損症、動脈管開存症、大動脈縮窄症、ファロー四徴症など)
A3	脳・循環器系の疾病	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓) ●脳腫瘍 ●心筋梗塞 ●狭心症 ●動脈硬化症 ●心臓弁膜症 ●心筋症 ●心不全 ●動脈瘤 ●先天性心疾患 ●高血圧症 ●不整脈
A4	循環器	●脳卒中 ●脳出血 ●脳梗塞 ●脳軟化 ●心臓弁膜症 ●心筋梗塞 ●狭心症 ●脳血栓 ●動脈硬化症 ●動脈閉塞 ●高血圧症
A5 ★	循環器系・神経系	●脳卒中(脳出血、脳血栓、くも膜下出血、脳こうそく、脳塞栓、失語症) ●心筋こうそく ●心臓弁膜症 ●心筋症 ●心不全 ●狭心症 ●先天性心臓病 ●心室細動 ●冠不全 ●動脈硬化症 ●脳炎 ●脳膜炎 ●髄膜炎 ●不整脈 ●動脈瘤 ●高血圧症(最高血圧160mmHg以上または最低血圧95mmHg以上) ●低血圧症(最高血圧100mmHg未満)
A6	循環器の病気	●脳卒中 ●脳軟化 ●脳出血 ●くも膜下出血 ●脳血栓 ●脳塞栓 ●心筋こうそく ●狭心症 ●心臓弁膜症 ●心不全 ●心筋炎 ●高血圧症 ●低血圧症 ●動脈硬化症
C1 C2	消化器系の疾病	●胃・腸のがん ●食道がん ●かいよう性大腸炎 ●クローン病 ●胃・腸のかいようまたはポリープ
C3	消化器系の疾病	●胃・腸のがん ●腹膜炎 ●食道がん ●胃腸炎 ●かいよう性大腸炎 ●大腸炎 ●クローン病 ●胃・腸のかいようまたはポリープ
C4	胃腸	●胃や腸のがん ●食道がん ●胃や腸のかいようまたはポリープ ●腹膜炎
C5 ★	消化管系	●かいよう性大腸炎 ●クローン病 ●胃腸炎 ●胃かいよう ●大腸炎 ●腸閉塞(イレウス) ●腹膜炎 ●腸のかいよう ●食道狭窄 ●十二指腸かいよう
C6	胃腸管関係の病気	●胃腸のがん ●食道がん ●慢性胃腸炎 ●腸閉塞 ●腸管癒着症 ●慢性虫垂炎 ●腹膜炎 ●胃腸のポリープ ●胃腸のかいよう ●幽門狭窄 ●食道狭窄
D1	肝臓系の疾病	●肝臓のがん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎 ●急性肝炎 ●肝肥大 ●黄疸
D5 ★	肝臓系	●食道静脈瘤 ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎 ●急性肝炎 ●A型肝炎 ●肝機能障害 ●黄だん
E1	胆のう・すい臓系の疾病	●胆のう・すい臓のがん ●すい炎 ●胆のうポリープ ●胆のう炎 ●胆石(症) ●胆管結石
E5 ★	胆のう・すい臓系	●胆石 ●胆のう炎 ●すい炎
F1 F2	腎臓・泌尿器系の疾病	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎不全 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●のう胞腎 ●尿毒症 ●急性腎不全 ●急性腎炎 ●腎う炎 ●腎臓・膀胱・尿路などの結石 ●前立腺肥大症
F3	腎臓・泌尿器の疾病	●腎臓・膀胱・前立腺のがん ●慢性腎炎 ●急性腎炎 ●ネフローゼ ●慢性腎不全 ●尿毒症 ●のう胞腎 ●腎う炎 ●腎臓・膀胱・尿路などの結石

2. 「疾病コード」欄に下記の「62」～「99」、「R0」のコードが印字されている場合 該当の病気・症状(コード番号)が補償

コード番号				
62: 乳腺症	63: 異常妊娠・帝王切開・鉗子分娩・その他の異常分娩	64: 妊娠・分娩に伴う病気・症状(帝王切開を含みます)	67: 白内障	68: 緑内障
70: 腰痛症(ぎっくり腰など)	71: 椎間板ヘルニア・腰痛(ぎっくり腰を含みます)	72: 頸椎捻挫(むちうち症)	74: 神経痛	75: 関節リウマチ
78: メニエール病・めまい	79: メニエール病	80: 梅毒などの性病	81: 梅毒・淋病	82: 自律神経失調症
84: 痔・脱肛	86: 高脂血症	87: 痛風	88: てんかん	89: 貧血症
91: 痔疾	92: 蓄膿症	93: 中耳炎	94: 骨髄炎	95: パセドウ病
97: 腸閉塞	98: 職業病	99: 補償開始日から1年以内に発病した妊娠・分娩に伴う病気・症状		

欄」にコード等の記載がある方へ

字されている場合の補償対象外となる疾病の範囲は下表のとおりです。

該当のコードに属する病気・症状の他、その分類に関わるあらゆる病気・症状が補償対象外となっています。

F4	腎臓・泌尿器	●慢性腎炎 ●腎不全 ●急性腎炎 ●腎う炎 ●ネフローゼ ●腎臓のがん ●腎臓・膀胱・尿路などの結石
F5 ★	腎臓・泌尿器系	●慢性腎不全 ●ネフローゼ ●腎性高血圧症 ●腎臓結石 ●尿路結石 ●尿管結石 ●膀胱結石 ●急性腎炎 ●慢性腎炎 ●尿毒症 ●のう胞腎 ●腎結核 ●腎う炎 ●膀胱炎 ●尿道炎 ●前立腺炎 ●前立腺肥大症
F6	腎臓・泌尿器の病気	●腎臓・泌尿器のがん ●腎不全 ●尿毒症 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ ●腎炎 ●腎う炎 ●膀胱炎 ●腎臓・膀胱・尿路の結石
G5 ★	内分泌・代謝系	●糖尿病 ●甲状腺の病気
H1 H2	婦人科系の疾病	●子宮がん ●卵巣がん ●子宮筋腫 ●子宮内膜症 ●子宮腺筋症 ●子宮頸部異形成 ●卵巣のう腫
H3	乳房・子宮・卵巣の疾病	●子宮がん ●乳がん ●卵巣がん ●子宮筋腫 ●子宮内膜症 ●卵巣のう腫 ●乳腺症
H4	婦人病	●子宮がん ●子宮筋腫
H5 ★	婦人科系	●子宮筋腫 ●子宮内膜症 ●子宮腺筋症 ●子宮頸管炎 ●子宮付属器炎 ●卵巣のう腫
J5 ★	眼科系	●白内障 ●緑内障 ●網膜・角膜の病気
M2	肝臓系の疾病 胆のう・すい臓系の疾病	●肝臓のがん ●肝硬変 ●慢性肝炎 ●B型肝炎 ●C型肝炎 ●急性肝炎 ●肝肥大 ●黄疸 ●胆のう・すい臓のがん ●すい炎 ●胆のうポリープ ●胆のう炎 ●胆石(症) ●胆管結石
M3	肝臓・胆のう・すい臓の疾病	●肝臓・胆のう・すい臓のがん ●肝硬変 ●B型肝炎 ●C型肝炎 ●慢性肝炎 ●急性肝炎 ●すい炎 ●胆石(症) ●胆のう炎 ●肝肥大 ●黄疸
M4	肝臓・胆のう・すい臓	●肝臓・胆のう・すい臓のがん ●肝硬変 ●胆石 ●肝炎 ●肝肥大 ●胆のう炎 ●すい臓炎
M6	肝臓・胆のう・すい臓の病気	●肝臓・胆のう・すい臓のがん ●肝硬変 ●肝炎 ●肝肥大 ●黄だん ●胆のう炎 ●胆石 ●すい臓炎
X1 X2	呼吸器系の疾病	●肺がん ●咽頭がん ●結核 ●肺炎腫 ●間質性肺炎 ●肺線維症 ●気管支ぜん息 ●肺炎 ●じん肺 ●けい肺 ●肺のう胞 ●自然気胸 ●慢性気管支炎 ●気管支拡張症 ●胸膜炎(肋膜炎)
X3	呼吸器系の疾病	●肺がん ●間質性肺炎 ●気管支ぜん息 ●肋膜炎 ●結核 ●肺のう胞 ●肺線維症 ●塵肺 ●慢性気管支炎 ●気管支拡張症 ●自然気胸 ●珪肺 ●咽頭がん ●肺炎 ●肺炎腫
X4	肺・気管支	●結核 ●肋膜炎 ●肺がん ●慢性気管支炎 ●ぜんそく ●肺炎腫
X5 ★	呼吸器系	●肺性心 ●気管支拡張症 ●慢性気管支炎 ●間質性肺炎 ●肺結核 ●自然気胸 ●けい肺 ●膿胸 ●肺炎腫 ●肺炎 ●じん肺 ●肺梗塞 ●肺のう胞 ●ぜんそく ●肺化膿症(肺膿瘍) ●胸膜炎(肋膜炎)
X6	呼吸器の病気	●肺がん ●ぜんそく ●結核 ●肋膜炎 ●肺炎腫 ●慢性気管支炎 ●気管支拡張症 ●肺化膿症 ●肺炎
Y1	骨・筋肉の疾病	●リウマチ(関節リウマチ、リウマチ熱、リウマチ性心疾患) ●脊椎カリエス ●後縦靭帯骨化症 ●筋ジストロフィー症 ●重症筋無力症 ●関節炎 ●骨髄炎 ●神経痛 ●頸肩腕症候群
Y5 ★	骨・筋肉	

対象外となっています。

69: 椎間板ヘルニア
77: 慢性副鼻腔炎(蓄膿症)・慢性中耳炎
83: 悪性貧血
90: ([疾病・症状名]欄に記載 R0: された病気・症状)
96: 頭部外傷による後遺症

3. 「疾病・症状名」欄に疾病名が印字されている場合

印字された病気・症状が補償対象外となっています。

(例)

過去の健康状態告知内容	
特定疾病等対象外欄(再告知の場合要削除)	
疾病コード	R0
疾病・症状名 カナ	コウジョウセンキノウテイカショウ

健康状態告知書質問事項および健康状態告知書質問事項 回答欄（被保険者ご本人用）記入要領

安心入院プランの医療補償プラン・女性のための医療補償プランのいずれかに今回新たに加入する方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方、また特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する方は、加入申込票兼健康状態告知書質問事項回答欄（以下「告知回答欄」といいます）に告知日と下記の質問事項に対する回答をご記入ください。

- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、告知回答欄（本人用）へのご記入は不要です。
- 被保険者ご本人（補償の対象となる方）がご回答ください。ただし、満年齢が15才未満の被保険者については、親権者の方がご回答ください。
- 各質問に、該当しない場合は「いいえ」に○印をしてください。

質問事項

<質問1>

安心入院プランの医療補償プラン・女性のための医療補償プランの加入を希望する方はご回答ください。

●次のいずれかに該当しますか。

- 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日以上以上の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。

「手術」には、内視鏡・腹腔鏡・レーザー・カテーテル・超音波・衝撃波によるものなどを含みます。なお、入院の有無は問いません。

「医師」には歯科医師を含み、柔道整復師・指圧師・鍼灸師は含みません（以下の質問も同様です）。

はい

疾病を補償する契約はお引き受けできません。ご了承ください。

いいえ

告知回答欄（本人用）の質問1は「いいえ」に○印をしてください。

質問 1
LKA
はい ①
いいえ ②

<質問2>

安心入院プランの医療補償プラン・女性のための医療補償プランの加入を希望する方はご回答ください。

*病気・疾病名が不明な方や検査等の結果待ちの方は、病気・疾病名が判明するまではお引き受けできません。

●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）」

※検査結果が異常なしだった場合は「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。

「医師による治療」には注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを含みます。なお、市販のビタミン剤の服用など、病気の治療ではなく健康増進のための行為は含みません。

③について、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」によります。

はい

疾病・がんを補償する契約はお引き受けできません。ご了承ください。

いいえ

告知回答欄（本人用）の質問2は「いいえ」に○印をしてください。

質問 2
LKH
はい ①
いいえ ②

●下表に記載があるケガや病気については告知不要です。

告知対象外となるケガ・病気一覧

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

安心入院プラン 加入申込票 兼 健康状態告知書

重要事項のご説明をご確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

申込 人	加入申込日	令和 年 月 日	生年月日	性別	◆団体との関係 下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください 団体の 1:構成員(子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 0:会員企業等の役員・従業員 上記「1」または「0」の 2:配偶者 3:こども 4:両親 5:使用人
	カナ		T・S・H	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	漢字	申込印	年 月 日		
			医歯協使用欄		

※個人の場合はフルネームでご署名ください。(法人の場合は記名押印ください。)

①本人	被保険者氏名 (健康状態告知署名兼個人情報取扱同意署名)			加入種目	タイプ	※健康状態告知欄 (下記の記入要領に従ってご記入ください。)		
	カナ 漢字	医療補償プラン (基本)			A B S	告知日 令和 年 月 日		
※被保険者ご本人が自署してください。	医療補償プラン (上乗せ)			X Y Z	質問1	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	質問2	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
※生年月日	※年齢*1	性別	女性のための 医療補償プラン	W	傷害補償プランは健康状態告知不要です			
T・S・H	年 月 日	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	傷害補償プラン	SS SA SB SC SD SE SF SG SH SI	オプション 日常生活賠償補償	P		
◆団体との関係	オ							

同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険等の身体のケガまたは病気に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。)がありますか。「あり」の場合、必ず裏面の「※他の保険契約等」欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。)
(注)他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

[ご注意] *1 年齢は保険始期日時点の満年齢をご記入ください。

加入申込票 記入例

【ご記入見本】 水色の枠内にもれなくご記入ください。

申込 人	加入申込日	令和 6 年 2 月 13 日	生年月日	性別
	カナ	イシ タロウ	T・S・H	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	漢字	医歯 太郎	60 年 2 月 1 日	
			医歯協使用欄	

※個人の場合はフルネームでご署名ください。(法人の場合は記名押印ください。)

【ご加入の際にご注意いただきたい事項】

1. ご本人さまのご加入

傷害補償SSタイプをご選択される場合、医療補償プラン(基本)のAタイプはご選択いただけません。BまたはSタイプをご選択ください。

※引当限度額により組み合わせ不可場合があります。特約ごとの詳細につきましては、取扱代理店にお問合わせください。

2. お子さまのご加入

2024年4月1日時点で生後15日以上であることがご加入の条件です。2024年3月17日以降にお生まれになったお子さまにつきましては、次年度以降にお申込みいただきますようお願いいたします。

①本人	被保険者氏名 (健康状態告知署名兼個人情報取扱同意署名)			加入種目	タイプ	※健康状態告知欄 (下記の記入要領に従ってご記入ください。)		
	カナ 漢字	イシ タロウ 医歯 太郎			医療補償プラン (基本)	A B S	告知日 令和 6 年 2 月 13 日	
※被保険者ご本人が自署してください。	医療補償プラン (上乗せ)			X Y Z	質問1	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	質問2	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
※生年月日	※年齢*1	性別	女性のための 医療補償プラン	W	傷害補償プランは健康状態告知不要です			
T・S・H	年 月 日	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	傷害補償プラン	SS SA SB SC SD SE SF SG SH SI	オプション 日常生活賠償補償	P		
◆団体との関係	オ							

同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険等の身体のケガまたは病気に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。)がありますか。「あり」の場合、必ず裏面の「※他の保険契約等」欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。)
(注)他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

左側ページの「健康状態告知書質問事項回答欄記入要領」をご覧ください

内容を変更する場合は二重線で訂正のうえ、訂正署名をしてください

②配偶者	被保険者氏名 (健康状態告知署名兼個人情報取扱同意署名)			加入種目	タイプ	※健康状態告知欄 (下記の記入要領に従ってご記入ください。)		
	カナ 漢字	イシ ハナコ 医歯 花子			医療補償プラン (基本)	A B S	告知日 令和 6 年 2 月 13 日	
※被保険者ご本人が自署してください。	医療補償プラン (上乗せ)			X Y Z	質問1	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	質問2	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
※生年月日	※年齢*1	性別	女性のための 医療補償プラン	W	傷害補償プランは健康状態告知不要です			
T・S・H	年 月 日	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	傷害補償プラン	SS SA SB SC SD SE SF SG SH SI	オプション 日常生活賠償補償	P		
◆団体との関係	2							

[ご注意] *1 年齢は保険始期日現在の満年齢をご記入ください。

◆団体との関係 下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください

団体の 1: 構成員(子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 左記「1」または「0」の 2: 配偶者 3: こども 4: 両親 5: 使用人
0: 会員企業等の役員・従業員

② 配偶者	被保険者氏名 (健康状態告知署名兼個人情報取扱同意署名)		加入種目	タイプ	※健康状態告知欄 (下記の記入要領に従ってご記入ください。)	
	カナ 漢字		医療補償プラン (基本)	A B S	告知日	
	※被保険者ご本人が自署してください。		医療補償プラン (上乗せ)	W	令和	年 月 日
	※生年月日	※年令*1	性別		質問1	質問2
	T・S・H 年 月 日		女性のための 医療補償プラン	SA SB SC SD SE SF SG SH SI	はい いいえ	はい いいえ
◆団体との関係 2	オ	傷害補償プラン		傷害補償プランは健康状態告知不要です		
				オプション 日常生活賠償補償	P	

③ 子ども・その他	被保険者氏名 (健康状態告知署名兼個人情報取扱同意署名)		加入種目	タイプ	※健康状態告知欄 (下記の記入要領に従ってご記入ください。)	
	カナ 漢字		医療補償プラン (基本)	A B S	告知日	
	※被保険者ご本人が自署してください。		医療補償プラン (上乗せ)	W	令和	年 月 日
	※生年月日	※年令*1	性別		質問1	質問2
	T・S・H・R 年 月 日		女性のための 医療補償プラン	SA SB SC SD SE SF SG SH SI	はい いいえ	はい いいえ
◆団体との関係	オ	傷害補償プラン		傷害補償プランは健康状態告知不要です		
				オプション 日常生活賠償補償	P	

④ 子ども・その他	被保険者氏名 (健康状態告知署名兼個人情報取扱同意署名)		加入種目	タイプ	※健康状態告知欄 (下記の記入要領に従ってご記入ください。)	
	カナ 漢字		医療補償プラン (基本)	A B S	告知日	
	※被保険者ご本人が自署してください。		医療補償プラン (上乗せ)	W	令和	年 月 日
	※生年月日	※年令*1	性別		質問1	質問2
	T・S・H・R 年 月 日		女性のための 医療補償プラン	SA SB SC SD SE SF SG SH SI	はい いいえ	はい いいえ
◆団体との関係	オ	傷害補償プラン		傷害補償プランは健康状態告知不要です		
				オプション 日常生活賠償補償	P	

[ご注意] *1 年令は保険始期日時点の満年令をご記入ください。

同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険等の身体のケガまたは病気に対して保険金が支払われる他の保険契約等)をいい、積立保険を含みます。)がありますか。「あり」の場合、必ず下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。)

(注) 他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

他の保険契約等	※他の保険契約等*2					
	被保険者氏名	会社名	傷害死亡・後遺障害保険金額	傷害入院保険金日額	疾病入院保険金日額	がん入院保険金日額
			(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円
			(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円
			(合計) 万円	(合計) 円	(合計) 円	(合計) 円
保険金請求歴*3	過去3年以内にケガまたは病気等で保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。	あり	被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
					回	円

[ご注意] *2 他の保険会社等における契約を含みます。 *3 他の保険会社等における保険金請求を含みます。

ご加入者さまへのご注意

項目名に※の付された欄は告知事項に該当します。これらの欄に事実と異なる記載をしたり、または事実を記載しなかった場合には、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご注意ください。ただし、「生年月日」「年令」「健康状態告知」は「疾病補償」をセットされない場合、告知事項に該当しません。なお、通知事項およびその取扱いについては重要事項のご説明をご確認ください。