

告知書

■告知書に事実を記入しなかった場合や、記入した内容が事実と異なる場合は、保険金等をお支払いできないことがあります。

■告知書は、被保険者ご本人が「ありのまま」「正確にもれなく」ご記入ください。

■傷病歴等があっても、お申込内容に基づく総合的判断により、お引受けすることがあります。（お引受けできないことや特別な条件をつけてお引受けすることもあります。）

プラス少額短期保険株式会社 御中

「告知書記入に際しての留意点」をご確認のうえ、告知書をご記入ください。

1

記入日
(告知日)

令和 年 月 日

2

被保険者氏名

この書面に私(被保険者)が記入した事項は、事実と相違ありません。
「重要事項説明書」の内容を理解しました。

3

性別

男

女

4

身長
体重

身長

体重

cmkg

5

被保険者の
ご職業

年金生活者

専業主婦・主夫

無職(失業中を含む)

左記以外

勤務先名称
(学校名)

具体的な
お仕事の内容

6

各項目中の質問につき、1つ以上該当する場合は「はい」「指摘あり」に○をしてください。
「はい」「指摘あり」に○をした方は、右ページの詳細記入欄にご記入ください。該当しない場合は「いいえ」「指摘なし」に○をしてください。

1

最近の健康状態

最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。
※病気やケガに限らず、「医師にみてもらった」事実があれば告知が必要です。
※投薬には、病院や診療所で薬の処方のみをうけた場合を含みます。

いいえ

はい

2

3

4

病気・ケガについて

過去5年以内に、病気やケガで、継続して7日以上入院をしたことがありますか。
過去5年以内に、病気やケガで、手術をうけたことがありますか。
過去5年以内に、以下のいずれかに該当する事実がありますか。
裏面の別表を必ずご確認ください！
●裏面の別表の病気で、一度でも医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけた。
●裏面の別表以外の病気やケガで、通算して7日以上にわたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけた。

いいえ

はい

A

C

へ記入

5

健康診断・人間ドックについて

過去2年以内に、健康診断*・人間ドックをうけて、以下の臓器または検査の項目で異常を指摘されたことがありますか。
* 健康診断とは、健康維持および病気の早期発見のための診察・検査をいいます（自主的にうけた脳ドック・がん検診を含みます。）。
【臓器】心臓 腎臓 肝臓 すい臓 胆のう 胃腸 肺 脳 甲状腺 前立腺 子宮 乳房
【検査項目】血圧測定 尿検査 血液検査 胸部レントゲン検査 心電図検査 眼底検査 上部消化管レントゲン検査 超音波検査 便潜血検査
【異常】異常とは、要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療をいいます。
・要経過観察 例)観察が必要・経過観察を要する・経過観察中・経過観察後に検査が必要
・要再検査 例)再検査が必要・再検査を要する
・要精密検査 例)精密検査が必要・精検を要する・精査を要する・さらに詳しい検査が必要
・要治療 例)治療が必要・治療中・治療継続・要医療

健康診断・人間ドックを

うけたことがある場合

指摘なし

指摘あり

うけていない

B

C

へ記入

6

身体の障がいについて

以下のいずれかの身体の障がいがありますか。
●視力・聴力・言語・そしゃく機能の障がい ●手・足・指の欠損または機能の障がい
●背骨(脊柱)の変形または障がい

いいえ

はい

Dへ記入

7

8

女性の方

過去5年以内に、妊娠・分娩に伴う異常で、入院したり手術をうけたことがありますか。
※「妊娠・分娩に伴う異常」とは、正常分娩以外の帝王切開等の分娩を指します。
現在、妊娠していますか。
(医師の診断や自分でおこなう妊娠検査で判明している場合を含みます。)

いいえ

はい

Aへ記入

切り取らずに折りたたんでご返送ください

詳細記入欄

※記入欄が不足する場合は、裏面の告知追記欄にご記入ください。

A

病気やケガの
名前

(部位)

右

左

両方

 その他

診察・検査・治療・
投薬の期間

現在
の状況

受診した
医療機関名

入院した期間

手術名・
手術の種類、
部位、手術年月

病気やケガの
原因・治療内容・
検査結果・経過を
詳細にご記入ください。

B

異常を指摘された
臓器・検査項目

時期 年 月 医療機関名

検査結果・
所見・判定

要経過観察 要再検査 要精密検査 要治療

再検査・精密
検査の有無

未受診 受診済

再検査
受診時期

再検査
受診時期

再検査内容・
結果・所見・
判定

異常なし 要経過観察 要治療

C

A欄に記入の病気に関する数値、および質問項目5で指摘を受けた項目の数値をご記入ください。
※最新の測定年月と数値をご記入ください。

高血圧

測定年月 年 月

最大 mmHg

最小 mmHg

その他
(測定年月および数値)

D

身体の障がいについて

部位

原因および
障がいの程度

症状固定時期 年 月

障害等級 級

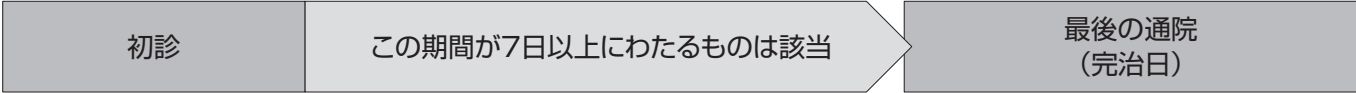
告知追記欄

別 表

心臓・血圧	狭心症、心筋こうそく、心臓弁膜症、先天性心臓病、川崎病、心筋症、高血圧、不整脈（ペースメーカーを含む）、左脚ブロック、大動脈りゅう
脳・精神・神経	脳卒中（脳こうそく、脳内出血、くも膜下出血、脳動脈硬化症などの脳血管障がい）、脳動脈りゅう、精神疾患（統合失調症、うつ病を含む）、てんかん、知的障がい、自律神経失調症、アルコール依存症、不眠症、認知症
肺・気管支	ぜんそく、慢性気管支炎、気管支拡張症、肺気腫、肺結核、じん肺
胃・腸	胃かいよう、十二指腸かいよう、かいよう性大腸炎、クローン病
肝臓・胆のう・すい臓	肝炎（肝炎ウィルス感染を含む）、肝硬変、肝機能障がい、胆石、胆のう炎、すい臓炎
腎臓・尿路	腎炎、ネフローゼ、腎不全、腎のう胞、腎臓結石、尿管結石、前立腺疾患
目（眼）	白内障、緑内障、角膜疾患、ぶどう膜炎、網膜疾患（網膜色素変性症、眼底出血、網膜剥離を含む）
腫瘍	ポリープ、上皮の異形成、腫瘍（リンパ腫、子宮筋腫、卵巣のう腫を含む）
その他	糖尿病（境界型糖尿病を含む）、耐糖能異常、関節リウマチ、こうげん病、貧血症、甲状腺疾患、椎間板ヘルニア、紫斑病、子宮内膜症、乳腺症、不眠症

※「7日以上にわたり」とは以下の場合をいいます。

① 初診から最後の通院（完治日）までの期間が7日以上



② 7日分以上の薬の処方を受けた場合

実際に使用したかどうかにかかわらず、7日分以上の薬の処方を受けた場合は該当します。2～3回に分けて合計7日分以上の薬の処方を受けた場合も該当します。