

## 差額ベッド代保険

お客さまのご意向(ニーズ)に沿った保障分野・プランにお申込みいただくため、以下の流れでご確認ください。

Step 1



「パンフレット」で、この保険の保障内容等をご確認ください。

はい

Step 2



「重要事項説明書(契約概要/注意喚起情報)」の内容をご確認ください。

いいえ

ご意向が異なる場合や、その他のご意向がある場合、保障期間・保険料・その他特に優先すべき事項がある場合は、**募集代理店までご連絡ください。**

保障内容等がご意向に沿っていれば、以下にお進みください。

Step 3

「当初意向把握書」をご確認ください。

お申込みいただくにあたり、当初(資料のご請求・提案をうける前)のご意向と最終的な(お申込み時のご意向)に変わりがないかご確認ください。

1 当初意向把握書

申込日の記入前に必ずチェックをお願いします

※お客様がお申込みを希望される保障内容をご確認ください。(お客様の当初の意向をお伺いするものです。実際のお申込みの保障内容を特定するものではありません。)

入院時の差額ベッド費用の補償  介護の保障  死亡時の保障  病気・ケガの保障

「最終意向確認書」をご確認ください。

お申込みいただく保険商品がお客さまのご意向に合致していることを、ご確認ください。

2 最終意向確認書

お申込みの保険商品が保険契約者様ご本人のご意向に合致している場合には、欄に✓をご記入ください。

1. 保険契約者様のご意向	・入院時の差額ベッド費用の補償
2. 保険契約者様にご確認いただきたい事項	・保障内容(保険金などの支払事由)はご意向に沿った内容となっている。 ・保険期間・保険料払込期間はご意向に沿った内容となっている。 ・保険料(払込回数・方法・金額)、補償の上限はご意向に沿った内容となっている。 ・解約返戻金・配当金について「重要事項説明書」にて理解している。

ご意向と異なる、他に優先する事項がある。

ご意向に合致していない場合、お申込みいただけません。あらためてご説明いたしますので、**プラス少額短期保険または募集代理店までご連絡ください。**

「契約申込書」「告知書」(口座自動振替の場合:口座振替依頼書)をご記入ください。

記入が終わりでしたら、募集代理店の担当者へご提出ください。  
(プラス少額短期保険へ直接資料請求いただいた場合、返信用封筒でご郵送ください)  
お申込内容・告知内容に基づいた審査の後、ご契約が成立となった場合、保険証券をご郵送いたします。

## 告知書記入に際しての留意点

- 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。
- 当社の社員・少額短期保険募集人(少額短期保険代理店、カスタマーサービスセンターの担当者含む)に口頭でお知らせいただいても、告知したことにはなりません。

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。**

※「すぐに思い出せない」「記憶が定かでない」という場合には、確認のうえご記入ください。  
※治療の経過・内容、障害の状況等について、被保険者やご家族、医療機関等へ事実確認を実施する場合があります。  
この場合、事前に当社からご連絡のうえ、当社の社員または当社委託の確認会社の担当者へお問い合わせください。その際は、ご協力をお願いします。

### 傷病歴等の告知がある場合

- 追加の詳しい告知をお願いする場合があります。  
※今回の告知内容や、既に当社にお申込みいただいている契約内容により判断します。
- 保険契約のお引受けについて、以下の1~3のいずれかになります。
  - 無条件でご契約を引受けいたします。
  - 特別な条件付(「特定疾病・特定部位不担保」等)でご契約を引受けいたします。
  - 今回のご契約は見合わせいたします。

告知書をご提出の際は、記入内容を再度ご確認ください。必ず「告知書記入に際しての留意点」をお手元に保管してください。

### 以下に該当する場合は加入いただけません

- 過去5年以内に、以下のいずれかの病気で、医師による診察・治療・投薬・検査(定期的な診察・検査を含む)を受けた場合
- 現在入院中、あるいは現在医師により入院・手術をすすめられている場合

がん	●がん(癌)・白血病・肉腫・骨髄腫・悪性リンパ腫等の悪性新生物を含む)	脳・精神・神経	●脳しゅよう ●統合失調症 ●うつ病 ●双極性障害(躁うつ病)
臓器	●心筋症 ●弁膜症 ●腎不全 ●肝硬変	その他	●こうげん病

※上記以外にも病気やケガなどで治療中の方、過去に手術や大病で入院した方は引受けできない場合があります。

### 記入が必要

### 告知の記入もれが多いケース

- 糖尿病(高血糖や糖尿病の疑いを含む)・高血圧・慢性肝炎等の慢性疾患により定期的に検査・通院している場合  
※食事・運動療法等の投薬治療がない場合も、告知が必要です。
- 不妊治療を受けた場合(不妊や妊娠・出産を希望して医師の診察を受けた場合を含む)
- 異常妊娠・異常分娩(帝王切開・切迫早産・妊娠高血圧症候群・子宮外妊娠等)
- 白内障・緑内障・屈折矯正手術(視力矯正)で、検査・治療を受けた場合
- インプラント・歯科矯正・歯周病・親知らずで、診察・検査・治療・投薬を受けた場合
- ポリープの指摘を受けた場合(経過観察の場合、内視鏡検査で切除した場合を含む)
- がん・しゅよう等で過去5年以上前に手術し、現在も定期検査で通院している場合(経過観察を含む)
- 健康診断・人間ドックによる指摘(要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療)  
※再検査・精密検査をうけて異常がなかった場合も、告知が必要です。
- 治療を自主的に中断した場合
- 病気の予防のために医師から薬の処方を受けている場合

### 告知が不要なケース

- かぜ・インフルエンザが3ヶ月以上前に完治している場合
- 医師の診断による病気の治療等ではない、健康増進を目的とした市販のビタミン剤やサプリメントの服用
- 花粉症・水虫のため、医師の診察・検査・治療・投薬を受けていた、または現在うけている場合
- 医師の処方を受けていない市販薬(かぜ薬・胃腸薬等)の服用
- 医師の診察を受けずに完治し、現在その症状がない場合

告知書の「はい」に○がついた方は以下のポイントを確認のうえ、詳細記入欄にご記入ください。

### 主な病気・ケガ・検査の告知時の記入ポイント

病気	病気やケガ		健康診断・人間ドック
	病気	ケガ	
病気	肝機能障害 肝炎	●治療内容 ●直近の肝機能GOT(AST)・GPT(ALT) ●γ-GTPの数値 ●肝炎の場合、型(B型、C型等) ●HBe抗原・HCV-RNA等	骨折 ●部位(右・左・両方を含む) ●手術を受けた場合、金属(ボルト・プレート等)挿入の有無 ※有の場合、抜法(抜釘術)の済・未済
	椎間板ヘルニア 脊椎分離症 脊柱管狭窄症	●部位(けい椎・胸椎・腰椎・仙骨)	関節症 ●原因 ●部位(右・左・両方を含む)
	子宮ポリープ	●部位(子宮けい管・子宮内膜)	胆のう ●検査項目(超音波検査等) ●所見(胆石・胆のうポリープ等) ●判定(要経過観察・要再検査等)
			胃 ●検査項目(上部消化管レントゲン検査等) ●所見(胃ポリープ・胃炎等) ●判定(要経過観察・要再検査等)

※詳細な告知をいただいても、お客さまの情報に基づいて総合的に審査いたしますので、引受けできない場合があります。なお、入院中の方はいかなる場合も引受けできません。

# 告知書・詳細記入欄 記入例

- 告知書は、以下をご参照のうえ、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。
- 「告知書記入に際しての留意点」をご確認のうえ、もれのないようにご記入をお願いします。

### 訂正例

修正液を使わず必ず被保険者ご本人が二重線を引いて、訂正箇所にフルネームで署名または押印してください。



## 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** 告知書を記入する日を必ずご記入ください。

**1** 記入日 (告知日) 令和 2 年 11 月 3 日

**3** 性別  男  女

**2** ● 被保険者ご本人がもれなくご記入ください。  
● 自署を書き損じた場合、訂正例 にならって訂正してください。

**2** 被保険者氏名 プラス太郎

**4** 身長 175 cm 体重 75 kg

**5** (例)年金生活者かつお仕事をされている場合  
年金生活者 を丸で囲い、勤務先名称・具体的なお仕事の内容をご記入ください。

**5** 被保険者のご職業

年金生活者  左記以外  勤務先名称 (学校名) 〇〇〇〇株式会社  
 専業主婦・主夫  具体的なお仕事の内容 営業・販売  
 無職(失業中を含む)

**質問項目についての注意**

- 病気やケガに正常分娩は含みません。
- 医師には歯科医師も含まれます。柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師等は含みません。

**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。

**6 1** ● 受診の結果、異常がなかった場合も告知してください。  
● 検査には定期健康診断を含みません。

**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。  
 いいえ  はい

**2** 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。  
 いいえ  はい **A**へ記入

**3** 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。  
 いいえ  はい **C**へ記入

**4** 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。  
 はい **A**へ記入

**6 2** ● 継続して7日以上入院とは、1回の入院から退院までの期間が7日以上の場合をいいます。  
**3** ● 退院した日に転院・転科した場合も継続入院となります。  
**4** ● 手術とは、以下のものを含みます。また、「日帰り」の手術も該当します。  
 ・切開術 ・放射線  
 ・カテーテル ・レーザー  
 ・体外衝撃波療法(ESWL)  
 ・内視鏡(ファイバースコープ)  
 ● 別表を確認のうえ、ご記入ください。

**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・精密検査を要する・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  指摘あり **B** **C**へ記入

**6 5** ● 健康診断で指摘をうけた場合には、再検査で異常がなくても、「指摘あり」に該当しますので**右側**の詳細記入欄に検査結果をご記入ください。  
● 数値項目の指摘をうけた場合には、数値もご記入ください。

**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** 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。  
 いいえ  はい **A**へ記入

**8** 現在、妊娠していますか。(医師の診断や自分でご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

**6 6** ● 検査または医師に指摘をうけた場合、正常でないと感じる場合には、**右側**の詳細記入欄にご記入ください。  
● 障害者手帳をお持ちの場合は、障害等級もご記入ください。

**6 7** 女性の場合 「妊娠・分娩に伴う異常」とは、以下のものを含みます。  
 ・妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) ・つわり ・けい留流産  
 ・切迫早産 ・帝王切開 ・子宮外妊娠

## 詳細記入欄

※記入欄が不足する場合は、裏面の告知書記入欄にご記入ください。

**A** 病気やケガの名前 高血圧 (部位) 右 左 両方 その他

診察・検査・治療・投薬の期間 H27 年 9 月から R2 年 4 月まで

現在の状況  完治  治療中  経過観察中

受診した医療機関名 市民病院

入院した期間 年 月 日から 年 月 日まで

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。

平成27年の会社の定期健康診断で指摘され、以降月1回通院 毎朝服用

**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	経過観察	要再検査	要精密検査	要治療
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

再検査・精密検査の有無 未受診 受診済

再検査受診時期 年 月 再検査の医療機関名

再検査内容・結果・所見・判定 異常なし 経過観察 要治療

**C** A欄に記入の病気にする数値、および質問項目B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 R2 年 4 月  
 最大 135 mmHg  
 最小 80 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

### 現在の状況について

- 完治** 病気やケガが治り、医師から治療・経過観察の終了を告げられ、今後の通院・検査・治療の指示や予定のない状態。
- 治療中** 投薬・注射・手術・放射線治療・理学療法・心理療法等を受けるために通院している状態。
- 経過観察中** 治療の必要はないが、定期的に経過観察(診察・検査)の必要があると医師から指示を受けている状態。