

質問1

●告知日（ご記入日）現在、病気やケガで入院中、または入院か手術をすすめられていますか。

あり

なし

質問2

●告知日（ご記入日）より過去1年以内に病気で、継続して10日以上入院をしたことがありますか。

あり

なし

質問3

〈団体長期障害所得補償のみ〉
告知日（ご記入日）より過去2年以内に、
●「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気（アルコール・薬物依存を含む）」と医師に診断されたことがありますか。
●「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気（アルコール・薬物依存を含む）」のため、医師から検査^(注)・治療（投薬の指示を含みます）を受けるように指導されたことがありますか。

(注) 検査結果が異常なしだった場合は「なし」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「あり」となります。

※「がん」または「上皮内癌」に含めて告知いただきたい病気の例

が	ん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん		上皮内新生物、上皮内癌、C I S、C I N 3、子宮頸部の高度異形成

1つ以上あり

全てなし

お引受けできます。
回答をご記入のうえ、ご署名ください。

申し訳ございませんが、お引受けできません。

質問1

今までに「がん」または「上皮内がん」と医師に診断されたことがありますか。^{*}
※ 「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

あり

が	ん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん		上皮内新生物、上皮内癌、C I S、C I N 3、子宮頸部の高度異形成

なし

質問2

告知日（ご記入日）より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。
①健康診断・人間ドッグにおいて以下の検査を受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常（要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。）を指摘されたこと。

・上部消化管エックス線検査（または内視鏡検査）	・胸部エックス線検査	・乳房エックス線（マンモグラフィ）検査		
・乳房超音波検査	・子宮頸部の細胞診	・便潜血検査	・しゅようマーカー（CEA・AFP・CA19-9・PSA等）	・CT検査
・MRI検査	・PET検査	・肝炎ウイルス検査（HBs抗原・HCV抗体）	・腹部超音波検査	・その他のがん検診

②医師の診察の結果、下表の病気や所見、症状により継続して診察（服薬・治療を含みます）・検査を受けるように指導されたこと。

表 告知対象の病気や所見・症状	
病 気 や 所 見	ポリープ [*] ・しゅよう等
	消化器系の病気
	呼吸器系の病気
	腎臓の病気
	そ の 他
	症状 ^{*4}

^{*}2 「がん、上皮内がん、または異形成」とは異なる病気と診断された場合は「なし」となります。
^{*}3 大腸などひとつの臓器に多数のポリープが存在する状態をいいます。
^{*}4 「がん、上皮内がん、もしくは異形成」とは異なる病気と診断された場合、またはその症状に対する診察（服薬・治療を含みます）・検査の結果、告知日時点で医師による診察（服薬・治療を含みます）・検査が終了している場合は「なし」となります。

あり

なし

お引受けできます。
回答をご記入のうえ、ご署名ください。

申し訳ございませんが、お引受けできません。

<ご 注 意>

- ご記入に当っては、「記入例とご注意事項」をご参照ください。
- 「医療補償」「がん補償」「団体長期障害所得補償」にご加入の方は、健康状態告知欄へのご回答と署名が必要です。また、夫婦型・家族型でご加入の場合は、配偶者やお子様についても告知と署名が必要です。
- 署名欄には、必ず告知日をご記入ください。
- 加入口数もお忘れなくご記入ください。

「日臨技リンクス」 加入依頼書

ご加入時の同意内容について

私（申込者）と被保険者（＊）全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。①会員欄に記載の者が契約者である企業または団体の構成員であること ②重要事項説明書の内容 ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容 ④重要事項説明書に記載の「個人情報取扱の取扱いに関するご案内」の内容 ⑤パンフレットに記載の「告知の大切さに関するご案内」の内容 ＊保険の対象となる方をいいます。

会 員 （ II 加入者）	フリガナ			ご記入日 (加入依頼日)	西暦 年 月 日					
	氏 名	私は、「ご加入時の同意内容について」を確認し、契約者である団体に対して加入を依頼します。 署名(自署)		日臨技会員番号						
	フリガナ									
	住 所	〒 - 電話： - -								
	所属施設名	電話： - -								
被保険者本人 <small>（保険の対象となる方）</small>	フリガナ			性別	生 年 月 日	西暦 年 月 日				
	住 所	〒 - ※会員と異なる場合のみ記入		男 女	会 員 と の 続 柄	本人 配偶者 子供				
	フリガナ			親 兄弟姉妹						
	氏 名			加入者と同居の親族（ ）						
保 險 料 の 振 替 口 座	<input type="checkbox"/> 現在使っている日臨技リンクス口座を使う→口座振替依頼書の提出は不要です。 <input type="checkbox"/> 日臨技年会費の振替口座を使う→口座振替依頼書の提出は不要です。 <input type="checkbox"/> 新たに振替口座を設定する→口座振替依頼書にご記入ご捺印のうえ、本紙と共に送ってください。									
加入書類受付の ご 連 絡 先 指 定	<input type="checkbox"/> 連絡不要 <input type="checkbox"/> 会員の自宅電話 <input type="checkbox"/> 会員の勤務先電話 <input type="checkbox"/> 加入者の自宅電話 <input type="checkbox"/> その他（加入者・被保険者本人）の（ 電話： - - e-mail: ）									

【傷害補償】 下欄にご記入ください。

<input checked="" type="checkbox"/>	☆職業・職務	臨床検査技師 その他（ ）		職 種 級 別	A B （臨床検査技師はAです）	
<input checked="" type="checkbox"/>	加入タイプ		加入口数	<input type="checkbox"/>	★他の保険契約等 ^(注1)	あり ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。

【個人賠償責任補償】 下欄にご記入ください。

<input checked="" type="checkbox"/>	個人賠償責任補償に	加入する	★他の保険契約等 ^(注1)	あり ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。
-------------------------------------	-----------	-------------	--------------------------	-----------------------------------

【医療補償】 裏面の【健康状態告知書A】をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

<input checked="" type="checkbox"/>	加入タイプ			★他の保険契約等 ^(注1)	あり ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。	
	★健康状態告知 (被保険者本人)	質問1	なし あり	質問2	なし あり	お子様人数
	★健康状態告知 (配 偶 者)	質問1	なし あり	質問2	なし あり	
	★健康状態告知 (お 子 様)	質問1	なし あり	質問2	なし あり	
				お子様人数		人

※満23歳未満のお子様のうち、おひとりでも「あり」に該当する方がいる場合には、お子様全員についてお引受けできません。

【がん補償】 裏面の「健康状態告知書B」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

<input checked="" type="checkbox"/>	加入タイプ			加入口数	<input type="checkbox"/>	★他の保険契約等 ^(注1)	あり ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。	
	★健康状態告知 (被保険者本人)	質問1	なし あり	質問2	なし あり	お子様人数	人	
	★健康状態告知 (配 偶 者)	質問1	なし あり	質問2	なし あり			
	★健康状態告知 (お 子 様)	質問1	なし あり	質問2	なし あり			

※満23歳未満のお子様のうち、おひとりでも「あり」に該当する方がいる場合には、お子様全員についてお引受けできません。

【団体長期障害所得補償】 裏面の「健康状態告知書A」をよくお読みになり、下欄にご記入の上、署名欄にご署名ください。

<input checked="" type="checkbox"/>	加 入 タ イ プ	免責30日型 免責90日型		加入口数	<input type="checkbox"/>	★他の保険契約等 ^(注1)	あり ある場合は○をし、次頁に詳細をご記入ください。	
	★健康状態告知	質問1	なし あり	質問2	なし あり	質問3	なし あり	

注1）他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約を言います。他の保険契約等がある場合は、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。
★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく東京海上日動までご連絡ください。ご連絡がない場合

はお支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

補償の重複に関するご注意

保険の対象となる方（被保険者）またはそのご家族が既に他の保険で下記の特約と同種の保険商品をご契約されている場合には、補償範囲が重複することがあります。ニーズに合わせてご加入される内容をご検討ください。
個人賠償責任補償特約等

ご希望の補償開始日にチェックを入れてください。ただし、補償開始日の前月25日までに加入書類のご提出が必要です。
※加入依頼書の送付期限（25日）が土日祝日の場合は、翌営業日が送付期限となります。

補 償 開 始 日	補 償 終 了 日	加入期間	加入依頼書の送付期限*
<input type="checkbox"/> 2025年6月1日から加入	2026年6月1日 午後4時	12ヶ月	2025年5月10日必着
<input type="checkbox"/> 2025年7月1日から加入		11ヶ月	2025年6月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年8月1日から加入		10ヶ月	2025年7月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年9月1日から加入		9ヶ月	2025年8月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年10月1日から加入		8ヶ月	2025年9月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年11月1日から加入		7ヶ月	2025年10月25日必着
<input type="checkbox"/> 2025年12月1日から加入		6ヶ月	2025年11月25日必着
<input type="checkbox"/> 2026年1月1日から加入		5ヶ月	2025年12月25日必着
<input type="checkbox"/> 2026年2月1日から加入		4ヶ月	2026年1月25日必着
<input type="checkbox"/> 2026年3月1日から加入		3ヶ月	2026年2月25日必着
<input type="checkbox"/> 2026年4月1日から加入		2ヶ月	2026年3月25日必着
<input type="checkbox"/> 2026年5月1日から加入		1ヶ月	2026年4月25日必着

＜署名欄＞ 左記告知内容の「ご加入時の同意内容について」、[がん補償にご加入の場合] がん保険金受取人*1の指定の内容について確認・同意します。
「医療補償」「がん補償」「団体長期障害所得補償」にご加入の方は、必ず署名欄に署名してください。
夫婦型・家族型にご加入の場合は、配偶者、お子様の署名も必要です。

■被保険者本人署名欄

被 保 険 者 本 人 (自署)	告知日（ご記入日）	西暦 年 月 日				
	氏名					
	★生年月日	西暦 年 月 日	★性別	男 女		

■配偶者署名欄

配 偶 者 (自署)	告知日（ご記入日）	西暦 年 月 日				
	フリガナ					
	氏名					
	★生年月日	西暦 年 月 日	★性別	男 女		

■お子様署名欄（お子様氏名は年齢（年長）順にご記入ください。）

お 子 様 1 (自署)	告知日（ご記入日）	西暦 年 月 日				
	フリガナ					
	氏名					
	★生年月日	西暦 年 月 日	★性別	男 女		

お 子 様 3 (自署)	告知日（ご記入日）	西暦 年 月 日				
	フリガナ					
	氏名					
	★生年月日	西暦 年 月 日	★性別	男 女		

お 子 様 5 (自署)	告知日（ご記入日）	西暦 年 月 日				
	フリガナ					
	氏名					
	★生年月日	西暦 年 月 日	★性別	男 女		

※がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身（被保険者本人）以外の方に指定する場合のみご記入ください。
*1 がん保険金受取人については、特にお申し出がない限り継続前契約と同内容でのご継続となります。

他の保険契約等の具体的な内容

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保 険 種 類	満 期 日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額) (万円)

※日臨技リンクス互助制度運営費として、加入する保険種目数に関わらず100円／月を申し受けます（保険料と合算して引落しさせていただきます）。
※控えが必要な場合は、お手数ですが本紙をコピーして保管してください。