

入会申込書 兼 **Willnext**「カラダの保険」加入依頼書

加入依頼書は保険契約申込書の一部を成します。

ご加入時の同意内容について

私 (=被保険者) 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私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パンフレットに記載の「個人情報の取扱い」の内容 ⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容

記入日	西暦 年 月 日	共済会 No.	
フリガナ		★生年月日	西暦 年 月 日
加入者(被保険者)氏名	署名(自署) 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。 一般社団法人日本看護学校協議会共済会の会員でない場合には、同会に入会することを申し込みます。	★性別	男 女
フリガナ	〒 - 自宅・携帯 TEL : - -		
加入者(被保険者)住所・電話			
メールアドレス	@ ※携帯のアドレスを登録される場合は、willnext@medic-office.co.jp からのメールを受信できるように設定ください。		
所属施設名	TEL : - -		
補償開始日の指定	<input type="checkbox"/> 年間加入する：2021年3月31日補償開始 <input type="checkbox"/> 中途加入する：西暦 年 月 1日補償開始		

*本書の到着が加入書類締切日を過ぎた場合には、翌月のご加入となります。

日中の連絡先 いずれかに 上記所属施設 上記自宅・携帯 上記メールアドレス

※加入する補償に を入れてください。

①【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。

加入タイプ	総合先進医療 300 万円		総合先進医療 600 万円		★他の保険契約等(注1)	あり ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。
	<input type="checkbox"/> M1(女性特約あり)	<input type="checkbox"/> M2(女性特約なし)	<input type="checkbox"/> M1W(女性特約あり)	<input type="checkbox"/> M2W(女性特約なし)		
★健康状態告知	質問1	全てもなし 1つ以上あり	質問2	なし あり	質問3	なし あり → ア イ ウ エ

②【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。

加入タイプ	女性特約あり 女性特約なし	加入回数	<input type="checkbox"/>	★他の保険契約等(注1)	あり ある場合は○をし、下欄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	全てもなし 1つ以上あり	

③【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。

加入タイプ	免責30日型 免責90日型	加入回数	<input type="checkbox"/>	★他の保険契約等(注1)	あり ある場合は○をし、下欄に詳細をご記入ください。	
★健康状態告知	質問1	全てもなし 1つ以上あり	質問2	なし あり	質問3	なし あり → ア イ ウ エ

※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。

が受取る保険金人	フリガナ	被本み保人た除か続者ら柄
	氏名	

※一般社団法人日本看護学校協議会共済会年会費として、加入する保険種目数に関わらず、保険料の他に一律100円/年を申し受けます(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。
※中途加入の場合の保険料につきましては、取扱代理店までお問い合わせください。

↓ 必ずご署名ください ↓

上記告知内容、本紙記載の「ご加入時の同意内容について」、(がん補償にご加入の場合)がん保険金受取人の指定の内容について確認・同意します。がん保険金受取人については、特にお申し出がない限り更新前契約と同内容での更新となります。

告知日(ご記入日) 西暦 年 月 日
被保険者本人(自署)

↑↑ 上記署名に記載がない場合はお手続きができないため、必ずご署名ください ↑↑

注1) 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いいます。
★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。これらについてお答えいただいた内容が事実と異なる場合や事実をお答えいただかない場合はご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。

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)

健康状態告知書A

医療補償、団体長期障害所得補償に新たにご加入される場合、または更新時に保険責任を加重される場合には、健康状態の告知が必要です。「告知の大切さに関するご案内」をご確認のうえ、ご回答ください。ご回答は表面の★健康状態告知欄にご記入ください。

質問1

- 告知日（ご記入日）より過去3か月以内に入院をしたこと、または手術を受けたことはありますか。
- 現在入院または手術の予定（医師からすすめられている場合を含みます）はありますか。

1つ以上あり

全てなし ※正常分娩に伴う入院・手術を除きます。

申し訳ございませんが、お引受けできません。

質問2

- 告知日（ご記入日）より過去2年以内に【A表】の病気・症状であると医師に診断されたこと、または【A表】の病気・症状のため医師の指示による検査^(注)・治療（投薬の指示を含みます）を受けたことはありますか。

【A表】お引受けできない病気・症状

悪性新生物	・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、骨髄腫を含む） ・上皮内がん（上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成を含む）	泌尿生殖器系の病気・症状	・腎不全 ・腎硬化症 ・慢性腎炎 ・ネフローゼ
循環器系の病気・症状	・脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓を含む） ・心臓病（狭心症、心筋梗塞、不整脈、心房細動、心室細動、心不全、心筋炎、心筋症、心肥大、弁膜症を含む） ・動脈の疾患（動脈瘤、動脈の閉塞・狭窄を含む）	眼の病気・症状	・眼底出血 ・網膜の病気
消化器系の病気・症状	・胃潰瘍 ・十二指腸潰瘍 ・肝炎（A型肝炎をのぞく） ・肝硬変 ・慢性肝炎	その他の病気・症状	・糖尿病（高血糖 ・糖尿病の合併症を含む） ・結核 ・免疫不全症 ・メニエール病 ・認知症（アルツハイマー病を含む） ・精神の病気（アルコール・薬物依存を含む） ・脳・神経の病気（アルコール・薬物依存を含む） ・膠原病（全身性エリテマトーデス、リウマチ、皮膚筋炎、強皮症、多発性動脈炎を含む） ・厚生労働省指定の難病（指定難病に対する医療受給者証の交付を受けている方）
呼吸器系の病気・症状	・ぜんそく（気管支喘息）（プレドニゾン、プレドニン、メドロール、レダコート、リンデロン等の経口ステロイドを処方された場合） ・慢性気管支炎 ・肺気腫		

あり

なし （注）検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。

質問3

- 告知日（ご記入日）より過去2年以内に【B表】の病気・症状であると医師に診断されたこと、または【B表】の病気・症状のため医師の指示による検査^(注)・治療（投薬の指示を含みます）を受けたことはありますか。「あり」の場合には、ア～エのうち該当するもの全てに○をつけてください。

【B表】条件付でお引受けできる病気・症状

ア	高血圧症、脂質異常症（高脂血症）
イ	白内障、緑内障
ウ	脊椎、背骨および椎間板の障害（脊椎分離症、脊椎すべり症、椎間板ヘルニア、むちうち症を含む）
エ	前立腺肥大、子宮筋腫

なし （注）検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。

- お引受けすることができませんが、質問3で○をつけたア～エに対応する【C表】の病気・症状が補償対象外（特定疾病等不担保特約セット）となります。

【C表】補償対象外となる病気・症状^{*1}

ア	脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓）、狭心症、心筋梗塞、不整脈 ^{*2} 、心室細動、心不全、心筋炎、心肥大、弁膜症、動脈瘤、動脈の閉塞・狭窄
イ	白内障、緑内障（質問3で告知いただいた内容が片眼だけの場合でも、両眼が補償対象外となります。）
ウ	脊椎分離症、脊椎すべり症、椎間板ヘルニア、むちうち症
エ	前立腺肥大、前立腺炎、前立腺がん、子宮筋腫

- *1 主治医が【C表】記載の病気・症状と医学的に同一であると診断した病気・症状に関しては、補償の対象外となりますので、ご注意ください。
- *2 心房細動は補償の対象となります。

あり

お引受けできます。

回答をご記入のうえご署名ください。

上記にご同意いただける場合は、お引受けできます。

回答をご記入のうえご署名ください。

健康状態告知書B

がん補償に新たにご加入される場合には、健康状態の告知が必要です。「告知の大切さに関するご案内」をご確認のうえ、ご回答ください。ご回答は表面の★健康状態告知欄にご記入ください。

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。^{*3}
- *3 「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

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、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成

あり

なし

質問2

- 下記の質問にお答えください。（一部の「病気・ケガ」については告知の対象外となります。詳しくは下表をご参照ください。）
- 告知日（ご記入日）より過去3か月以内に、医師の診察を受けた結果、服薬・治療・検査・入院・手術を受けたこと、またはすすめられたことがありますか。
- 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・人間ドックを受けた結果、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
 - ②医師の診察の結果、定期的な診察・検査を受けるよう指摘されたこと
- 告知日（ご記入日）より過去5年以内に、病気やケガで、「継続して7日以上」の入院をしたこと、または手術を受けたりすすめられたことがありますか。

1つ以上あり

（がん補償）告知の対象とならない病気・ケガ一覧

消化器・口腔の病気等	・そけいヘルニア ・痔 ・虫垂炎（盲腸） ・慢性便秘 ・口内炎 ・舌炎 ・手術をしていない胆石症 ・A型肝炎（A型と確定できているものに限り）（*1） ・胃炎（*1） ・胃カタル（*1） ・胃酸過多（*1） ・急性腸炎（*1） ・急性大腸炎（*1） ・胃潰瘍（*2） ・十二指腸潰瘍（*2）
呼吸器の病気等	・ぜんそく ・急性気管支炎 ・急性咽喉炎 ・急性へんとう炎 ・慢性へんとう炎 ・へんとう肥大 ・アデノイド ・上気道炎 ・副鼻腔炎（ちくのう症） ・鼻炎 ・花粉症
運動器の病気等	・関節炎 ・四十肩 ・五十肩 ・ガングリオン ・腱鞘炎 ・脊柱側弯症 ・先天性股関節脱臼 ・オスグット病 ・変形性関節症 ・後縦靭帯骨化症 ・脊柱管狭窄症 ・坐骨神経痛 ・椎間板ヘルニア ・腰椎すべり症 ・腰椎分離症
代謝・免疫の病気等	・糖尿病 ・痛風 ・高尿酸血症 ・脂質異常症（高脂血症） ・関節リウマチ ・急性リウマチ熱（*1）
目・耳の病気等	・トラコーマ ・結膜炎 ・角膜炎 ・白内障 ・外耳炎 ・急性中耳炎
循環器の病気等	・不整脈 ・心房細動 ・期外収縮 ・徐脈 ・頻脈 ・心雑音 ・狭心症 ・心筋梗塞 ・心臓弁膜症 ・心肥大 ・高血圧症
泌尿生殖器の病気等	・遊走腎 ・腎下垂 ・尿管結石 ・腎臓結石 ・膀胱結石 ・尿道結石 ・膀胱炎 ・尿道炎 ・腎のう胞（*3）
皮膚の病気等	・水虫 ・いんきん ・たむし ・白せん ・たこ ・わきが ・うおのめ ・いぼ ・あせも ・にきび ・しもやけ ・とびひ ・湿疹 ・接触皮膚炎 ・アトピー性皮膚炎 ・じんましん ・帯状疱疹 ・ヘルペス
女性の病気等	・妊娠 ・子宮外妊娠 ・子宮下垂 ・子宮脱 ・妊娠中毒症 ・悪阻 ・産じょく熱 ・前置胎盤 ・胎盤早期剥離 ・死産 ・切迫早産 ・切迫流産 ・早産 ・流産 ・帝王切開 ・不妊症 ・更年期障害
感染症・寄生虫病	・インフルエンザ ・かぜ ・水ぼうそう ・風しん ・はしか ・回虫 ・ぎょう虫症
ケガ	・全てのケガ（ただし、外傷が原因と特定できる場合に限り）

- (*1) 治療内容に関係なく現在完治している場合に限り、告知の対象外となります。
- (*2) 入院・手術を行わずに治療し、現在完治している場合に限り、告知の対象外となります。
- (*3) 健康診断・人間ドックによって発見されたもので、要治療との指摘を受けていないものに限り、告知の対象外となります。

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。