

告知サポート資料

告知書は、生命保険のお引き受けにあたり重要な書類です。
告知書ご記入の前に重要事項1～6を必ずご確認ください。

☒

必ず被保険者ご本人が、ありのままを正確に、もれなくご記入ください。

☒

1 当社の募集人や募集代理店に口頭でお話しされても告知していただいたことにはなりませんのでご注意ください。

☒

2 ご契約のお引き受けは、告知などの内容によりお引き受けできない場合もあります。あらかじめご了承ください。

☒

3 ありのままを告知していただけない場合、ご契約が解除となり、給付金などをお支払いできないことがあります。

☒

4 ご契約が解除となった場合、お払い込みいただいた保険料はお返しできません。
(解約返戻金がある場合は、解約返戻金を保険契約者にお支払いします。)

☒

5 ご契約のお申し込み後や給付金などのご請求時に電話または当社の委託した会社の担当者が訪問し、告知内容などについて確認させていただくことがあります。

☒

6 現在のご契約の解約・減額を前提とした新たな保険契約へ切り替える場合も、あらためて、ありのままを正確に、もれなく告知していただく必要があります。
新たなご契約は現在のご契約の告知を引き継ぐものではありません。
ありのままを告知していただけない場合、ご契約が解除となり、給付金などをお支払いできないことがあります。

<告知書専用封筒のご案内>
告知書のご提出にあたっては、プライバシー保護のための「告知書専用封筒」をご用意しております。
お客さまご自身で告知書を封入・封かんできますので、ご希望の場合は当社の募集人や募集代理店にお申し出ください。

告知記入等に関してご不明な点や告知していただいた内容に訂正や記入忘れがある場合、下記にご連絡ください。

お客さま専用
告知お問い合わせ窓口
フリーダイヤル

0120-526-805

受付時間 9:00～18:00
土・日・祝日および12月31日～1月3日を除く
※お客さま以外の方は、担当営業店までお問い合わせください。

●告知忘れが多い事例です。下記の場合も告知が必要です。

がん、肝硬変

がん	<ul style="list-style-type: none">胸部X線検査で肺に影が確認され、医師からがんの疑いを指摘されている。便潜血検査で陽性反応が確認され、医師からがんの疑いを指摘されている。マンモグラフィー検査で、医師からがんの疑いを指摘されている。がんの手術をし、現在は治療はしていないが、経過観察を指示されて定期的に医師の診察を受けている。子宮頸部高度異形成や病理組織検査でCIN3と診断されていた。
肝硬変	<ul style="list-style-type: none">C型肝炎で治療を継続していたが、肝硬変に移行していると医師から診断されている。血液検査で、医師から肝硬変の疑いを指摘されている。

心筋梗塞、脳卒中

心筋梗塞、脳卒中	<ul style="list-style-type: none">心電図検査で心筋梗塞の疑いを指摘されている。脳ドックで脳梗塞の疑いを指摘されている。
----------	---

●軽度認知障害および認知症に関する保障の開始は、保険期間の始期から181日目となります。

現在のご契約の解約・減額を前提としたお申し込みの場合も、保険期間の始期からその日を含めて180日間は、軽度認知障害および認知症に関する保障はございませんのでご注意ください。

●責任開始日の前日までに軽度認知障害および認知症と診断された場合は限定告知認知症一時金特約は無効となります。

●あらかじめご了承ください。

■通常の保険に比べ保険料が割増しされています。

この保険は、告知項目を限定し、健康に不安がある方でもご加入しやすく設計された保険のため、通常の保険に比べ保険料が割増しされています。

■告知がすべて「いいえ」でもご契約をお引き受けできないことがあります。

当社では保険加入者間の公平性を確保するため、お客さまのお仕事内容や他社契約を含む生命保険などのご加入状況により、ご契約をお引き受けできない場合や、保障内容を制限させていただくことがあります。また、当社における保険金・給付金などのご請求歴や過去のお申し込み歴、告知書以外にご提出いただいた書類の情報などにより、ご契約をお引き受けできないことがあります。告知いただいた内容以外でも、当社が知り得た情報は引受判断に使用させていただきますので、あらかじめご了承ください。

「告知書」記入例

- ①告知日**
ご記入いただいた日を和暦でご記入ください。
- ②年収**
税引前の年収をご記入ください。
無職・主婦・主夫・学生などで収入がない場
合は不要です。

第2項(1) 他の方の介助または補助具に関する告知のポイント

第2項(1)の「他の方の介助または補助具を必要」とは、他の方の手助けまたは補助具がないと日常生活の動作(歩行、衣服の着替え、入浴、食事、排せつ)ができないことをいいます。

**補助具
の例** 杖、歩行器、歩行補助具、シルバーカー、
義肢・装具、車椅子など

他の方の介助または補助具が必要な例

日常生活の動作	他の方の介助または補助員が必要な例
①歩行	補助員を利用したり、他の方に体を支えてもらう必要がある。
②衣服の着替え	ボタン等、他の方に手伝ってもらう必要がある。
③入浴	他の方に体を洗ってもらったり、湯船に浸かる際に体を支えてもらう必要がある。
④食事	他の方に食物を切る、ほぐす、皮を剥く、骨を取ってもらったり、食事を口に運んでもらう必要がある。
⑤排せつ	排せつ後の拭き取りを他の方にしてもらったり、おむつ等を着用している。

入院・手術に関する告知のポイント

- ## ●入院
- 入院日数や治療の有無にかかわらず、日帰り入院や検査入院、教育入院の場合も、「はい」の告知が必要です。
(例) 糖尿病に対する食事・運動療法を教える入院
- ## ●手術
- 入院をともしない手術、開腹などをしない手術、出産にともなう帝王切開術の場合も、「はい」の告知が必要です。

■開腹などをしない手術の例

ケース1	白内障により低下した視力回復のために行う 水晶体再建術
ケース2	結石を砕くために行う 体外衝撃波結石破砕術（ESWL）
ケース3	大腸ポリープを取るために行う 内視鏡的大腸ポリープ切除術
ケース4	流産・人工妊娠中絶などの後に行う 子宮内容除去術など

- ご記入に際しては、告知サポート資料や下記記入例をよくお読みのうえ、黒ボールペンを使用し、楷書でご記入ください。
- 訂正される場合は、二重線で取り消し、正しい内容をご記入ください。また、取消線のそばに被保険者様がフルネームでご署名のうえ、署名を○で囲ってください。訂正印による訂正も可能です。

[illegible]

詳細記入欄について

- ③病気やけがの名前**
症状ではなく、正式診断名をご記入ください。
 (例) ×：腹痛 ○：胃炎
- ④部位**
左右の別など病気やけがの名前だけでは部位の特定ができない場合、ご記入ください。
- ⑤時期（全項目共通）**
 年月をご記入ください（わかる場合は日付もご記入ください）。
- ⑥現在の状況**
 「全治」「治療中」「経過観察中」のいずれかに○をしてください。
 また全治の場合、必ず**時期（年月）**をご記入ください（わかる場合は日付もご記入ください）。
 (例) ×：1年5か月 ○：令和△△年△△月
 医師から再診を指示されているながら通院できなかった、通院しなかった場合、「経過観察中」に○をしてください。
 (例) 喘息について薬が無くなったら**再度病院に来ようという****れていた**が、症状がおさまったため通院しなかった。
- ⑦手術名・部位**
 同一の病気やけがの名前でも、手術名によりお引き受けの条件が異なることがありますので、**正式な手術名**をご記入ください。
左右の別など手術名だけでは部位の特定ができない場合、部位もご記入ください。

① 第3項に関する告知のポイント

下記をご参照いただき、ありのまま
を正確に告知してください。

■告知の例

3年前に心筋梗塞／脳梗塞を発症し、現在は定期的に医師の診察を受けている。	いいえ	はい
急性心筋梗塞の疑いで検査を受けたが、狭心症と診断された。	いいえ	はい
1年前に体調が優れず病院を受診し、うつ病と診断された。その後、体調が良くなったので薬は飲まず、以後受診はしていない。	いいえ	はい

① 第5項 過去5年以内のがん（悪性新生物・悪性腫瘍）・上皮内がん・肝硬変に関する告知のポイント

下記のポイントをご参照いただき、
ありのままを正確に告知してください。

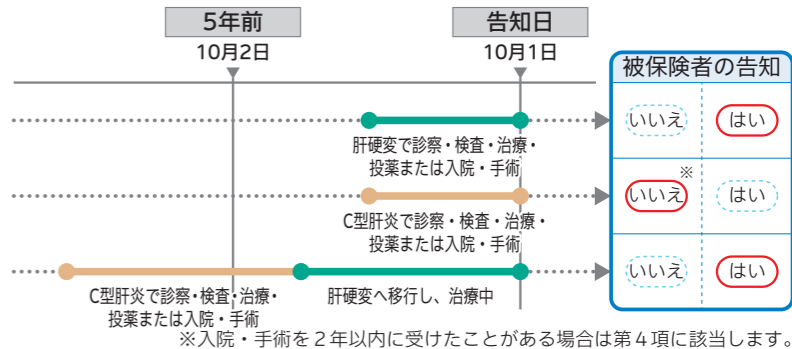
- がんで診察・検査・治療・投薬または入院・手術

がんの場合、一般的に5年間（部位によって期間は異なります）はフォローアップ期間となり、経過観察を必要とします。

The diagram illustrates the 5-year follow-up period for cancer patients. A horizontal timeline is marked with two vertical lines: "5年前 10月2日" (5 years ago, October 2nd) and "告知日 10月1日" (Notification date, October 1st). Five horizontal bars represent different patient groups, with their status at the 5-year mark indicated by a pink dot on the timeline and a corresponding box on the right.

患者の経過	告知日の状況
がん再発・転移で診察・検査・治療・投薬または入院・手術	いいえ (はい)
がんが治療（入院・手術含む）し、全治してから5年超	いいえ (はい)
がんが診察・検査・治療・投薬または入院・手術	いいえ (はい)
経過観察終了	いいえ (はい)
がんが治療（入院・手術含む）し、全治	いいえ (はい)

- 肝硬変で診察・検査・治療・投薬または入院・手術



- がん・肝硬変の疑い

医師からがん／肝硬変の疑いがあると指摘を受けたが、その後検査等は受けていない。

がん／肝硬変の疑いで検査を受けたが、結果はまだ出ていない。

がん／肝硬変の疑いで検査を受け、がん／肝硬変と診断された。

がん／肝硬変の疑いで検査を受け、がん／肝硬変ではないと診断された。

被保険者の告知	
いいえ	はい
いいえ	はい
いいえ	はい
※ いいえ	はい

※入院・手術を2年以内に受けたことがある場合は第4項に該当します。

告知書（払込期間中無解約返戻金限定告知骨折治療保険専用）

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

告知書裏面の貴社の個人情報の取扱い（第三者に提供することを含みます）について内容を確認し、同意します。

貴社が保険契約者（申込者）に対して、被保険者の告知内容、審査結果等を知らせること、および提出した告知書等の書類は返却されないことに同意します。

事前に告知サポート資料を確認したうえで記入し、事実と相違ありません。

告知日 令和 88 年 88 月 88 日

告知サポート資料をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人が、ありのままを正確に、もれなくご記入ください。
当社の募集人や募集代理店に口頭でお話しされても告知していただいたことにはなりません。

申込番号 支社コード ー 証券番号 ー

被保険者氏名 フリガナ (自署) 貴社の保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。 生年月日 昭和 平成 令和 88 年 88 月 88 日 性別 男 女 年収 (参考事項) 万円 様

以下の質問事項について「いいえ」「はい」のいずれかに○をしてください。
また質問事項4・5の告知が「はい」の場合、所定の欄内に詳細内容をご記入ください。

質問事項（すべての方） 被保険者の告知

1 今までに、認知症（軽度認知障害を含む）と医師から診断を受けたことがありますか。または認知症（軽度認知障害を含む）の疑いがあると医師から指摘されたことがありますか。 いいえ はい

2 下記のいずれかに該当していますか。
(1) 現在、以下①～⑤の日常生活の動作のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。
①歩行 ②衣服の着替え ③入浴 ④食事 ⑤排せつ
(2) 40歳以上の方におうかがいします。今までに、公的介護保険制度の要介護または要支援の認定を受けたことがありますか。または、現在、認定申請を行っていますか。 いいえ はい

3 過去2年以内に、【別表1】の病気（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（薬の処方を含む）・入院したことまたは手術を受けたことがありますか。
【別表1】
急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、パーキンソン病、うつ病、双極性障害、心因反応、心身症、神経症、統合失調症、パニック障害、骨粗しょう症、狭心症、心房細動、弁膜症
△ 疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、【別表1】の病気ではないと診断されている場合は「いいえ」の告知となります。 いいえ はい

4 過去2年以内に、病気やけがで、入院したことまたは手術を受けたことがありますか。（第3項の病気は除きます。）
△ 「入院」には人間ドックを受診するための入院を除きます。「手術」にはレーザー・内視鏡・カテーテルによるものを含みます。 いいえ はい

質問事項（以下いずれかの特約を付加される場合のみ）
・ 限定告知医療用特定疾病診断保険料免除特約 ・ 限定告知介護一時金特約 ・ 限定告知介護年金特約 被保険者の告知

5 過去5年以内に、【別表2】の病気（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）で医師の診察・検査・治療・投薬（薬の処方を含む）・入院したことまたは手術を受けたことがありますか。
【別表2】 がん（悪性新生物・悪性腫瘍）、上皮内がん、肝硬変
△ 「がん」には、白血病・骨髄腫・悪性リンパ腫・肉腫を含みます。
△ 「上皮内がん」には、子宮頸部高度異形成または病理組織診断CIN3を含みます。
△ 疑いがあると医師に指摘され、診察・検査の結果、【別表2】の病気ではないと診断されている場合は「いいえ」の告知となります。
△ 慢性の肝臓の病気（C型肝炎など）から、過去5年以内に肝硬変へ移行していると医師に診断（疑いがあると医師に指摘されている場合を含む）されている場合は告知が必要です。 いいえ はい

告知書記入後に、ミシン目に沿って切り取り、ご提出ください。

詳細内容 質問事項4の告知が「はい」の場合、詳細内容をご記入ください。

	詳細内容 1	詳細内容 2
病気やけがの正式診断名・部位・検査名	病気やけがの正式診断名	病気やけがの正式診断名
	部位 検査名	部位 検査名
医療機関名		
受診開始時期	年 月 から	年 月 から
現在の状況	<input type="radio"/> 全治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 経過観察中	<input type="radio"/> 全治 <input type="radio"/> 治療中 <input type="radio"/> 経過観察中
	全治時期 年 月	全治時期 年 月
入院時期・期間	<input type="radio"/> 入院なし <input type="radio"/> 入院あり	<input type="radio"/> 入院なし <input type="radio"/> 入院あり
	入院時期・期間 年 月 (日間)	入院時期・期間 年 月 (日間)
手術時期・手術名・部位	<input type="radio"/> 手術なし <input type="radio"/> 手術あり	<input type="radio"/> 手術なし <input type="radio"/> 手術あり
	手術時期 年 月 手術名・部位	手術時期 年 月 手術名・部位
後遺症・合併症	<input type="radio"/> 後遺症・合併症なし <input type="radio"/> 後遺症・合併症あり	<input type="radio"/> 後遺症・合併症なし <input type="radio"/> 後遺症・合併症あり
	詳細内容	詳細内容

上記欄内に記入できない原因等の詳細、検査結果等や3つ以上の詳細内容がある場合、下記スペースにご記入ください。

詳細内容 質問事項5の告知が「はい」の場合、「あり」「なし」のいずれかに○をしてください。

入院・手術の有無

過去2年以内に、入院ありまたは手術あり ☐ あり

過去2年以内に、入院なしかつ手術なし ☐ なし

「あり」に該当する場合は、ご契約をお引き受けできません。

以下の特約を付加することはできません。
・ 限定告知医療用特定疾病診断保険料免除特約
・ 限定告知介護一時金特約
・ 限定告知介護年金特約

営業店受付日

会社使用欄
追加・再告知
詳細別紙あり

個人情報の取扱いについて

■個人情報の取扱いに関する事項

当社は、本契約に関する個人情報を次の目的のために業務上必要な範囲で利用します。

- ①各種保険契約のお引き受け・ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払い、本人確認
- ②再保険契約の締結、再保険金の請求
- ③関連会社・提携会社を含む各種商品・サービスのご案内・提供（※）
- ④当社業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実
- ⑤その他保険に関連・付随する業務等（※）

※お客さまの属性情報、取引履歴やウェブサイトの閲覧履歴等の情報を分析して、お客さまのニーズにあった各種商品・サービスに関する広告等の配信等を行うことを含みます。

■第三者への提供および第三者からの取得

当社は、次の場合に本契約に関する個人情報を第三者に提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。

- ①医療機関などの関係先（医師・面接士・契約確認会社等）に業務上必要な照会を行う場合
- ②再保険契約の締結や再保険金の受領等のために、国内外の再保険会社に必要な個人情報を提供する場合（再保険会社が国内外の別の再保険会社へ情報を提供する場合も含みます。）
- ③法令に基づく場合
- ④当社の業務遂行上必要な範囲で、募集代理店を含む委託先に提供する場合
- ⑤当社の国内外のグループ会社・提携会社との間で共同利用を行う場合
- ⑥契約内容登録制度、契約内容照会制度および支払査定時照会制度に基づき、他の生命保険会社、共済、（一社）生命保険協会との間において共同利用を行う場合

■契約内容登録制度・契約内容照会制度

当社は、生命保険制度が健全に運営され、各種保険金・年金・給付金等のお支払いが正しく確実に行われるよう、「医療保障保険契約内容登録制度」「契約内容登録制度」に基づき、（一社）生命保険協会においてこれらの保険金・年金・給付金等のある保険契約および特約についての登録を実施し、生命保険会社との間で、個人データを共同利用します。平成14年4月以降の登録内容から、各生命保険会社および全国共済農業協同組合連合会は「契約内容照会制度」に基づき相互に照会しております。

■支払査定時照会制度

保険金等の請求があった場合や、これらに係る保険事故等が発生したと判断される場合に、（一社）生命保険協会加盟の各生命保険会社、全国共済農業協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会および日本コープ共済生活協同組合連合会（以下「各生命保険会社等」）が、当社を含む各生命保険会社等に対し、「支払査定時照会制度」に基づき、（一社）生命保険協会を通じ、各生命保険会社等が保有する保険契約等に関する（１）被保険者の氏名、生年月日、性別、住所（２）保険事故発生日、死亡日、入院日・退院日、対象となる保険事故（照会を受けた日から５年以内）（３）保険種類、契約日、復活日、消滅日、保険契約者の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金等受取人の氏名および被保険者との続柄、死亡保険金額、給付金日額、各特約内容、保険料および払込方法等の全部または一部を照会した場合には、各生命保険会社等がそれらの照会に応じて情報を提供したり、これらの情報は各生命保険会社等による保険金等の支払等の判断の参考にすることがあります。

■センシティブ情報の取扱い

当社は、保健医療等のセンシティブ情報（要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

当社の個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）、外国にある事業者等への個人情報の提供、グループ会社等については、当社公式ウェブサイト（<https://www.himawari-life.co.jp/>）をご覧ください。