

医師専用 ロングサポートコース (団体長期障害所得補償保険) のご案内

ロングサポートコースの補償範囲

リスク	入院		手術		就業障害		死亡		老後
	病気	ケガ	病気	ケガ	病気	ケガ	病気	ケガ	-
医療保険	●	●	●	●					
生命保険					●	●	●	●	
年金保険									●
ロングサポートコース					●	●			

● 補償

この部分を補償しています。

※就業障害とは、被保険者が身体障害を被り、その直接の結果として就業に支障が生じている状態をいいます。

※上表は各種保険で補償されるリスクを表しています。(個人の加入状況により補償の範囲は異なります。)

ロングサポートコースのお申込方法

お申込締切日 ● 2025年4月23日(水) 郡市医師会 必着(保険期間の途中から加入する場合は、「中途加入」の項目をご確認ください。)

保険期間 ● 2025年6月1日午後4時から2026年6月1日午後4時まで1年間

お申込方法 ● 同封の「加入依頼書 兼 健康状態告知書」に必要事項をご記入、ご署名、および「預金口座振替特約書」に必要事項をご記入、ご捺印いただき、郡市医師会までご送付ください。

中途加入 ● 保険期間の途中での加入は、毎月、受付をしています。その場合の保険期間は、毎月10日までの受付分は受付日の翌月1日から2026年6月1日午後4時までとなります。保険料につきましては、中途加入の保険期間開始月の前月から会員の方の口座より引き落とさせていただきます。

保険料 ● 月払保険料一覧表に加入する際の保険料が記載されていますので、ご確認ください。
※保険期間1年の契約で、原則として加入資格を満たすかぎり、更新し継続して加入いただける自動継続契約です。契約内容に変更・脱退のお申出がないかぎり、ご契約は自動的に更新されます。また、更新後の保険料は年齢・料率・月収により、変更となる場合があります。(ご注意)保険金請求事故が多発した場合などについて、ご継続を中止させていただくことがあります。

加入資格 ● 長野県医師会の会員のうち2025年6月1日時点の年齢が満69歳以下の方(勤務医の先生は満64歳以下の方)

保険期間 ● 2025年6月1日午後4時から1年間

保険料お支払方法 ● 保険料は毎月ご指定の口座より引き落としとなります(12回払)。

無事故戻し返れい金 ● ありません。

税金の取扱い ● お支払いいただく保険料のうち、所定の金額については、税法上の生命保険料控除の対象となります。介護医療保険料控除として、他の介護医療保険料控除の対象契約の保険料と合算し、所得税の場合最高4万円が、住民税の場合最高2万8千円が、所得金額から控除されます。詳細は、顧問税理士もしくは最寄の税務署等にご確認ください。

● 保険料控除の取扱い/2025年1月現在

※加入依頼書 兼 健康状態告知書記載事項(年齢・他保険加入状況、保険金請求履歴等)等により、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

お申込締切日 **4月23日(水) 郡市医師会 必着**

保険商品正式名称 ● 「団体長期障害所得補償保険」Group Long Term Disability Insurance (GLTD)

引受保険会社 ● 損害保険ジャパン株式会社
長野支店 長野法人支社
〒380-0803 長野県長野市三輪1313-11
TEL:026-235-8126
(受付時間:平日の午前9時から午後5時まで)

取扱代理店 ● 一般社団法人 長野県医師会
〒380-8571 長野県長野市大字三輪1316-9
TEL:026-219-3600
(受付時間:平日の午前9時から午後5時まで)
マーシュ ジャパン株式会社 コンタクトセンター
〒107-6216 東京都港区赤坂9-7-1 ミッドタウン・タワー
TEL:0120-60-4531
(受付時間:平日の午前9時から午後5時まで)
jp.marshcc@marsh.com

このパンフレットは「団体長期障害所得補償保険(正式名称)」の概要を説明したものです。詳しい内容につきましては、「ご契約のしおり」「重要事項等説明書」などをご覧ください。なお、ご不明な点は、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

この保険は一般社団法人長野県医師会を保険契約者とし、一般社団法人長野県医師会の会員を加入者とする団体長期障害所得補償保険の団体契約です。また、詳しくは「普通保険約款・特約集」をご用意していますので、取扱代理店または損保ジャパンまでご請求ください。なお、ご不明な点につきましては、取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。団体長期障害所得補償保険の普通保険約款・特約集・保険証券は保険契約者(一般社団法人長野県医師会)に公布されます。

SJ24-15955(2025/02/26)

入院したら、
子供の学費は
誰が払うの…。

「医師」だからこそ
備えるべきこと
ありませんか？

入院中も
従業員の給料は
払わないと…。

後遺症が残って医師の
仕事ができなくなった…。
生活のために医師以外の
仕事をする？

脳梗塞から復帰したけど、
当面は週3日の勤務…。
収入が半分に
減ってしまった。

ロングサポートコースはここがすごい! 5の特長

1 医師専用の制度

専門職の就業障害を補償する制度であり、就業障害発生直前に従事していた医師としての診療ができない状態であれば補償の対象となります。必要額を安定して確保することができ、保険料もリーズナブル。

2 支払対象外期間が最短の30日

「医師としての診療ができない状態」が30日間(支払対象外期間)継続したときに補償の対象となります。

3 最長満70歳までの長期の補償

病気やケガにより就業障害となった場合、最長満70歳になるまで補償が継続されます。(ただし、保険始期時点での満年齢が65歳から69歳の場合は支払対象外期間終了日の翌日から起算して一律3年、精神障害拡張補償特約に係る対象期間は2年となります。)

4 診療復帰後も補償は継続

補償を受けている方の傷病が回復し、一部就業が可能になったとしても、すぐに補償を打ち切るわけではありません。就業障害発生直前と比べて収入が20%を超えて減少しているときは、その割合に応じて、補償は継続されます。

5 充実の補償(セットする特約)

精神障害拡張補償特約
うつ病、血管性認知症などの精神疾患を幅広く補償
天災危険補償特約
天災(地震、噴火またはこれらによる津波)により被った身体障害を補償
妊娠に伴う身体障害補償特約
妊娠、出産、早産または流産によって生じた身体障害を補償

ロングサポート コース により収入を確保

病気やケガが原因で、
医師として診療行為が
できなくなった場合

突然の病気やケガで
働けなくなっても
出費は止まりません!

開業医の方は、退職時の社会保障制度がないため
働けなくなった場合の経済的ダメージは、一般的な
会社員などに比べて大きくなります。
勤務医の方も、ある程度の補償はありますが、傷病に
よる就業障害が長期化した場合には、収入がまったく
なくなってしまうなど、対応しきれていないというこ
とがわかります。

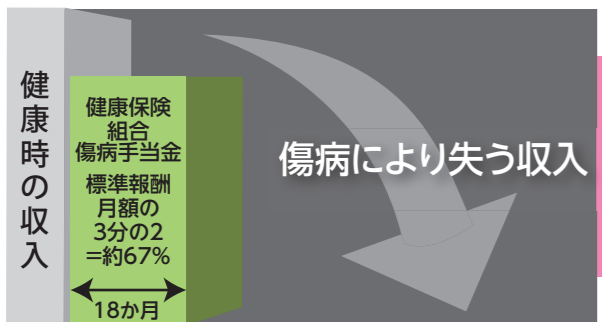
ロングサポートコースに加入することでこれらの心配を
することなく医業に集中することが出来ます。

A シンプルプラン B ハイブリッドプラン



就業障害発生 ▲ 医師として働けなくなった場合

C 勤務医プラン



就業障害発生 ▲ 医師として働けなくなった場合

加入するとこう変わります!

A シンプルプラン (ロングサポートコースのみのプラン)

支払対象外期間 30日

健康時の収入

就業障害発生

**ロングサポートコース
(団体長期障害所得補償保険)**

収入の85%*
相当額まで
加入できます。
保険金は
非課税です。

保険金額
1口5万円として3~30口
最高150万円/月

*健康保険組合や共済組合などの社会保険に加入している場合は収入の40%相当額まで。
最長満70歳まで保険金の支払いがあります。(満65歳までのコースもあります)

B ハイブリッドプラン (所得補償保険と組み合わせたプラン)

支払対象外期間 30日

健康時の収入

就業障害発生

10%給付

335日

所得補償保険
最高600万円/月
最長1年間

**ロングサポートコース
(団体長期障害所得補償保険)**

収入の85%*
相当額まで
加入できます。
保険金は
非課税です。

保険金額
1口5万円として3~30口
最高150万円/月

*健康保険組合や共済組合などの社会保険に加入している場合は収入の40%相当額まで。
最長満70歳まで保険金の支払いがあります。(満65歳までのコースもあります)

C 勤務医プラン (社会保険に加入されている方のプラン)

支払対象外期間 30日

健康時の収入

就業障害発生

有給休暇等

健康保険組合
傷病手当金
標準報酬月額
3分の2
=約67%

18か月

就業規則上の
退職期間満了
による退職

お申込みの保険金額の40%相当額が
支払われます。

**ロングサポートコース
(団体長期障害所得補償保険)**

収入の70%
相当額まで
加入できます。
保険金は
非課税です。

保険金額
1口5万円として3~30口
最高150万円/月

最長満65歳まで保険金の支払いがあります。(満60歳までのコースもあります)

月払保険料一覧表

収入の85%以内で3口(15万円)
から30口(150万円)までご加入いた
だけます。

保険料もお得!

団体割引
20%
適用

(保険期間1年、支払対象外期間30日、団体割引20%、保険金月額1口5万円、加入限度30口、精神障
害拡張補償特約、天災危険補償特約、妊娠に伴う身体障害補償特約セット)

A シンプルプラン

対象期間▶	満65歳まで		満70歳まで	
満年齢(歳)	男性	女性	男性	女性
25~29	1,087円	965円	1,110円	993円
30~34	1,283円	1,325円	1,323円	1,376円
35~39	1,602円	1,899円	1,677円	2,007円
40~44	2,190円	2,654円	2,350円	2,883円
45~49	3,022円	3,594円	3,382円	4,085円
50~54	3,571円	3,995円	4,308円	4,909円
55~59	3,789円	3,807円	5,394円	5,526円
60~64	3,163円	2,860円	6,042円	5,505円
65~69	—	—	4,474円	3,753円

B ハイブリッドプラン

対象期間▶	満65歳まで		満70歳まで	
満年齢(歳)	男性	女性	男性	女性
25~29	909円	742円	932円	770円
30~34	1,087円	1,052円	1,127円	1,103円
35~39	1,372円	1,543円	1,447円	1,651円
40~44	1,887円	2,288円	2,047円	2,517円
45~49	2,604円	3,109円	2,964円	3,600円
50~54	3,024円	3,391円	3,761円	4,305円
55~59	3,037円	3,048円	4,642円	4,767円
60~64	2,072円	1,859円	4,951円	4,504円
65~69	—	—	2,957円	2,474円

C 勤務医プラン

対象期間▶	満60歳まで		満65歳まで	
満年齢(歳)	男性	女性	男性	女性
25~29	895円	754円	929円	788円
30~34	1,050円	1,035円	1,108円	1,104円
35~39	1,287円	1,467円	1,395円	1,604円
40~44	1,683円	2,016円	1,912円	2,324円
45~49	2,125円	2,487円	2,628円	3,144円
50~54	2,016円	2,211円	3,050円	3,428円
55~59	1,329円	1,316円	3,060円	3,075円
60~64	—	—	2,081円	1,874円

●保険料は、保険始期日(中途加入の場合は、中途加入日)時点の満年齢によります。●ご契約更新時は、更新後の保険始期日時点での満年齢
による保険料となります。年齢区分が変更になると保険料が変更になります。●団体割引は、本団体契約の前年のご加入人数により決定して
います。次年度以降、割引率が変わることがありますので、あらかじめご了承ください。また、団体のご加入人数が10名を下回った場合は、
この団体契約は成立しませんので、ご了承ください。●本保険は、介護医療保険料控除の対象となります。(2025年1月現在)

- 「精神障害拡張補償特約」「天災危険補償特約」「妊娠に伴う身体障害補償特約」(女性の方のみ)をセットしています。
- 精神障害による就業障害の場合、対象期間は最長2年間となります。
- 対象期間が60歳満了の契約における満55歳以上の被保険者、65歳満了の契約における満60歳以上の被保険者、70歳満了の契約における満65歳以上の被保険者の対象期間は支払対象外期間の終了日の翌日から起算して3年間となります。

告知の大切さについてのご説明

- 告知書はお客さま(保険の対象となる方)ご自身がありのままをご記入ください。
※口頭でお話し、または資料提示されただけでは告知していただいたことにはなりません。
- 告知の内容が正しくないと、ご契約の全部または一部が解除になり保険金がお受け
取りいただけない場合があります。
※「ご加入に際して、特にご注意ください(注意喚起情報のご説明)」を必ず
お読みください。

※保険金のお支払方法等重要な事項は、「この保険のあらまし」以降に記載されて
いますので、必ずご参照ください。

一般社団法人 長野県医師会 御中

申込人(加入者)および被保険者は、
募集文書または損保ジャパン公式
ウェブサイト
(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)
に掲載の個人情報の取扱いに同意
します。

提出締切日

2025年4月23日(水)
(中途加入の場合は毎月10日)

提出先

郡市医師会まで

申込日	年 月 日		
申込人(加入者)	フリガナ	住所	
	ご署名(法人の場合は記名押印)		
被保険者	フリガナ	性別	男・女
	氏名	生年月日	
		年齢	職種・職務名
			医師

証券番号

保険期間 2025年6月1日*午後4時から
2026年6月1日 午後4時まで

*中途加入の場合は毎月10日までの受付分は受付日の翌月1日

プラン名	対象期間	申込口数※
<input type="checkbox"/> A シンプルプラン	65歳 70歳	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> B ハイブリッドプラン	65歳 70歳	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> C 勤務医プラン	60歳 65歳	<input type="checkbox"/>

※1口5万円、最大30口まで。

★他の保険契約等(※)がありますか。

<ご注意>「あり」の場合必ずご記入ください。(ご記入のない場合は、「なし」と回答したことになります。)記入欄が不足する場合には、引受保険会社にお申し出ください。

※他の保険契約等

「他の保険契約等」とは、個人用傷害所得総合保険、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、こ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。

あり

保険種類	所得補償保険金額(月額)	保険会社	満期日
	万円		令和 年 月 日
	万円		令和 年 月 日

！ お申込み前に再度ご確認ください。

- 告知書にご記入もれはありませんか？
- 告知日はご記入いただいていますか？
- 告知書に被保険者(保険の対象となる方)ご本人がご署名いただいていますか？
- パンフレットに記載の「ご加入に際して、特に注意いただきたいこと(注意喚起情報のご説明)」はご確認いただきましたか？

正しく告知していただくことは大変重要です。

- 告知していただいた内容にしたがって、お引受けの可否が決まります。
- 正しく告知していただきませんと、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。
- 告知書は、記入例をご確認いただきながら、必ず被保険者(保険の対象となる方)ご本人が事実を「ありのままに」「正確に」「もれなく」ご記入(告知)ください。
- 告知の対象となる「医師の診察・検査・治療・投薬」や特にご注意いただきたい事項については記入例に掲載していますのでご確認ください。

裏面の「健康状態に関する告知書」をご記入ください。

健康状態に関する告知書

※この告知書は加入依頼書(申込書)の一部となります。
 団体長期障害所得補償保険のお申込みの際には、
 必ず加入依頼書(申込書)と本書(健康状態に関する告知書)をあわせてご記入ください。

損害保険ジャパン株式会社 宛

〈重要〉

- 必ず、被保険者本人自らがご記入、ご署名ください。
- ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- 告知される方がご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。

1★

下記の質問事項にご回答ください。1つでも「はい」がある方はご加入いただけません。
 質問事項へのご回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

質問事項	ご回答	ご加入可否						
(1) 告知日(ご記入日)現在 、病気やケガで入院中ですか。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※がありますか。 ※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。	はい いいえ	質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。 1つでも「はい」がある方はご加入いただけません。						
(2) 告知日(ご記入日)から過去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。	はい いいえ							
(3) 告知日(ご記入日)から過去2年以内に 、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがありますか。 (注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 「がん」、「上皮内がん」、「精神の病気」に含めて告知いただきたい病気	はい いいえ							
<table border="1"> <tr> <td>がん</td> <td>悪性新生物、悪性しゅよう、白血病、肉腫、骨髄腫、悪性リンパ腫、骨髄異形成症候群、骨髄線維症</td> </tr> <tr> <td>上皮内がん</td> <td>上皮内新生物、CIS、CIN3、子宮頸部高度異形成、HSIL</td> </tr> <tr> <td>精神の病気</td> <td>精神および行動の障害(統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)</td> </tr> </table>	がん	悪性新生物、悪性しゅよう、白血病、肉腫、骨髄腫、悪性リンパ腫、骨髄異形成症候群、骨髄線維症	上皮内がん	上皮内新生物、CIS、CIN3、子宮頸部高度異形成、HSIL	精神の病気	精神および行動の障害(統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)		
がん	悪性新生物、悪性しゅよう、白血病、肉腫、骨髄腫、悪性リンパ腫、骨髄異形成症候群、骨髄線維症							
上皮内がん	上皮内新生物、CIS、CIN3、子宮頸部高度異形成、HSIL							
精神の病気	精神および行動の障害(統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など)							

2

1の内容を再度ご確認ください。告知日のご記入とご署名をお願いします。

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実に相違ありません。事実に相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、パンフレットに記載の「ご加入時における注意事項(告知義務等)」の内容について確認・同意し、ならびに下記の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、申込人(加入者)、告知者、被保険者ともに同意します。

告知日(ご記入日)	年	月	日
被保険者本人署名			

※被保険者ご本人がご署名ください。

告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

告知書の個人情報の取扱いに関する事項

損保ジャパンは、この告知書に記載された個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、等を行うこと(以下、「当社業務」と言います。)に利用します。また、下記①および②、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供を行います。
 ①損保ジャパンが、当社業務のために、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に行い、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。
 ②損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。)があります。
 なお、保健医療等のセンシティブ情報(人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の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。
 損保ジャパン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。)については損保ジャパン公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)をご覧ください。また、募集文書掲載の取扱代理店または損保ジャパン営業店までお問い合わせください。

記入例のご案内 「ロングサポートコース(団体長期障害所得補償保険)」加入依頼書 兼 健康状態告知書

(表 面)

申込日をご記入ください。

申込人(加入者)の住所、氏名(ご署名、法人の場合は記名押印)、被保険者の氏名、年齢、性別、生年月日をもれなくご記入ください。

他の所得補償保険契約等にご加入されている方は、ご記入ください。

ご送付前に再度ご確認ください。

長野県医師会 「ロングサポートコース(団体長期障害所得補償保険)」加入依頼書 兼 健康状態告知書

一般社団法人 長野県医師会 御中

申込日(加入者および被保険者は、募集文書または損保ジャパン公式サイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。)

ご記入日: 2025年 4月 23日 (水) (中途加入の場合は毎月10日)

届出先: 都市医師会まで

加入者(申込人)の住所: 〒XXX-XXXX 長野県 ●●市●●町 XXX-X

加入者(申込人)の氏名(ご署名): 医療法人 損保医院 理事長 損保太郎

被保険者の氏名(記名押印): 損保太郎

性別: 女 生年月日: 1980年5月1日

年齢: 45歳 職種・職務名: 医師

証券番号: []

保険期間: 2025年6月1日午後4時から 2026年6月1日 午後4時まで

プラン名: A シンプルプラン B ハイブリッドプラン C 勤務医プラン

対象期間: 65歳 70歳 15日

申込口数: 15

★他の保険契約等(※)がありますか。
(※)「あり」の場合必ずご記入ください。(ご記入のない場合は、「なし」と回答したことになります。)記入欄が不足する場合は、引渡保険会社にお申し出ください。

保険種類	所得補償保険金額(月額)	保険会社	満期日
	万円		令和 年 月 日
	万円		令和 年 月 日

！ お申込み前に再度ご確認ください。

★ご希望のプランに✓を入れ、対象期間に○をつけて申込口数をご記入ください。

裏面の「健康状態に関する告知書」をご記入ください。

ご希望のプランに✓を入れ、対象期間に○をつけて申込口数をご記入ください。

【ご注意事項】

- 「医師の診察・検査・治療・投薬」には、入院・手術・投薬をすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることを含みます。また、がんと診断されることを含みます。
- 「入院」には、検査入院、日帰り入院や教育入院を含みます。
- 「手術」には、「内視鏡手術」、「レーザー手術」、「悪性新生物温熱療法」、「衝撃波による体内結石破砕術」、「ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・喉頭・胸・腹部臓器等手術」、「新生物根治放射線照射」等を含みます。
- 病気を指摘された後、すぐに治療や手術の必要がないため通院がないという状態でも経過観察に該当し、告知の対象になります。
- 医師の診断により、予防目的で目薬を点眼することや、薬の処方のみをされている場合も「医師の診察・検査・治療・投薬」に該当し、告知の対象になります。
- 医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中の場合も、告知の対象になります。
- 再検査、精密検査の結果、異常がなかった場合は、質問事項に「いいえ」とご回答ください。

(裏 面)

長野県医師会 ロングサポートコース(団体長期障害所得補償保険) 健康状態告知書

健康状態に関する告知書

損害保険ジャパン株式会社 宛

1. 必ず、被保険者本人からご記入、ご署名ください。

2. ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがあります。

3. 告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

4. 告知される方がご懸念されている病気・症状が、本告知書に記載されている病気・症状と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状に該当するが不明な場合は、主治医(常任医)に「告知事項」に関する告知を仰ぎください。

★ 下記の質問事項にご回答ください。質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

質問事項	ご回答	ご加入可否
(1) 告知日(ご記入日)現在、病気がケガで入院中ですか、または告知日以降に病気がケガで入院もしくは手術の予定がありますか。 ※医師がすすめてらる場合や医師と相談している場合を含みます。	はい いいえ	はい いいえ
(2) 告知日(ご記入日)から過去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。	はい いいえ	はい いいえ
(3) 告知日(ご記入日)から過去2年以内に、 ①「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」と医師に診断されたことがありますか。 ②「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気」により、医師の診察・検査・治療を受けたことや、すずめられたことがありますか。 (注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。	はい いいえ	はい いいえ

2. 1の内容を再度ご確認ください。告知日のご記入とご署名をお願いします。

告知日(ご記入日): 2025年 月 日

被保険者本人署名: 損保太郎

告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

告知書の個人情報の取扱いに関する事項

損害保険ジャパンは、この告知書に記載された個人情報を、保険引当・支払いの判断、本契約の履行、等を行うこと(以下、「当社業務」といいます。)に利用します。また、下記のような当社の業務に必要となる範囲で、取扱い・提供いたします。

①損保ジャパンが、当社業務のために、業務委託先(保険代理店)を含みます。保険料の納入、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供いたします。また、この委託先は、告知書に列記した業務委託先とは異なる場合があります。

②損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと(再保険会社等から他の再保険会社等へ、保険金請求等の提供)を行います。再保険(人損、火災、社会的紛争、犯罪、犯罪被害等)の要配慮個人情報を含みます。利用目的は、法令等に定め、業務の適切な遂行の確保その他必要と認められる範囲に限定します。

③告知書に列記した個人情報の取扱いに関するお問い合わせは、損害保険ジャパン(本社)までお問い合わせください。お問い合わせ先は、損害保険ジャパン(本社)までお問い合わせください。

DI240033-001

必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。

訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて被保険者の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

1★の質問事項について、「はい」「いいえ」のいずれかにご加入いただけます。1つでも「はい」がある方はご加入いただけません。(注)質問事項への回答がすべて「いいえ」の方はご加入いただけます。

2に告知日(ご記入日)をご記入のうえ、被保険者ご本人(保険の対象となる方)がご署名ください。