

告知事項（追加用）

※告知事項が3つ以上の場合にご使用ください。

【ご留意事項】

- 必ず**団体信用生命保険申込書兼告知書**に添付してご提出ください。（後日の追加提出はできません）
- 必ず被保険者**ご本人**がご記入ください。
- お客さま控えはございませんので、ご自身でコピーを取り保管してください。
- 申込書兼告知書と同様、消せるボールペンは使用できません。
- 申込書兼告知書と同じお名前の記入・ご印鑑の押印**をお願いいたします。

被保険者氏名

（法人の場合は代表者）

個人印

3

* 告知事項の3項目以上について(1)～(5)まで、すべてご記入ください。

	告知事項③	告知事項④	告知事項⑤
(1) 病気・けがの正式な名前、障がいの内容・原因			
(2) 診察・治療・投薬を受けた年月または期間	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで
(3) 入院の有無および期間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月から 年 月まで 約 日間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月から 年 月まで 約 日間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月から 年 月まで 約 日間
(4) 手術の有無および手術名または手術部位	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
(5) 症状経過	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 最終検診年月 年 月	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 最終検診年月 年 月	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 最終検診年月 年 月
現在の症状・治療・障がい内容等をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他

4

【該当者のみご記入欄】

③ (1) 記載の病気が以下の場合、該当する病気の欄にのみご記入ください。（完治の場合を含む）

高血圧症の場合	最近の血圧値 最高 mmHg / 最低 mmHg
糖尿病の場合	HbA1c % インスリン治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり いずれかを○でお囲みください。 最近の空腹時血糖値 mg/dl
肝臓に関する病気の 場合	GOT (AST) IU/l GPT (ALT) IU/l γ-GTP IU/l

公庫 記入欄	支店名	支店コード
	貸付番号	