

# 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・ご署名ください。
- ・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と、確認欄へのチェック**をお願いいたします。

## 被保険者氏名

（法人の場合は代表者）

・告知事項(追加用)は被保険者本人が記入・署名しました。  
・告知記載事項は事実と相違ありません。

確認欄

確認チェック



**C** \* 各告知事項詳細欄について(ア)～(オ)まで、もれなくご記入ください。

|                           | 告知事項詳細③                                                                                       | 告知事項詳細④                                                                                       | 告知事項詳細⑤                                                                                       |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| (ア) 病気・けがの正式な名前、障がいの内容・原因 |                                                                                               |                                                                                               |                                                                                               |
| (イ) 診察・治療・投薬を受けた年月または期間   | 昭・平・令 年 月から<br>昭・平・令 年 月まで                                                                    | 昭・平・令 年 月から<br>昭・平・令 年 月まで                                                                    | 昭・平・令 年 月から<br>昭・平・令 年 月まで                                                                    |
| (ウ) 入院の有無および期間            | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>昭・平・令 年 月から<br>昭・平・令 年 月まで<br>約 日間 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>昭・平・令 年 月から<br>昭・平・令 年 月まで<br>約 日間 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>昭・平・令 年 月から<br>昭・平・令 年 月まで<br>約 日間 |
| (エ) 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                                       |
| (オ) 症状経過                  | 最終検診年月 月<br>昭・平・令 年 月<br><input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中             | 最終検診年月 月<br>昭・平・令 年 月<br><input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中             | 最終検診年月 月<br>昭・平・令 年 月<br><input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中             |
| 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       |

**D** Cで

【高血圧症】【糖尿病】【肝臓に関する病気】

についてご記入の方（完治の場合を含む）は該当欄もご記入ください。

|            |           |                                                         |                                            |      |
|------------|-----------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------|
| 高血圧症の方     | 最近の血圧値    | 最高                                                      | mmHg/最低                                    | mmHg |
| 糖尿病の方      | HbA1c     | %                                                       | 左記数値を計測していない場合にご記入ください。<br>最近の空腹時血糖値 mg/dl |      |
|            | インスリン治療   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | いずれかを○でお困みください。                            |      |
| 肝臓に関する病気の方 | GOT (AST) | IU/ℓ                                                    | GPT (ALT)                                  | IU/ℓ |
|            |           |                                                         | γ-GTP                                      | IU/ℓ |

|           |      |  |       |  |
|-----------|------|--|-------|--|
| 公庫<br>記入欄 | 支店名  |  | 支店コード |  |
|           | 貸付番号 |  |       |  |