

補償内容(は疾病・がん・介護のおすすめ3プランのみ！)

煩雑(こなるため、類似プラン(は)廃止
必要に応じて、複数プランを組み合わせてのご加入が可能になります

[プラン内容]

プラン	NEW	補償内容
	入院	病気で入院された場合に、1日目から保険金をお支払いします。
医療A	手術	病気で手術を受けられた場合に、1日目から保険金をお支払いします。 病気により所定の高度障害状態に該当し、その日を含めて30日を超えて生存し回復の見込みがないことが明らかであるときに保険金をお支払いします。
	高度障害	病気により先進医療(先進医療および臓器移植術)を受けた場合に、保険金をお支払いします。
	先進医療	病気で4日を超えて入院され、退院後に通院された場合に通院保険金日額をお支払いします。
	通院	病気により死亡された場合に、親族が負担する葬祭費用を補償します。
がんB	疾患葬祭費用補償特約	初めてがんと診断された場合、またはがんと診断され治療を目的として入院を開始された場合に保険金をお支払いします。
	がん診断	がんで入院された場合に、入院保険金をお支払いします。
	がん入院	がんと診断された場合に、手術保険金をお支払いします。
	がん手術	がんにより先進医療(先進医療および臓器移植術)を受けた場合に、保険金をお支払いします。
介護C	先進医療	がんと診断確定され、がんの外来治療を受けた場合に保険金をお支払いします。
	がん外来治療	がんと診断確定されがん剤治療を開始した場合、抗がん剤治療を受けた日の属する月ごとに保険金をお支払いします。
	抗がん剤治療	所定の要介護状態が90日を超えて継続した場合、もしくは要介護2～5の認定を受けた場合に保険金をお支払いします。
介護C	介護一時金	300万円
	軽度認知障害等一時金	30万円

89歳まで継続してご加入いただけます！

現行の医療保険(は79歳までのご継続で)したが
89歳までご継続が可能になります

【予定保険料】 (商品改定等の都合で変更が生じる可能性があります)

年齢	25~29歳	30~34歳	35~39歳	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳
医療プラン	A 6,120円	7,760円	8,710円	10,100円	13,300円	18,230円	27,690円
がんプラン	B 2,240円	3,740円	5,470円	8,270円	14,090円	20,930円	29,440円
介護プラン	C 5,230円	5,230円	5,230円	5,540円	6,340円	7,680円	12,460円
年齢	60~64歳	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85~89歳	
医療プラン	A 39,310円	59,430円	89,920円	128,790円	205,630円	373,760円	
がんプラン	B 41,120円	58,740円	74,770円	86,670円	91,620円	95,350円	
介護プラン	C 20,060円	32,370円	64,770円	126,450円	236,580円	413,790円	

※80歳~89歳(は継続加入のみ)

上記保険料に事務運営費(年間1,000円)を加えた金額が掛金となります。

新規加入(は79歳まで、ご継続(は89歳まで)可能です。80歳以上の方(は、新規加入いただけませんのでご注意ください)。

より簡単な告知でご加入が可能に！

告知が必要な範囲が狭くなつたため
既往症のある方もご加入しやすくなります！

【告知書比較表】

	現 医療保険制度	新 医療保険制度
質問1	告知日現在、入院中ですか。または告知日以降に入院もしくは手術※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。	告知日現在、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。
質問2	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」Ⅰ欄に記載の疾患・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師より「疾病・症状一覧表」Ⅰ欄に記載の疾患・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。 ⇒ 該当があれば加入不可	告知日から過去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。 【回答不要】 特定の疾患有する必要がなくなります。
質問3	告知日から過去2年以内に、下記の「疾病・症状一覧表」Ⅱ欄に記載の疾患・症状により医師の診察、検査、治療または投薬を受けたことがありますか。 ※医師より「疾病・症状一覧表」Ⅱ欄に記載の疾患・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。 ⇒ 該当があれば一部の疾患有する必要がなくなります。	

より簡単な告知のみでご加入いただけるようになるため、告知内容により現在の医療保険制度にご加入いただけなかつた議員様(にも新しい医療保険制度であれば、ご加入いただくことができるようになります。

がんプラン(B)、介護プラン(C)についても、それぞれの補償内容に応じた簡単な告知でご加入していただっこ事ができるため
がんプラン(A)には加入できない議員様でも、**がんプラン(B)、介護プラン(C)にはご加入いただける可能性**があります！

「健康状態に関する告知書」(団体契約用)

23.10

※この告知書は加入依頼書の一部となります。
お申込みに際しては、必ず加入依頼書と告知書をあわせてご記入ください。

証券番号

加入者番号

<重要>
1. ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違しない場合は、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。
2. 告知の欄によつては、ご加入をお取りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

損害保険ジャパン株式会社 宛

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、ご契約が解約となったり、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、「健康状態に関する告知にあたって注意いただきたいこと」の内容について確認・同意しながらに告知書の告知欄の裏面に記載の「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）、告知書、被保険者ともに同意します。

<1> 告知者(被保険者ご本人または代理告知者)が被保険者(保険の対象となる方)名・告知日・加入する補償をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

被保険者番号/被保険者名	1	2	3	4
告 知 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
告 知 者 署 名	(代理告知の場合) 被保険者の関係	(代理告知の場合) 被保険者の関係	(代理告知の場合) 被保険者の関係	(代理告知の場合) 被保険者の関係
加入する補償	疾病補償 がん補償 介護補償	疾病補償 がん補償 介護補償	疾病補償 がん補償 介護補償	疾病補償 がん補償 介護補償

<2*> 下記の質問事項にご回答ください。（<1>の被保険者番号に対応する欄にご回答ください。）

ご加入いただく補償に該当する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。

*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。

質問事項		ご回答 被保険者番号
		1 2 3 4
【質問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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
【質問2】 告知日(ご記入日)から過去1年以内に、病気で毎日して10日以上入院をしたことがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	いいえの方はご加入いただけます。
【質問3】 「三大疾病」のみを補償する約款※を1つでもセットする場合はこちらもご回答ください 今までに、「がん」または「上皮内がん」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがあります。 (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」に含まれて告知いただきたい病気 がん 悪性新生物 悪性しうよう 白血病 肉腫 骨腫瘍 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 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
(※) 三大疾患診断保険金支払特約、三大疾患入院保険金支払特約等をいいます。	いいえの方はご加入いただけます。	

質問1 今までに、「がん」または「上皮内がん」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受け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」に含まれて告知いただきたい病気 がん 悪性新生物 悪性しうよう 白血病 肉腫 骨腫瘍 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 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L		ご回答 被保険者番号
		1 2 3 4
【質問2】 下記の質問にお答えください。 ● 告知日(ご記入日)から過去3ヶ月以内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状により医師の診察・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。 (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。	いいえの方はご加入いただけます。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
● 告知日(ご記入日)から過去2年内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状について、次のいずれかに該当したことがあります。 ① 健康診断・がん検診・人間ドックを受けた結果、病気・症状に指摘されたこと。 (注) 再検査・精密検査の結果、異常がなかった場合を除きます。 ② 医師の診察の結果、定期的な診察・検査を受けるように指摘されたこと。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
● 告知日(ご記入日)から過去5年内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状により、次のいずれかに該当したことがあります。 ① 持続して7日以上入院をしたこと。 ② 手術を受けたりすみられたこと。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
く病気・症状一覧表	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
特定の病気	脂肪よう 脂肪しうよう G I S T (ジスト・ギスト) カルチノイド	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
消化器の病気	肝硬変 慢性肝炎 肝機能障害(入院や治療を伴うもの) 慢性アルコール性肝機能障害 N A S H (非アルコール性脂肪肝炎) アルコール性肝炎 門脈圧亢進症 良性静脈瘤 慢性しう炎 B型肝炎ウイルスキャリア C型肝炎ウイルスキャリア	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
呼吸器の病気	慢性閉塞性肺疾患 (C O P D) 肺気腫 慢性気管支炎 肺塞性症 じん肺 けい肺 気管支脹張症 間質性肺炎	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
腎臓の病気	慢性腎機能障害 慢性腎不全 慢性腎炎 尿毒症	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
しうようなどの異常	異形成 白斑症 多発性ポリープ (ポリポーシス) (※1) 骨髄増殖性腫瘍 すいのう胞性肺炎 病理検査や細胞診での異常	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
しうようマークーの異常 (※2)	C E A A F P C A 1 9 - 9 P S A	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
検査・検診結果の異常 (※3)	肺の検査での異常 胃腸の検査での異常 マンモグラフィ 検査での異常 その他のがん検診での異常	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
その他	しうよう しごり 結節 肿瘍 (しうりう) 出血 (便潜血・正不正出血・咯血・吐血・下面・肉眼的血尿) 血液 (鉄欠乏性貧血を除く) 黄疸 ひらん 消化管のかいようや狭窄	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
(※1) 多発性ポリープ (ポリポーシス) には、過去5年以内に、5個以上のポリープが発生しているもの、あるいは5回以上の治療歴のあるものも含みます。 (※2) しうようマークーの異常とは、検査結果が基準値を超えた場合を意味します。なお、過去に基準値を超え、継続して経過観察中の場合は、現在基準値内でも、しうようマークーの異常は該当します。 (※3) 要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

質問		ご回答 被保険者番号	
		1 2 3 4	
(1) 今までに、公的介護保険制度の要介護・要支援の認定を受けたこと、または認定の申請をした(※1)ことがありますか。 (※1)「申請予定」や「申請をした結果、認定を受けられなかった場合」を含みます。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
(2) 次のいずれかの項目に該当していますか。 ● 告知日(ご記入日)現在、次のいずれかの行為の際に、頻度を問わず、他人の介助や補助用具(杖などを含みます。)の使用(※2)が必要になることがあります。 【歩行・食事・排せつ・入浴・衣類の着脱・公共交通機関を利用しての外出・店での買い物】 (※2)ご本人による使用を含みます。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
● 今までに、医師より「認知症(軽度認知障害を含みます。)」と診断されたことがありますか。 (注)疑いの指摘を受けている場合や検査等の結果が判明していない場合を含みます。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
(3) 告知日(ご記入日)現在、次のいずれかに該当しますか。 【入院中・療養のため就床中(※3)・入院の予定(※4)がある】 (※3) 医師の指示による就床を指し、その期間および場所を含みません。 (※4) 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
(4) 告知日(ご記入日)から過去2年内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
く病気・症状一覧表	かん 悪性新生物 悪性しうよう 白血病 向腫 骨腫瘍 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 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L 脳血管関係の病気 脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血・脳血栓) 肝臓の病気 促進性肝炎 肝硬変 腎臓の病気 促進性腎炎 肾不全 気管支・肺の病気 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 促進性気管支炎 肺塞性症 じん肺 けい肺 気管支脹張症 間質性肺炎 心臓・心筋の病気 心筋梗塞 心筋炎 心筋症 心不全 心肥大 不整脈(期外収縮・洞不全症候群・房室ブロック・脚ブロック・充血性上室性頻拍・心房細動・心房折動・ベースメーカー埋込) 筋肉・骨の病気 肌筋ジストロフィー 骨折を伴う骨粗鬆症(※5) 变形性関節症(人工関節置換を含みます) 眼の病気 緑内障 糖尿病性網膜症 加齢黄斑変性・失明 その他 糖尿病(合併症を含みます。) こうげん病(全身性エリマートーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性脳神経炎など) リウマチ熱 アルツハイマー病 厚生労働省指定の難病(※6) (指定難病に対する受給者証の交付を受けたことがある場合に限ります。) 精神および行動の障害(統合失调症・気分障害・感情障害・うつ病・うつ病・ナーソニク障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) パーキンソン病 (※5)「骨折を伴う骨粗鬆症」とは骨折した時に「骨粗鬆症」になっていた場合を意味します。(単に「骨粗鬆症」と診断された場合は含みません。) (※6) 厚生労働省指定の難病については、厚生労働省ホームページを参照してください。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>