

# 北海道医師会 所得補償保険・団体長期障害所得補償保険(Dr.GLTDプラン) 加入依頼書 兼 健康状態告知書

一般社団法人 北海道医師会 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

**2022年 12月 9日(金)**

(中途加入の場合は毎月20日)

提出先

**株式会社メディコ北海道まで**

申込日		年 月 日	
申込人(加入者)	住所	フリガナ	
		氏名	フリガナ Ⓜ (法人の場合のみご捺印)
被保険者	氏名	フリガナ	フリガナ
		性別	男・女
		生年月日	年 月 日
		★職種	(医師)
		職務名	その他 ( )

団体名	一般社団法人 北海道医師会
医籍登録番号	

保険期間	2023年1月1日*午後4時から 2024年1月1日午後4時まで
------	-------------------------------------

\*中途加入の場合は毎月20日迄の受付分は受付日の翌月1日

(新規・変更)お申込み内容	基本補償	Dr. GLTDプラン			オプションプラン		
	所得補償	ロングプラン	ショートプラン	勤務医プラン	代診費用	従業員休業補償	<input type="checkbox"/> 傷害特約 <input type="checkbox"/> 新・事業主費用補償
		基本補償加入 (あり) (なし)	基本補償加入 (あり) (なし)	基本補償加入 (あり) (なし)			
月額保険金額(補償額)	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円

※所得補償保険、Dr. GLTDプラン、代診費用、従業員休業補償は各々単独でもセットでも加入できます。

## 保険料の払込方法

●下記のうち、該当する番号に○印をしてください。

- 国民健康保険診療報酬より引き去り。
- 私の指定する次の銀行口座から控除願います。  
2-1 北海道医師会会費引落口座と同じ  
2-2 上記以外の口座 ← 預金口座振替依頼書を別途送付致します

## ★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、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。		※保険金請求歴 (注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。 過去3年以内に病気またはケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。		
保険種類	所得補償保険金額(月額)	保険会社	回数	合計金額
	万円		回	円
	万円		回	円

## ！ お申込み前に再度確認ください。

- 告知書にご記入漏れはありませんか？
- 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)ご本人が署名をいただいていますか？
- 「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？(パンフレットのP.13、14記載)

## 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(保険の対象となられる方)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。
  - 特にご注意いただきたい事項については、健康状態に関する告知書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。  
 所得補償保険、団体長期障害所得補償保険(Dr.GLTDプラン)のお申込みに際しては、  
 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〉

- ★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。
- 傷病・症状名が不明な方は、傷病・症状名が判明してから、検査等の結果が判明していない方や要再検査の指摘を受けた方は、結果が判明してからお申込みください。
- 健康診断、がん検診、人間ドックを受けていて、異常(要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療を含みます。)を指摘されている場合は、医師の診察を受けたのち、具体的な疾病・症状名が判明してからお申込みください。

1★

以下の質問事項にご回答ください。「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。  
 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	ご確認いただく事項
(1) 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	「はい」の方はご加入いただけません。
(2) 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。	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(3) 告知日から過去2年以内に、 ①「がん」「上皮内がん」「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」「精神の病気」で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、検査・治療・投薬・入院をすすめられたことがありますか。 ※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の例	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。

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、事実と相違ありません。事実と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P.7に記載の「告知の大切さについてのご説明」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。  
 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願います。

記入例のご案内

所得補償保険・団体長期障害所得補償保険(Dr.GLTDプラン)  
加入依頼書 兼 健康状態告知書

(表面)

- 1 申込日をご記入ください。
- 2 加入者の住所・氏名、被保険者の氏名・性別・生年月日・年齢・職種 職務名をもれなくご記入ください。
- 3 申込人(法人の場合は代表者) 医籍登録番号6桁をご記入ください。
- 4 ご加入(変更後)の補償またはプランの月額保険金額をご記入ください。
- 5 他の所得補償保険契約にご加入されている方は、ご記入ください。
- 6 ご送付前に再度ご確認ください。

北海道医師会 所得補償保険・団体長期障害所得補償保険(Dr.GLTDプラン) 加入依頼書 兼 健康状態告知書

2022年12月 2日

2022年12月9日(金)  
株式会社メディコ北海道まで

札幌市中央区大通西6丁目

損保 太郎

1976年 5月 1日

45歳

2023年1月1日午後4時から  
2024年1月1日午後4時まで

基本補償	Dr. GLTDプラン	オプションプラン
所得補償	100万円	300万円
基本補償加入	あり	なし
ジョートプラン	なし	あり
勤務医プラン	あり	なし
代診費用	なし	あり
従業員休業補償	なし	あり
口瘡等特別	なし	あり
新・専業主	なし	あり
費用補償	なし	あり

100万円 100万円 万円 万円 万円 万円 300万円

11 お申込み前に再度ご確認ください。

訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知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。

申込人個人の場合は捺印不要ですが必ずご加入者本人がご署名ください。法人の場合は法人印必須です。(角印可)

新規加入もしくは払込方法を変更する場合には、該当する番号(1、2-1、2-2)に○をしてください。

7について保険金請求履歴欄に該当がある方は、ご記入ください。

(裏面)

- 7 健康状態に関する告知書の質問事項に、もれなくご回答ください。
- 8 「はい」の方は矢印に従い、説明をご確認ください。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。

北海道医師会 健康状態に関する告知書

1★ 以下の質問事項にご回答ください。

質問事項	ご回答	ご確認いただく事項
(1) 告知日現在、病室やケガで入院中ですか、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。	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
(2) 告知日から過去1年以内に、病気が継続して10日以上入院をしたことがありますか?	はい いいえ	「はい」の方はご加入いただけません。
告知日から過去2年以内に、 ①「がん」「上気管がん」「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」「上気管がん」「精神の病気」で医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。 ③「がん」「上気管がん」「精神の病気」で医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。 ※医師より病状・症状の軽いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察を含みます。 ※「がん」「上気管がん」「精神の病気」に当てはまる「がん」の例 悪性新生物、肉腫、白血病、骨髄腫、骨髄嚢腫、悪性黒色腫等を含む悪性腫瘍、神経内分泌腫瘍、GIST(消化管間質腫瘍) 上気管がん、上気管新生物、CIS、CIN3、子宮頸部高度異形成 精神の病気、統合失調症、気分(感情)障害(うつ病、うつ病など)、パニック障害、心身症(心身不調)、強迫性障害、PTSD、過剰労働、不安障害、アルコール依存症、薬物依存など	「はい」の方はご加入いただけません。	

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) 2022年12月2日

被保険者本人署名 損保 太郎

告知日をご記入のうえ、被保険者本人署名欄にご署名ください。