北海道医師会　所得補償・団体長期障害所得補償（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　**2026年 12月 4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	〒 TEL	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	性別	男・女
		生年月日	年　月　日
		年齢	
		★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	2027年1月1日*午後4時から 2028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

ご加入プラン	基本補償	Dr. GLTDプラン			オプションプラン		
	所得補償プラン（A B C）	ロングプラン 基本補償加入（あり なし）	ショートプラン 基本補償加入（あり なし）	勤務医プラン 基本補償加入（あり なし）	代診費用	従業員休業補償	□傷害特約 □新・事業主費用補償
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。

1. 国民健康保険診療報酬より引き去り。
2. 私の指定する銀行口座から控除願います。
   預金口座振替依頼書を別途提出致します

★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、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？
●告知書に告知者ご本人がご署名いただいていますか？
●『「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと』はご確認いただきましたか？

裏面の「健康状態に関する告知書」をご記入ください。

北海道医師会　所得補償・団体長期障害所得補償（Dr.GLTDプラン）

健康状態告知書

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・団体長期障害所得補償（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

■告知書のご提出が必要な方

○新規に所得補償・団体長期障害所得補償（Dr.GLTDプラン）にご加入される方
○継続して上記補償にご加入される方のうち、次のいずれかに該当の方
（1）ご加入の保険金額を増額される方、口数を増やされる方
（2）補償・特約の追加・削除によって補償範囲を拡大される方
（3）対象期間、支払限度日数を延長される方
（4）支払対象外期間を短縮される方、免責金額（自己負担額）を引き下げられる方
（5）「特定疾病等対象外」を削除される方　　など
※継続してご加入される方で前年と加入内容に変更がない方は、ご記入、ご署名は不要です。

〈重要〉
1. 必ず、被保険者本人自らがご記入、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ので正確にご記入ください。
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
(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
(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** 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）	はい いいえ

ご加入可否

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　1 の内容を再度ご確認のうえ、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、『「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと』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
告知者署名	

※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/）をご覧いただくか、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　所得補償・団体長期障害所得補償（Dr.GLTDプラン）加入依頼書 兼 健康状態告知書

（表　面）

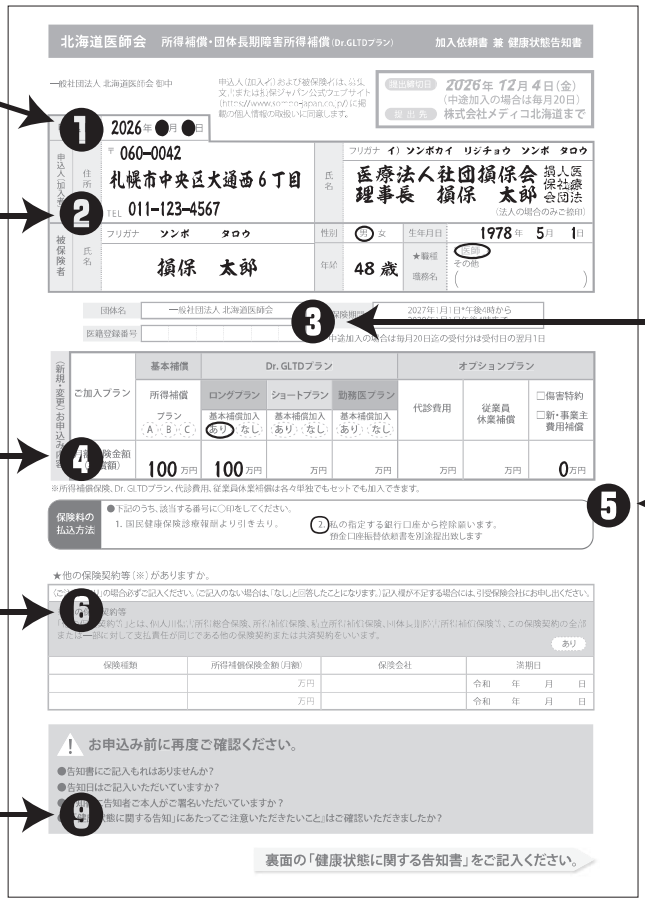
申込日をご記入ください。

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。

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。

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。

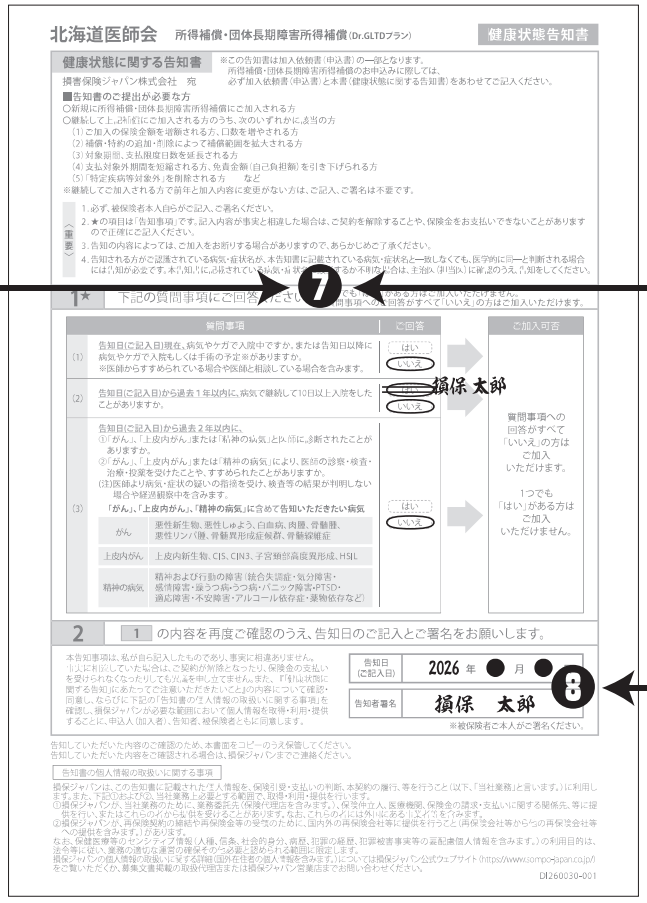
ご送付前に再度ご確認ください。



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。

保険料払込方法の該当する番号（1、2）に○をしてください。

（裏　面）



【ご注意事項】

- 「医師の診察・検査・治療・投薬」には、入院・手術・投薬をすすめられること、日常の生活指導・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。

- 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。
- 1★の質問事項について、「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。
  1つでも「はい」がある方は、ご加入いただけません。
  （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に被保険者（保険の対象となる方）名・告知日をご記入のうえ、告知者ご本人がご署名ください。

告知の前にご一読ください。

「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと

所得補償・団体長期障害所得補償（Dr.GLTDプラン）

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、裏面の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。

1. 告知の重要性

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

・告知書にご記入いただく内容は、損保ジャパンが公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。
・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のでご注意ください。
・損保ジャパンまたは取扱代理店は告知受領権を有しています。

2. 正しく告知されなかった場合のデメリット

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

・ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて１年以内に過去の傷病歴、現在の健康状態等について、損保ジャパンに告知していただいた内容が不正確であることが判明した場合は、「告知義務違反」としてご契約を解除することがあります。また、ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて１年を経過していても、ご加入初年度の保険期間の開始時(※)からその日を含めて１年以内に「保険金の支払事由」が発生していた場合は、ご契約を解除することがあります。
・ご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生しているときであっても、保険金をお支払いできません。ただし、「保険金の支払事由」と「解除原因となった事実」に因果関係がない場合は、保険金をお支払いします。

（※）継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加した特約についてはそのセットしたご契約の保険期間の開始時をいいます。また、継続時に「特定疾病等対象外」を削除した場合は、「特定疾病等対象外」を削除したご契約の保険期間の開始時をいいます。

3. 告知していただいたご契約のお引受け

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。

4. 始期前の発病や事故による無責の取扱い

※詳細につきましてはパンフレット等をご確認ください。

ご加入初年度の保険期間の開始時(※1)より前に発病(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする保険金の支払事由に対しては、正しく告知してご加入された場合であっても、保険金をお支払いできません。ただし、ご加入初年度の保険期間の開始時(※1)より前に発病(※2)した疾病または発生した事故による傷害を原因とする保険金の支払事由であっても、保険金の種類により、ご加入初年度の保険期間の開始時(※1)からその日を含めて1年を経過した後に保険金の支払事由が生じた場合は、その保険金の支払事由についてはお支払いの対象となる場合があります。

（※１）継続時に新たに補償を拡大する特約を追加された場合は、追加した特約についてはそのセットしたご契約の保険期間の開始時をいいます。
（※２）医師の診断による発病の時をいいます。ただし、その疾病の原因として医学上重要な関係がある疾病が存在する場合は、その医学上重要な関係がある疾病の発病の時をいいます。また、先天性異常については、医師の診断により初めて発見された時をいいます。
（注）「特定疾病等対象外」の条件をセットでご加入いただいている場合、ご加入初年度の保険期間の開始時からその日を含めて１年を経過した後であっても保険金をお支払いできない場合があります。

お客さまのご確認のためご利用ください。

お客さまチェック欄

告知書の質問事項、注意事項等を本案内とあわせてよくお読みください。

（注１）本案内および告知書の告知者控は重要な書類ですので、大切に保管してください。
（注２）ご加入の対象となる方等はパンフレット等をご確認ください。

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。