

この様式は、コピー（カラー含む）して使用することになります。
市町村窓口で交付を受け使用してください。

申込者（被保険者）告知書

（心身障害者扶養共済制度）

都道府県・指定都市記載欄		
①	②	③
一口目加入	二口目加入	1と2の同時加入

生保記入欄	
自治体コード	加入番号

- ・「重要事項のご説明」の内容（個人情報取り扱いを含む）を確認・承知し、心身障害者扶養共済制度における保険契約の被保険者となることに同意のうえ、署名・押印しました。
- ・下記の事項は事実に相違ありません。

知事（市長）殿

告知日（記入日）	平成 年 月 日	*告知書有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内
----------	----------	-----------------------

申込（加入）にあたって	<p>申込者は、以下の事項について心身障害者に対して説明し、この制度に加入することの同意を得ました。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申込者が死亡し、または重度障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保険金」が支払われること ・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「弔慰金給付保険金」が支払われること 	<p>① ← 心身障害者の同意を得た後に押印してください。</p>
-------------	---	-----------------------------------

フリガナ	(姓)	(名)	性別	生年月日
申込者氏名			① 男 ③ 昭和 ② 女 ④ 平成	年 月 日

フリガナ	(姓)	(名)	性別	生年月日
心身障害者氏名			① 男 ① 明治 ② 大正 ② 女 ③ 昭和 ④ 平成	年 月 日

障害の種類・程度	① 身体障害	① 1級 ② 2級 ③ 3級	申込者の心身障害者との続柄	① 配偶者 ② 父母
	② 知的障害	① A ② B		③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族
程度	③ 精神障害	① 1級 ② 2級	申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由	
	④ その他	① その他		

申込者の告知（心身障害者にかかる告知ではありません）

最近の健康状態	①最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術をすすめられたことがありますか。 * <input type="radio"/> はい の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ											
過去5年以内の健康状態	②過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 * <input type="radio"/> はい の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ											
	③過去5年以内に、下記の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 ある場合は右の <input type="radio"/> はい を○で囲んだうえ、下記【詳細記入欄】に記入してください。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ											
	<table border="1"> <tr> <td>心臓・血管</td> <td>狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症（※1）</td> </tr> <tr> <td>脳・精神・神経</td> <td>脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症</td> </tr> <tr> <td>肺・気管支</td> <td>ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核</td> </tr> <tr> <td>食道・胃腸・すい臓</td> <td>胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎</td> </tr> <tr> <td>肝臓・胆のう</td> <td>肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変・肝機能障害</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>糖尿病（※2）・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症</td> </tr> </table>	心臓・血管	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症（※1）	脳・精神・神経	脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症	肺・気管支	ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核	食道・胃腸・すい臓	胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎	肝臓・胆のう	肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変・肝機能障害	その他	糖尿病（※2）・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症
心臓・血管	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症（※1）												
脳・精神・神経	脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症												
肺・気管支	ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核												
食道・胃腸・すい臓	胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎												
肝臓・胆のう	肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変・肝機能障害												
その他	糖尿病（※2）・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症												
身体の障害	④過去5年以内に、上記③以外の病気やけがで2週間以上にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 * <input type="radio"/> はい の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ											
	⑤現在身体に障害はありますか。 <input type="radio"/> はい の場合は、該当するところを○で囲んだうえ、「障害の原因・部位・程度等」欄に詳細を記入してください。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ											

【詳細記入欄】 ←

上記①～④に はい があつた場合には、その内容についてそれぞれ詳細を記入してください。その内容が「高血圧症（※1）」・「糖尿病（※2）」の場合は、数値等も記入してください。なお、記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください。

<input type="radio"/> はい をつけた該当番号	① ・ ② ・ ③ ・ ④	① ・ ② ・ ③ ・ ④
病気やけがの名前・検査結果		
診察・検査・治療・投薬を受けた期間	年 月から 年 月	年 月から 年 月
入院の有無・期間	無・有（ 年 月から 年 月）	無・有（ 年 月から 年 月）
手術の有無（手術の名前、または内容・部位）	無・有（ ）	無・有（ ）
症状経過	完治・治療中・検査中・検査終了（異常なし）・経過観察中	完治・治療中・検査中・検査終了（異常なし）・経過観察中
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名		
(※1) [高血圧症の場合は記入してください] 最近の血圧 最大 mmHg 最小 mmHg		(※2) [糖尿病の場合は記入してください] 最近の空腹時血糖値 mg/dl 治療方法 ()

◆ 申込者(被保険者)告知書のご記入の際にご留意いただきたい事項 ◆

- 下記の記入例をご参照のうえ、油性の黒ボールペンにて楷書で申込者様ご自身が記入してください。
- 記入箇所を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で消したうえで、申込者様の訂正印（申込者欄に押印されたご印鑑）を必ず押印してください。
- 健康状態によっては、加入をお断りする場合があります。
- 万一、故意または、重大な過失によって事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合には、ご契約が解除されたり、または、無効となり、年金等をお支払いできないことがあります。
- 様式は、コピー（カラー含む）して使用することができません。必ず、配布されたものをご使用ください。

記入例

各項目中の質問につき、1つ以上「はい」となる場合は **はい** に、すべて「いいえ」となる場合は **いいえ** に○をしてください。

申込者(被保険者)告知書 <small>(心身障害者扶養共済制度)</small> <small>〔原簿記載のご記入欄の内容(個人情報は取扱い)を照らし、心身障害者扶養共済制度における保険料の適用等を受けることに関する案内、署名・押印を要します。下記の記載は任意に記述をお願いします。〕</small>		<small>※国府県・指定都市等</small> ① ② ③ <small>一口町 二口町 三口町</small>
<small>〇〇〇 知事(市長)殿</small> 告知日(記入日) 平成 22 年 4 月 19 日 *告知書有効期間、加入希望月の2ヶ月以内 申込(加入)にあたって <small>申込者は、以下の事項について心身障害者に対して該当し、この制度に加入するご同意を仰ぎました。 ・申込者が死亡し、または被保険者になった場合は、心身障害者に対して「年金給付制度」が実施されること ・乳がんまたは子宮頸がんが検出された場合は、申込者に対して「乳がん検診制度」が実施されること ・心身障害者が発生した場合は、申込者に対して「心身障害者扶養共済制度」が実施されること</small>	<small>心身障害者の職業を併せて記入してください。</small> フリガナ ヤマ モト 花子 性別 女 生年月日 43年6月8日 申込者氏名 山本 太郎 性別 男 生年月日 40年1月7日 フリガナ ヤマ モト 花子 性別 女 生年月日 43年6月8日 心身障害者氏名 山本 花子 性別 男 生年月日 43年6月8日	告知日 告知書を記入した年月日を記入してください。なお、告知日は加入希望月の2ヶ月以内である必要があります。
最近の健康状態 ① 過去3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがあり、また、その結果、検査・治療・入院・手術を要したことがある場合は、 はい の欄に記入してください。 *「はい」の場合は、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	過去5年以内の健康状態 ② 過去5年以内に、下記の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがあり、また、その結果、検査・治療・入院・手術を要したことがある場合は、 はい の欄に記入してください。下記〔詳細記入欄〕に記入してください。 ③ 過去5年以内に、前項やけが手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがある場合は、 はい の欄に記入してください。下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	申込(加入)にあたって 心身障害者の同意を得た後に押印してください。
身体障害 ④ 身体障害者手帳(第1種)または(第2種)をお持ちの場合は、 はい の欄に記入してください。下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	配偶者・父母以外の申込みの場合 ⑤ 配偶者・父母の有無。 ・有の場合は、その人が加入者とならない理由を記入してください。	申込者氏名・性別・生年月日 ・申込者様をご署名、記入して下さい。 ・性別・年号はいずれかに○をしてください。
詳細記入欄 上記①～④に「はい」が記入された場合は、その内容についてそれぞれ詳細を記入してください。その内容が「高血圧症(※1)」「糖尿病(※2)」の場合は、医師も記入してください。なお、記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください。 (はい)をつけた該当箇所 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳	①について 医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は はい に○をしてください。	②について 「過去5年以内の入院」について 入院日ではなく、 退院日より起算して5年以内 となります。
病名やけがの名前・検査名・検査結果、手術の名前、または部位・受傷の部位について 医師からお聞きになっている名称・内容を記入してください(正確にわからない場合はわかる範囲で記入してください)。 診察・検査・治療・投薬を受けた期間について 治療中の場合は、開始年月日のみ記入してください。 記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください	③について 表の病気に関しては、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は、 はい に○をしてください。	④について 医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は はい に○をしてください。 ・「2週間以上にわたる診察等」について 初診から治療終了までの期間が2週間以上の場合をいいます。 例) 初診4月1日、2回目診察4月14日で治療終了の場合 →14日以上診察に該当しますので はい に○をしてください。 ・「2週間以上にわたる投薬」について 例) 医療機関で2週間分の薬を処方された場合 →2週間以上の投薬に該当しますので はい に○をしてください。
【告知の必要のない傷病等について】 ◆ 医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤服用 ◆ 医師に処方されていない市販の薬の服用 ◆ 医師の治療を受けていない疾病 ◆ 歯科医師による虫歯の治療 ◆ 完治したかぜ ◆ 正常分娩 ◆ おたふくかぜ ◆ 水ぼうそう ◆ 手術により完治した虫垂炎 ◆ 円形脱毛症 ◆ 花粉症 ◆ 水虫 ◆ 色覚異常		

- ◆ **【詳細記入欄】について**
告知事項①～④で **はい** に該当する場合必ず詳細事項を記入してください。
- ◆ 「病名やけがの名前・検査名・検査結果」、「手術の名前、または部位・受傷の部位」について医師からお聞きになっている名称・内容を記入してください(正確にわからない場合はわかる範囲で記入してください)。
- ◆ 「診察・検査・治療・投薬を受けた期間」について
治療中の場合は、開始年月日のみ記入してください。
- ◆ 記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください

【告知の必要のない傷病等について】
 ◆ 医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤服用
 ◆ 医師に処方されていない市販の薬の服用 ◆ 医師の治療を受けていない疾病
 ◆ 歯科医師による虫歯の治療 ◆ 完治したかぜ ◆ 正常分娩 ◆ おたふくかぜ ◆ 水ぼうそう
 ◆ 手術により完治した虫垂炎 ◆ 円形脱毛症 ◆ 花粉症 ◆ 水虫 ◆ 色覚異常

- ◆ **告知日**
告知書を記入した年月日を記入してください。なお、告知日は加入希望月の2ヶ月以内である必要があります。
- ◆ **申込(加入)にあたって**
心身障害者の同意を得た後に押印してください。
- ◆ **申込者氏名・性別・生年月日**
・申込者様をご署名、記入して下さい。
・性別・年号はいずれかに○をしてください。
- ◆ **心身障害者について**
心身障害者のことについて記入してください。
◆ **障害種類・程度について**
心身障害者について、該当する障害の種類・程度の項目の番号を○で囲んでください。
◆ **配偶者・父母以外の申込みの場合**
・配偶者・父母の有無。
・有の場合は、その人が加入者とならない理由を記入してください。
- ◆ **①について**
医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は **はい** に○をしてください。
- ◆ **②について**
「過去5年以内の入院」について
入院日ではなく、**退院日より起算して5年以内**となります。
- ◆ **③について**
表の病気に関しては、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は、**はい** に○をしてください。
- ◆ **④について**
医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は **はい** に○をしてください。
・「2週間以上にわたる診察等」について
初診から治療終了までの期間が2週間以上の場合をいいます。
例) 初診4月1日、2回目診察4月14日で治療終了の場合
→14日以上診察に該当しますので **はい** に○をしてください。
・「2週間以上にわたる投薬」について
例) 医療機関で2週間分の薬を処方された場合
→2週間以上の投薬に該当しますので **はい** に○をしてください。