

STEP1 申込人情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。

☐内は必ずご記入ください。

住所	317 (カタカナ)	
	〒	—
申込人名	307 (カタカナ)	
	[ご加入内容確認事項]について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。	
職場名	018 (カタカナ)	
	所 属	019

加入申込日	010	令和R	年	月	日
社員番号	017				
電話番号	011				
生 年 月 日	980	(T)大正	(S)昭和	(H)平成	性 別
					982 (男)1 (女)2

メッセージ

団体総合生活補償保険 (MS&AD 型)

センター送付

000 AAA 020 994
PR06 03 ☒ × LF 354④

手続区分 下記のいずれかに○をしてください	
☐ 新規に加入する	→ 全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。
☐ 内容を変更する [前年度加入内容を追加・変更して継続する]	
☐ 継続加入しない	→ ご署名のうえ、ご提出ください。
内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。	

保 險 期 間
令和 3 年 1 月 1 日 から
令和 4 年 1 月 1 日 まで

団体名	
加入者番号	098
旧加入者番号	099
旧識別コード	L17

STEP2 申込内容と健康状況(告知)についてご確認のうえご記入ください。

(注1) 三井住友海上火災保険株式会社 宛 最終頁の健康状況告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。[健康状況告知書ご記入のご案内]を受け取り、内容を了解しました。

被保険者欄		職業・職種欄
1	氏 名	J04 (カタカナ)
	生 年 月 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和
	年 令	303 ※ ◎
	性 別	302 ※ (男)1 (女)2
団体との関係		L18 ◆
職 業 名		576 カタカナで記入
職 種 コード		312

2	氏 名	J04 (カタカナ)
	生 年 月 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和
	年 令	303 ※ ◎
	性 別	302 ※ (男)1 (女)2
団体との関係		L18 ◆
職 業 名		576 カタカナで記入
職 種 コード		312

3	氏 名	J04 (カタカナ)
	生 年 月 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和
	年 令	303 ※ ◎
	性 別	302 ※ (男)1 (女)2
団体との関係		L18 ◆
職 業 名		576 カタカナで記入
職 種 コード		312

4	氏 名	J04 (カタカナ)
	生 年 月 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和
	年 令	303 ※ ◎
	性 別	302 ※ (男)1 (女)2
団体との関係		L18 ◆
職 業 名		576 カタカナで記入
職 種 コード		312

傷害補償 --/J1		医療補償 --/J1						傷害・医療共通オプション --/J1				--/J1 介護補償
基本補償	オプション	基本補償	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	基本補償
傷害補償	死亡・後遺障害	医療補償	通院	三大疾病	がん	葬祭費用	日常生活賠償	携行品	受託物	ホールインワン	介護	介護
プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名
R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02
A1 A2 A3 A4 A5	C1 C2 C3 C4	M1 M2 M3 M4	T1	D1	G1	S1	B1	K1	J1	H1 H2	N1 N2 N3	
572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①

傷害補償 --/J1		医療補償 --/J1						傷害・医療共通オプション --/J1				--/J1 介護補償
基本補償	オプション	基本補償	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	基本補償
傷害補償	死亡・後遺障害	医療補償	通院	三大疾病	がん	葬祭費用	日常生活賠償	携行品	受託物	ホールインワン	介護	介護
プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名
R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02
A1 A2 A3 A4 A5	C1 C2 C3 C4	M1 M2 M3 M4	T1	D1	G1	S1	B1	K1	J1	H1 H2	N1 N2 N3	
572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①

傷害補償 --/J1		医療補償 --/J1						傷害・医療共通オプション --/J1				--/J1 介護補償
基本補償	オプション	基本補償	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	基本補償
傷害補償	死亡・後遺障害	医療補償	通院	三大疾病	がん	葬祭費用	日常生活賠償	携行品	受託物	ホールインワン	介護	介護
プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名
R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02
A1 A2 A3 A4 A5	C1 C2 C3 C4	M1 M2 M3 M4	T1	D1	G1	S1	B1	K1	J1	H1 H2	N1 N2 N3	
572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①

傷害補償 --/J1		医療補償 --/J1						傷害・医療共通オプション --/J1				--/J1 介護補償
基本補償	オプション	基本補償	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	オプション	基本補償
傷害補償	死亡・後遺障害	医療補償	通院	三大疾病	がん	葬祭費用	日常生活賠償	携行品	受託物	ホールインワン	介護	介護
プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名	プラン名
R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02
A1 A2 A3 A4 A5	C1 C2 C3 C4	M1 M2 M3 M4	T1	D1	G1	S1	B1	K1	J1	H1 H2	N1 N2 N3	
572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①

※ 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。

質問①	質問②	該当疾病	特定疾病対象外欄(お引受可否)	質問③
LKA	LKH	5A1	疾病補償についてはお引受できません	L1A
はい ①	はい ①	A欄 ①	506 疾病コード (B欄の場合のみ記入)	はい ①
いいえ ②	いいえ ②	B欄 ②	507 疾病・症状名 (カタカナ) (R0の場合のみ記入)	いいえ ②

※ 告知者ご署名欄 (注1) をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。

LW8 (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)

※ 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。

質問①	質問②	該当疾病	特定疾病対象外欄(お引受可否)	質問③
LKA	LKH	5A1	疾病補償についてはお引受できません	L1A
はい ①	はい ①	A欄 ①	506 疾病コード (B欄の場合のみ記入)	はい ①
いいえ ②	いいえ ②	B欄 ②	507 疾病・症状名 (カタカナ) (R0の場合のみ記入)	いいえ ②

※ 告知者ご署名欄 (注1) をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。

LW8 (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)

※ 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。

質問①	質問②	該当疾病	特定疾病対象外欄(お引受可否)	質問③
LKA	LKH	5A1	疾病補償についてはお引受できません	L1A
はい ①	はい ①	A欄 ①	506 疾病コード (B欄の場合のみ記入)	はい ①
いいえ ②	いいえ ②	B欄 ②	507 疾病・症状名 (カタカナ) (R0の場合のみ記入)	いいえ ②

※ 告知者ご署名欄 (注1) をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。

LW8 (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)

※ 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。

質問①	質問②	該当疾病	特定疾病対象外欄(お引受可否)	質問③
LKA	LKH	5A1	疾病補償についてはお引受できません	L1A
はい ①	はい ①	A欄 ①	506 疾病コード (B欄の場合のみ記入)	はい ①
いいえ ②	いいえ ②	B欄 ②	507 疾病・症状名 (カタカナ) (R0の場合のみ記入)	いいえ ②

※ 告知者ご署名欄 (注1) をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。

LW8 (告知日) R 年 月 日 (告知者ご署名)

STEP3 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらまでご確認のうえご記入ください。

331 特記事項

(注)他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険、普通傷害保険等)をいい、いずれも積立保険を含みます。)がありますか。

※ 他の保険契約等がありますか? (あり)

保険金請求歴がありますか? (あり)

【ご注意】「あり」の場合裏面を必ずご記入ください。(ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。)

R50 合計保険料 (一回分)	円	前年合計保険料 (一回分)	円
受付日(社内使用欄)		計上用	
令和 年 月 日			

職種コード一覧

職種コード	職 業 名 ・ 職 種 名	職業名・職種名（カナ）
01	技術者（技師、監督を含みます。）	ギジュツシャ
02	教員	キョウイン
03	保健医療従事者	ホケンイリョウジュウジシャ
04	芸術家、芸能家	ゲイジュツカ・ゲイノウカ
05	職業スポーツ家	ショクギョウスポーツカ
06	その他の専門的職業従事者	センモンショクギョウジュウジシャ
11	事務従事者	ジムジュウジシャ
21	販売従事者	ハンバイジュウジシャ
31	農林業作業者	ノウリンギョウサギョウシャ
36	漁業作業者	ギョギョウサギョウシャ
41	採鉱・採石作業者	サイコウ・サイセキサギョウシャ
51	自動車運転者（助手を含みます。）	ジドウシャウンテンシャ
52	船舶関係従事者（漁労船以外の船舶乗船者） （モーターボート競争選手を除きます。）	センバクカンケイジュウジシャ
53	航空機関係従事者（航空機搭乗者）	コウクウキカンケイジュウジシャ
54	その他の運輸従事者 ^{（注1）}	ソノタノウンユジュウジシャ
55	通信従事者（船舶・漁労船乗船者、 航空機搭乗者を除きます。） ^{（注2）}	ツウシンジュウジシャ
61	金属製造加工作業者	キンゾクセイゾウカコウサギョウシャ
62	電気機械器具組立・修理作業者	デンキキカイキグサギョウシャ
63	輸送機械組立・修理作業者	ユソウキカイサギョウシャ
64	計器・光学機械器具組立・修理作業者	ケイキ・コウガクキグサギョウシャ
65	その他の機械組立・修理作業者	ソノタノキカイサギョウシャ
66	製糸・紡織作業者	セイシ・ボウショクサギョウシャ
67	裁断・縫製作業者	サイダン・ホウセイサギョウシャ
68	木・竹・草・つる製品製造作業者	キ・タケ・クサ・ツルサギョウシャ
69	パルプ・紙・紙製品製造作業者	パルプ・カミサギョウシャ
70	印刷・製本作業者	インサツ・セイホンサギョウシャ
71	ゴム・プラスチック製品製造作業者	ゴム・プラスチックサギョウシャ
72	革・革製品製造作業者	カワ・カワセイヒンサギョウシャ
73	窯業・土石製品製造作業者	ヨウギョウ・ドセキサギョウシャ
74	飲食料品製造作業者	インショクリョウヒンサギョウシャ
75	化学製品製造作業者	カガクセイヒンセイゾウサギョウシャ
76	建設作業者	ケンセツサギョウシャ
77	定置機関・機械および建設機械運転作業者	テイチ・ケンセツキカイウンテンサギョウ
78	電気作業者	デンキサギョウシャ
79	その他の技能工・生産工程作業者	ギノウコウセイサンコウテイサギョウ
81	保安職業従事者	ホアンショクギョウジュウジシャ
86	サービス職業従事者	サービスショクギョウジュウジシャ
91	有職者以外（主婦・学生等）	ユウショクシャイガイ

（注1）自動車（二輪自動車（オートバイ）を除きます）を用いて配達・宅配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。
（注2）自動車（二輪自動車（オートバイ）を除きます）を用いて郵便物・電報の集配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。

STEP3 表面のSTEP3で「あり」と回答している場合はご記入ください。

※他の保険契約等

被保険者氏名	傷害死亡・後遺障害 保険金額合計	傷害入院 保険金日額合計	傷害通院 保険金日額合計	疾病入院 保険金日額合計	疾病通院 保険金日額合計
	万円	円	円	円	円
	万円	円	円	円	円
	万円	円	円	円	円

（ご注意）上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

保険金請求歴

被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
		回	円
		回	円
		回	円

（ご注意）上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

団体総合生活補償保険（MS&AD 型）健康状況告知書質問事項

ご回答は加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」、「特定疾病対象外欄」にご記入ください。

- 「健康状況告知書ご記入のご案内」をご覧ください。
- 「団体総合生活補償保険（MS&AD 型）」にお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。
- 下記の質問事項には、被保険者（補償の対象者）ご自身がお答えください。^(*)
 （*）告知時における被保険者の年齢が満 15 才未満の場合には、親権者のうちのいずれかの方がお答えください。
- 下表に記載がある傷害や疾病については下記質問 1 および質問 2 に関する告知は不要です。

<告知対象外となる傷害・疾病一覧>

現在治療中でも告知いただく必要のないもの	●アレルギー性鼻炎*、花粉症* ●アトピー性皮膚炎* ※入院中・入院歴あり・入院予定のものは、告知いただく必要があります。 ●ケガ* ※ただし、下記の「疾病・症状一覧表」の疾病コード J0、J1、J2 または K0 に該当するものは、告知いただく必要があります。
現在医師から次回通院、入院、手術、再検査等を指示されていない場合は告知いただく必要のないもの	●かぜ*、感冒*、インフルエンザ* ※入院、手術のないものに限ります。 ●下記の「疾病・症状一覧表」の疾病コード J0、J1、J2 または K0 に該当するケガ ●食中毒 ●菌の疾患 ●結膜炎 ●正常分娩

質問 1

過去 3 か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがあります。
 (上記別表<告知対象外となる傷害・疾病一覧>記載の傷害や疾病等を除きます。)
 質問 2

はい

質問 1 または質問 2 のいずれか 1 つでも「はい」がある方は、下記の「疾病・症状一覧表」の中で、該当する疾病・症状をご選択ください。^(注 1)
 <選択された疾病・症状が A 欄の疾病・症状に該当する場合>
 お引受できません。
 <選択された疾病・症状が B 欄の疾病・症状に該当する場合>
 特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でお引受します。
 ・加入申込票の「該当疾病」欄の“B 欄”に○印のうえ、該当する疾病コードを「特定疾病対象外欄」にご記入ください。(具体的な疾病・症状名の記載は不要です。)
 ・次の疾病・症状について保険金をお支払いしない条件でお引受します。
 ①このコードに属する A・B 欄すべての疾病・症状^(注 2)
 ②上記①と医学上因果関係がある疾病・症状^(注 3)

質問 3

満 16 才以上の女性のみお答えください。
 現在、妊娠していますか。

はい

いいえ

質問 1 から質問 3 に対する回答に 1 つも「はい」が無い場合、お引受します。

注 1 疾病・症状名が判明しない場合は、疾病・症状名が判明するまではお引受を見合わせさせていただきます。
 注 2 (例) 不整脈による受診歴のため疾病コード A0 を特定疾病対象外欄に記入して加入された方が、心筋梗塞になった場合、保険金をお支払いしません。
 注 3 (例) 疾病コード A2 を特定疾病対象外欄に記入して加入された方が、心筋梗塞（疾病コード A0）になり、この心筋梗塞と疾病コード A2 に属する病気（高血圧症など）との間に医学上因果関係がある場合、保険金をお支払いしません。
 <ご注意> 特定疾病対象外欄への対象外となる疾病・症状等の記載の有無にかかわらず、普通保険約款およびセットされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。
 詳細は募集パンフレットをご確認ください。

特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご加入されているお客さまへ
 継続時に、あらためて健康状況の告知を行うことにより、新たな告知内容に応じた条件で継続加入いただくことができます。

【ご注意】
 ◎現在の健康状況等によっては、継続加入できなかったり、保険金をお支払いしない疾病・症状群が追加・変更されたりすることがあります。
 ◎新たな告知内容に応じた条件で継続いただいた場合でも、保険金のお支払額は、発病時点の保険契約の条件で算出した金額とすることがあります。
 ◎保険期間の途中で特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件の削除・変更を行うことはできません。

疾病・症状一覧表

加入申込票の「特定疾病対象外欄」に記入いただく疾病コードに属する疾病・症状は下表のとおりです。

分 類	疾病コード	A 欄	B 欄
循環器系の疾患	A0	心臓弁膜症*、心不全、狭心症、心筋梗塞、心室細動、急性冠症候群 ※僧帽弁・大動脈弁・肺動脈弁・三尖弁の狭窄症または閉鎖不全症をいい、僧帽弁逸脱症候群を含みます。	不整脈（心房細動、心房粗動、発作性心頻拍症、心室性頻拍症、洞不全症候群、完全房室ブロックを含みます。）、心臓喘息、冠状動脈硬化症、心筋症、心内膜炎（細菌性以外）、心房中隔欠損症
	A1	脳腫瘍、脳卒中（脳出血、脳梗塞（脳軟化）を含みます。）、くも膜下出血、脳血栓、脳塞栓	もやもや病、一過性脳虚血発作（TIA）、脳動静脈奇形（脳動静脈瘤）、頸動脈狭窄症
	A2		高血圧症、動脈硬化、動脈瘤（動脈解離を含みます。）、静脈瘤
	A3		リウマチ性心疾患、リウマチ（関節・筋肉）
	A4		低血圧症
消化器系の疾患	B0	胃ガン、腸ガン、食道ガン、大腸ガン	急性胃炎、慢性胃炎、胃下垂、胃・十二指腸潰瘍、大腸炎、虫垂炎、イレウス（腸閉塞）、急性胃粘膜病変、憩室炎（憩室症）、そけいヘルニア、腹壁ヘルニア、胃・腸・食道ポリープ（良性）、胃腸炎、胃腺腫、大腸腺腫、腸重積、腹膜炎、嘔吐下痢症、クローン病、潰瘍性大腸炎、過敏性腸症候群
	B1	肝臓ガン、肝硬変	黄疸、肝機能障害、肝肥大、急性肝炎、慢性肝炎、脂肪肝 ※伝染性肝炎、ウイルス性肝炎は B1 ではなく G2 に該当します。ただし、ウイルス性肝炎のうち、A 型・B 型・C 型肝炎は、B1 と G2 に重複して該当します。
	B2	胆道ガン	胆石症、胆嚢炎、総胆管結石、胆嚢憩室症、胆嚢ポリープ（良性）、胆管炎
	B3	膵臓ガン	急性膵炎、慢性膵炎、膵石症、膵腫、膵のう胞
	B4		痔、痔ろう、脱肛、肛門周囲膿瘍
呼吸器系の疾患	B5		歯の支持組織の疾患、その他の歯の疾患
	C0	肺ガン	肺炎、肺気腫、肺線維症、塵肺症、胸膜炎（肋膜炎）、肺嚢胞症、自然気胸、中葉症候群、肺化膿症（肺膿瘍を含みます。）、肺梗塞、慢性閉塞性肺疾患
	C1	喉頭ガン、気管支喘息*、喘息性気管支炎 ※小児喘息、アレルギー性喘息を含みます。	気管支拡張症、慢性気管支炎、びまん性汎細気管支炎、急性気管支炎、咳嗽息
	C2		アレルギー性鼻炎、慢性副鼻くう炎（蓄膿症を含みます。）、鼻中隔湾曲症
	D0	腎盂腎炎（腎盂炎）、ネフローゼ（症候群）	腎炎（慢性腎臓炎、IgA 腎症を含みます。）、腎周囲炎、膿腎、萎縮腎、尿毒症、腎不全、慢性膀胱炎、腎嚢胞、水腎症、尿道狭窄
泌尿器・生殖器系の疾患	D1	前立腺ガン	前立腺肥大、前立腺炎
	D2	子宮ガン、乳ガン、卵巣ガン	乳房の疾患、子宮筋腫、子宮内膜炎、卵巣嚢腫、子宮頸部異形成、子宮内膜ポリープ（良性）、子宮頸管ポリープ（良性）、チョコレート嚢胞、子宮腺筋症、子宮内膜症
内分泌系の疾患	D3		尿路結石（腎臓結石、尿管結石、膀胱結石）
	E0	糖尿病・高血糖症	
	E1		痛風
血液・造血器系の疾患	E2		甲状腺機能亢進症（バセドウ病を含みます。）、甲状腺機能低下症、甲状腺炎、甲状腺腫・甲状腺腫瘍（良性）
	F0	白血病、悪性リンパ腫	貧血、紫斑病
	G0	結核（腎結核を除きます。)	
感染・寄生虫症	G1		腎結核
	G2		伝染性肝炎、ウイルス性肝炎* ※A 型・B 型・C 型肝炎は、G2 と B1 に重複して該当します。
	G3		細菌性心内膜炎
	G4		淋病、梅毒、その他の性病
	H0	てんかん、パーキンソン病、多発性硬化症	髄膜炎、脳膜炎、自律神経失調症、インフルエンザ脳症
神経・感覚器系の疾患	H1	筋ジストロフィー症	神経炎、神経痛、顔面神経障害、手根管症候群、重症筋無力症、ギランバレー症候群
	H2		白内障、緑内障、黄斑変性症、その他の目の疾患
	H3		中耳炎（慢性中耳炎を含みます。）、乳様突起炎、メニエール病、突発性難聴、耳鳴症
筋・骨格系の疾患	J0	脊椎カリエス	脊椎の捻挫、骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むち打ち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、後縦靱帯骨化症、椎間板障害、腰椎分離・すべり症、脊椎分離・すべり症、突発性腰痛症（ギックリ腰）
	J1	膠原病* ※ペーチェット病、全身性エリテマトーデス、強皮症、多発性筋炎・皮膚筋炎、結節性動脈周囲炎（結節性多発動脈炎）、混合性結合組織病、アレルギー性肉芽腫性血管炎（チャープ・ストラウス症候群）、側頭動脈炎をいいます。	骨髄炎（急性化膿性骨髄炎を含みます。）、半月板損傷、ばね指（手指屈筋腱腱鞘炎）、特発性大腿骨頭壊死
	J2		骨関節炎、関節内障、変形性関節症
	K0	外傷後遺症	頭部外傷後遺症、脳挫傷
	L0	皮膚の疾患	アトピー性皮膚炎、蜂窩織炎、帯状疱疹、粉瘤（アテローム）
新生物	M0	悪性新生物（ガン）* ※上皮内新生物を含みます。	
職業病	N0		職業病
精神障害	P0	認知症、アルコール・薬物使用による精神障害、統合失調症、妄想性障害、躁うつ病等の気分障害、抑うつ状態、神経症性障害*1、ストレス関連障害*2、摂食・睡眠障害、人格障害、詳細不明の精神障害 ※1 不安障害を含みます。 ※2 パニック障害、適応障害を含みます。	
妊娠・出産にかかる疾患	Q1 ^(注) Q2 ^(注)		妊娠及び産褥の中毒症、早産、流産、分娩及び産褥の敗血症、分娩の合併症、その他の妊娠・出産に関わる疾病 上記 Q1 の疾病・症状のうち、告知日時点における妊娠によるもの

(注)「Q1」は質問 1 または質問 2①に該当する場合に、「Q2」は質問 3 に該当する場合に、それぞれご記入ください。

【上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がない場合】
 加入申込票の「特定疾病対象外欄」の“疾病コード”に疾病コード「RO」および「具体的な疾病・症状名(カタカナ)」をご記入ください。
 ご記入された疾病・症状およびご記入された疾病・症状と医学上因果関係がある疾病・症状について保険金をお支払いしない条件でお引受します。
 なお、上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がある場合は、必ず、上記の疾病・症状一覧表の該当する疾病・症状をご選択ください。
 (例)「肺炎」の場合、具体的な疾病・症状名は記入せず、「肺炎」が区分される疾病コード「C0」を選択し、記入します。

親介護一時金・休業

以外用

※「親介護一時金・休業」(「親介護一時金支払特約」および「親の介護による休業補償特約」)は「親介護一時金・休業」専用をご確認ください。