

この告知書に記載の事項は被保険者本人が記入し、事実と相違ないことを誓約します。もし事実と相違した場合には契約を解除されても異議ありません。

《個人情報の取り扱いについて》保険契約者および生命保険会社からのお知らせ—  
当該保険制度の運営に当たり、保険契約者は加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)以下、個人情報を取り扱い、保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社を含みます。以下同じ。)へ提出いたします。また、保険契約者は、当該保険制度の運営において入手する個人情報を、事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供・ご契約の維持管理、③生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、また、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き保険契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。また、引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。  
(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

保険契約者	一般社団法人 全国酪農協会			届出印
	会長 馬瀬口 弘志			
ご契約番号	管理番号 1	管理番号 2	管理番号 3	
780000048		1	1	

本枠内は、申込者ご本人が告知日現在の状況をありのままに正確にもれなくご記入ください。

＜加入対象者(被保険者)の同意確認事項＞

告知書記載の告知事項は、事実と相違ないこと、ならびに告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げられたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧められたことはないことを誓約するとともに、本帳票に記載の個人情報の取り扱いについて同意します。

告知日	年 月 日	被保険者番号	
被保険者氏名	(セイ) _____ (メイ) _____	お申込区分	新規加入 ・ 増額
生年月日	昭和 _____ 年 月 日 性別 男 女 平成 _____	勤務先または所属	
親権者(*) (続柄)	(セイ) _____ (メイ) _____	お申込(新)入院給付金額(※)	円
		既加入入院給付金額(※) (増額の場合にご記入ください)	円

(\*)被保険者が未成年の場合にご記入ください。

(※)入院給付金が付加されていない場合は、傷病一時金給付金基本給付金額をご記入ください。

※つぎの告知事項 1 から 3 のすべての項目について、「はい」「いいえ」のいずれかを○印で囲んでください。

告知事項	1	最近3ヵ月以内に医師の診察・検査(妊娠による定期検査を含みます)・治療(指示・指導を含みます)・投薬を受けたことがありますか。	いいえ はい
	2	過去5年以内に病気やケガで手術を受けたこと、または継続して7日間以上(*1)にわたり医師の診察・検査・治療(指示・指導を含みます)・投薬を受けたことがありますか。	いいえ はい
	3	手足の欠損または機能に障害がありますか。または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。	いいえ はい

(\*1)「7日間以上」とは、転医・転科を含め初診から終診までの継続加療期間で、医師の管理下にあった期間をいいます。(実際の診療日数ではありません。)

はいのときはこの欄に詳しくご記入ください。また、複数の病気等がある場合もすべてご記入ください。

A. 病気やケガの名前、障害の内容等

[ \_\_\_\_\_ ]

B. 治療(診察・検査・指示・指導を含みます)・投薬期間

年 月 ~ 年 月 まで ( 日間)

1 C. 入院の有無 ◎入院の期間

あり ⇒ 年 月 ~ 年 月 まで ( 日間)

なし

D. 手術の有無 ◎手術の名前、部位

あり ⇒ [ \_\_\_\_\_ ]

なし

3 E. 症状経過

完治 ⇒ 終診年月 年 月

治療中 ⇒ 現在の治療(診察・検査・指示・指導を含みます)内容

[ \_\_\_\_\_ ]

F. 高血圧症の場合(最近の血圧数値)

血圧値(最高 mmHg / 最低 mmHg)

G. 肝臓疾患の場合(最近の肝機能検査数値)

GOT ( IU/l) GPT ( IU/l) γ-GTP ( IU/l)

ご注意 最後に再度告知事項を見直し、過去および現在における告知事項にもれがないことをご確認ください。事実を記入されなかったり、事実と反する記入がありますと、保険金等のお支払ができない場合がありますので、十分にご注意ください。

お願い 告知内容はお申込みにあたり重要事項ですので、本告知書のお控えをお取り頂くことをおすすめいたします。

生保処理欄	承諾	謝絶	承認日・承諾者	受付日
-------	----	----	---------	-----