

2023年度 MC DASH新規加入依頼書兼告知書

引受保険会社:東京海上日動火災保険(株)

加入依頼日	令和 年 月 日	加入日 (補償開始日)	月 1 日 午前0時 ^{注)}	日中のご連絡先	()
*ご加入者	住所	(カナ) 〒		e-mail アドレス	
	氏名	カ ナ (必須)		所属団体名 (会社名)	
		ご署名(自署) フルネームで自署願います。		社員番号	
			生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別 男・女

*三菱商事(株)およびグループ会社社員・退職者の方 注)加入日が11月1日の場合は午後4時補償開始となります。 社内使用欄 団体コード 給与・MBS 一括・12分割

【ご加入時の同意内容について】

私と被保険者全員は、以下の事項について、確認・同意のうえ、加入を依頼します。

- ① 私が保険契約者である企業または団体の構成員であること。
- ② 重要事項説明書の内容(パンフレットP.36~40)
- ③ 「ご加入内容確認事項」の内容(パンフレットP.41)
- ④ 「加入依頼書」裏面の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
- ⑤ 「告知の大切さに関するご案内」の内容(パンフレットP.17)

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく保険会社にご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。詳細はパンフレットP.37の【告知事項・通知事項一覧】をご参照ください。

医療補償 がん補償 介護補償 所得補償 にご加入の場合は、こちらにご記入ください。

健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容について
【がん補償にご加入の場合】裏面がん保険金受取人の指定の内容について確認・同意します。 がん保険金受取人については、特にお申し出がない限り、更新前契約と同内容での更新となります。

*告知事項の質問内容は裏面の「健康状態告知書」をご覧ください。

*被保険者氏名 (必ず被保険者ご本人が ご署名ください)	告知日 (ご署名日)	★ 生年月日	R5年 11月1日 現在の 年齢	★ 性別	加入者 からみた 続柄	★ 他の 保険 契約等
(カナ) (自署) 〒 (カナ) <small>ご加入者住所と同じ</small>	令和 年 月 日	昭和・平成・ 令和 年 月 日	才	男・ 女		有
(カナ) (自署) 〒 (カナ) <small>ご加入者住所と同じ</small>	令和 年 月 日	昭和・平成・ 令和 年 月 日	才	男・ 女		有
(カナ) (自署) 〒 (カナ) <small>ご加入者住所と同じ</small>	令和 年 月 日	昭和・平成・ 令和 年 月 日	才	男・ 女		有

告知については裏面をご確認ください。

医療補償 UNIT 6			がん補償 UNIT 7			介護補償 UNIT 9		所得補償 UNIT 5					
★健康状態告知ご回答欄		タイプ名 保険料	★健康状態告知ご回答欄		タイプ名 保険料	★健康状態告知ご回答欄	タイプ名 保険料	★健康状態告知ご回答欄					□数 保険料
質問 1	質問 2		質問 1	質問 2				質問 1	質問 2	質問 3	☆ 職業・職務	基本 級別	
なし	なし	タイプ名 保険料 ① 円	なし	なし	タイプ名 保険料 ② 円	指定 する	タイプ名 保険料 ③ 円	なし	なし	全 て な し	1	タイプ名 □数 保険料 ④ 円	
あり	あり	タイプ名 保険料 ① 円	あり	あり	タイプ名 保険料 ② 円	指定 する	タイプ名 保険料 ③ 円	あり	あり	一 つ 以 上 あ り	2	タイプ名 □数 保険料 ④ 円	
なし	なし	タイプ名 保険料 ① 円	なし	なし	タイプ名 保険料 ② 円	指定 する	タイプ名 保険料 ③ 円	なし	なし	全 て な し	1	タイプ名 □数 保険料 ④ 円	
あり	あり	タイプ名 保険料 ① 円	あり	あり	タイプ名 保険料 ② 円	指定 する	タイプ名 保険料 ③ 円	あり	あり	一 つ 以 上 あ り	2	タイプ名 □数 保険料 ④ 円	

*被保険者本人が満15歳未満の場合には、親権者・後見人等(後見人・保佐人・補助人)の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わってご署名ください。そのときのご記入方法は、**「(被保険者名)親権者(親権者名)」**と親権者の方がご記入ください。

「有」の場合、裏面に具体的な内容をご記入ください。

*告知書は被保険者本人がご記入ください。ご回答内容によって引受不可となった場合、改めて訂正署名をいただきますのでご了承ください。

加入者・被保険者本人からみた続柄									
01	本人	04	子	07	孫	11	雇用主(個人事業主)		
02	配偶者	05	兄弟姉妹	08	その他親族	12	従業員		
03	父母	06	祖父母	10	雇用主(法人)	99	その他		

職業・職務コード						
010	事務職	040	運輸従業者	070	家事従事者	990 その他
020	営業職	050	金属製造加工業者	080	学生	
030	自動車運転者	060	建設従業者	090	無職者	

例	看護師、教員
被保険者1	
被保険者2	
被保険者3	

ケガ・日常生活の補償 ゴルフの補償 にご加入の場合は、こちらにご記入ください。

*夫婦型・家族型のときは、被保険者ご本人のみご記入ください。

被保険者氏名	被保険者住所	生年月日	性別
(カナ) (漢字) <small>ご加入者と同じ</small>	〒 (カナ) <small>ご加入者住所と同じ</small>	昭和・平成・ 令和 年 月 日	男・ 女
(カナ) (漢字)	〒 (カナ) <small>ご加入者住所と同じ</small>	昭和・平成・ 令和 年 月 日	男・ 女
(カナ) (漢字)	〒 (カナ) <small>ご加入者住所と同じ</small>	昭和・平成・ 令和 年 月 日	男・ 女

ケガ・日常生活の補償 UNIT 1,2,3,4							ゴルフの補償 UNIT 1,2,3,4				
加入者からみた続柄	★職業・職務	職種級別	★他の保険契約等	基本補償 タイプ名 保険料	オプション 個人賠償責任 タイプ名 保険料	オプション ホールインワン タイプ名 保険料	小計	★他の保険契約等	基本補償 タイプ名 保険料	オプション 個人賠償責任 タイプ名 保険料	小計
		A	有	タイプ名 保険料 円	タイプ名 保険料 円	タイプ名 保険料 円	保険料⑤ 円	有	タイプ名 保険料 円	タイプ名 保険料 円	保険料⑥ 円
		A	有	タイプ名 保険料 円	タイプ名 保険料 円	タイプ名 保険料 円	保険料⑤ 円	有	タイプ名 保険料 円	タイプ名 保険料 円	保険料⑥ 円
		A	有	タイプ名 保険料 円	タイプ名 保険料 円	タイプ名 保険料 円	保険料⑤ 円	有	タイプ名 保険料 円	タイプ名 保険料 円	保険料⑥ 円

「有」の場合、裏面に具体的な内容をご記入ください。

*他の保険契約等とは、ご加入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。

合計保険料欄 (①~⑥の合計)	円
--------------------	---

健康状態告知書

以下のご質問をよくお読みいただき、ご回答は表面の「★健康状態告知ご回答欄」にご記入ください。

医療補償 所得補償 にご加入の方

質問1

●告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中、または入院が手術をすすられていますか。

あり → **申し訳ございませんが、お引受けできません。**

なし → **質問2**

●告知日(ご記入日)より過去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。

あり → **申し訳ございませんが、お引受けできません。**

なし → **質問3**

〈所得補償のみ〉

告知日(ご記入日)より過去2年以内に

- 「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」と医師に診断されたことがありますか。
- 「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」のため、医師から検査^(注)・治療(投薬の指示を含みます)を受けるように指導されたことがありますか。

(注) 検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「あり」となります。

※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

がん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成

1つ以上あり → **申し訳ございませんが、お引受けできません。**

全てなし → **お引受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。**

がん補償 にご加入の方

質問1

●今までに「がん」または「上皮内がん」*1と医師に診断されたことがありますか。

*1「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

がん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成

あり → **申し訳ございませんが、お引受けできません。**

なし → **質問2**

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。

①健康診断・人間ドックにおいて以下の検査を受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常(要治療・要精密検査・1年以内の要再検査をいいます。)を指摘されたこと

- ・上部消化管エックス線検査(または内視鏡検査)
- ・胸部エックス線検査
- ・乳房エックス線(マンモグラフィ)検査
- ・乳房超音波検査
- ・子宮頸部の細胞診
- ・便潜血検査
- ・しゅようマーカー(CEA・AFP・CA19-9・PSA等)
- ・CT検査
- ・MRI検査
- ・PET検査
- ・肝炎ウイルス検査(HBs抗原・HCV抗体)
- ・腹部超音波検査
- ・その他のがん検診

②医師の診察の結果、別表の病気や所見、症状により継続して診察(服薬・治療を含みます)・検査を受けるように指導されたこと

なし → **お引受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。**

1つ以上あり → **申し訳ございませんが、お引受けできません。**

介護補償 にご加入の方

質問1

●以下(1)~(3)のいずれかに該当しますか。

(1)現在「歩行」「食事」「排せつ」「入浴」「衣服の着替え」「店での買い物」「公共の交通機関の利用」のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要とする。

(2)今までに、公的介護保険の要介護・要支援の認定申請をしたことがある。

(3)今までに、認知症、軽度認知障害(MCI)もしくはそれらの疑い またはがん(悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫を含み、上皮内がんを除きます)で、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがある。

●告知日(ご記入日)より過去1年以内に病気やケガで入院をしたことまたは手術を受けたことはありますか。

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に下表の病気であると医師に診断されたこと、または下表の病気のため医師から検査^(注)・治療(投薬の指示を含みます)を受けるように指導されたことはありますか。

(注) 検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。

お引き受けできない病気	
・肝硬変	・脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)
・脳しゅよう	・心筋梗塞
・心不全	・心房細動
・糖尿病(高血糖・糖尿病の合併症を含みます)	・うつ病
・双極性障害(躁うつ病)	・統合失調症
・アルコール依存症	・パーキンソン病
・アルツハイマー病	・レビー小体病
・前頭側頭葉変性症	・ビック病
・(骨折歴を伴う)骨粗しょう症	・関節炎(リウマチ性、変形性)

全てなし → **お引受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。**

1つ以上あり → **申し訳ございませんが、お引受けできません。**

がん保険金 受取人氏名・続柄

※がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合にご記入ください。

*被保険者本人 1	がん保険金受取人氏名 1	(カナ) ----- (漢字) -----	被保険者本人からみた続柄(表面ご参照)
*被保険者本人 2	がん保険金受取人氏名 2	(カナ) ----- (漢字) -----	被保険者本人からみた続柄(表面ご参照)
*被保険者本人 3	がん保険金受取人氏名 3	(カナ) ----- (漢字) -----	被保険者本人からみた続柄(表面ご参照)

*被保険者本人が満15歳未満の場合には、親権者・後見人等(後見人・保佐人・補助人)の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わってご記入ください。

他の保険契約等^(※) 具体的な内容をご記入ください。

(※) 他の保険契約等とは、ご加入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。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日(補償の満了する日)	保険金額・支払限度額(ご契約金額)(万円)
(例) 保険太郎	○×生命保険	医療保険	20●●年1月1日	入院5,000円、通院3,000円

別表 (がん補償)お引受けできない病気や所見・症状

(表面★健康状態告知ご回答欄にご回答いただく際に使用します。)

病気や所見	別表
ポリープ・しゅよう等	しゅよう*2、結節*2、腫瘍*2(しゅりゅう)、GIST(ジスト、ギスト)、カルチノイド、異形成、白板症、多発性ポリープ(ポリポージス)*3、病理検査や細胞診での異常
消化器系の病気	肝硬変、慢性肝炎、肝機能障害(入院や治療を伴うもの)、慢性アルコール性肝機能障害、NASH(非アルコール性脂肪肝炎)、アルコール性肝炎、門脈圧亢進症、食道静脈瘤
呼吸器系の病気	COPD(慢性閉塞性肺疾患)、肺炎腫、慢性気管支炎、肺線維症、じん肺、けい肺、間質性肺炎
腎臓の病気	慢性腎機能障害、慢性腎不全、慢性腎炎、尿毒症
その他	B型肝炎ウイルスキャリア、C型肝炎ウイルスキャリア、貧血(鉄欠乏性貧血を除きます)
症状*4	しこり、出血(不正出血、喀血、吐血、下血、肉眼的血尿)、黄疸

*2 「がん、上皮内がん、または異形成」とは異なる病気と診断された場合は「なし」となります。
 *3 大腸などひとつの臓器に多数のポリープが存在する状態をいいます。
 *4 「がん、上皮内がん、もしくは異形成」とは異なる病気と診断された場合、またはその症状に対する診察(服薬・治療を含みます)・検査の結果、告知日時時点で医師による診察(服薬・治療を含みます)・検査が終了している場合は「なし」となります。

個人情報の取扱いに関するご案内

保険契約者である企業または団体は東京海上日動火災保険株式会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。東京海上日動火災保険株式会社および東京海上グループ各社は、本契約に関する個人情報、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、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されています。

①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立入、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること

②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること

③東京海上日動火災保険株式会社と東京海上グループ各社または東京海上日動火災保険株式会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること

④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受会社等に提供すること

⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること

⑥契約の安定的な運用を図るために、加入者の保険金請求情報等を契約者に対して提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)をご参照ください。

*5【介護補償の代理告知について】

介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を保険の対象とするときには、被保険者からのご依頼を受けた団体構成員が被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知内容が正しくない場合には、ご契約が解除され、保険金をお受取りいただけないことがあります。健康状態告知を行った方がご署名ください。

ご注意事項

1. 本内容は健康状態に関する回答です。ご加入いただく補償のみご回答ください。ご回答内容・ご署名は、ボールペンでもれなくご記入ください。

2. 加入依頼書のタイプ欄に記載いただいた補償と健康状態告知書でご回答いただいた補償と異なる場合は、加入依頼書のタイプ欄に記載いただいた補償についてのみ、ご加入のお申込みがあったものとして取扱います。