

天生命保険株式会社 御中

保険契約者は、貴社の団体信用生命保険普通保険約款にもとづき、被保険者の同意を得て下記の商品への加入を申込みます。下記の告知記載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。なお、この記載事項が事実と相違した場合は契約を解除されても異議ありません。  
 保険者は「被保険者のしおり」を受領し、「契約概要」「注意喚起情報」の内容、および「個人情報のお取り扱いについて」を含む記載の内容を確認・了知し、この保険の保障内容・加入内容が「らの意向（ニーズ）」に合致していることを確認したうえで、この申込書兼告知書に自署し、保険契約への加入を申込みます。また、「注意喚起情報」の中の「告知に関する重要事項について」の内容を確認・了知のうえ、下記告知事項欄にありのままを正確にもれなく告知したことを確認しました。

|           |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 告知日（申込日）  | 西暦 2025 年 11 月 4 日 | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>お申込み商品</p> <p>選択した商品（○）は以下です。</p> <p>A 【50%保障がん団信（全疾病特約付）】</p> <p>B 【100%保障がん団信（全疾病特約付）】</p> <p>C 【全疾病特約付団信】</p> <p>D 【団体信用生命保険（主契約のみ）】</p> <p>E 【50%保障がん団信（全疾病特約付）付加】</p> <p>F 【100%保障がん団信（全疾病特約付）付加】</p> <p>G 【全疾病特約付加】</p> </div> |
| 被保険者名（自署） | フリガナ / 姓 名         |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 性別        | 男 女 満年齢 28 歳       |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 生年月日      | 西暦 1997 年 4 月 12 日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 夫婦連生団信    | 申込み → 相手方 氏名 姓 名   |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

※夫婦連生団信にお申込みの場合、本人と相手方のそれぞれから「申込書兼告知書」の提出が必要となります。  
 ※夫婦連生団信は金利（0.2%）上乗せになります。

下記についてお尋ねします。各項目の質問事項につき、1つ以上「あり」となる場合には、詳細告知事項をご記入ください。

| 告知事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                      | あり                               | なし                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 現在までに、「悪性新生物（がん・肉腫・リンパ腫・白血病・骨髄腫を含みます）」と診断されたことがありますか。                                                                                | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 告知日より過去3ヵ月以内に、医師の診察・検査（検査結果が「異常なし」の場合を除きます）・治療・投薬・指示・指導を受けたことがありますか。                                                                 | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 告知日より過去3年以内に、以下の病気やそのうたがいで、医師の診察・検査（検査結果が「異常なし」の場合を除きます）・治療・手術・投薬・指示・指導を受けたことがありますか。                                                 | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| <b>心臓・血圧</b><br>狭心症、心筋こうそく、心房細動、心臓弁膜症、先天性心臓病、心筋症、心不全、心筋炎、不整脈、高血圧症<br><b>脳・精神・神経</b><br>脳卒中（脳こうそく・脳出血・くも膜下出血・脳動脈硬化症）、脳動脈瘤、精神疾患、うつ病、神経症、不眠症、てんかん、認知症、知的障がい<br><b>肺・気管支</b><br>肺炎腫、肺結核、ぜんそく、慢性気管支炎<br><b>胃・腸</b><br>かいよう性大腸炎、クローン病<br><b>肝臓・すい臓</b><br>肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）、肝硬変、肝機能障害、すい炎<br><b>腎臓</b><br>腎炎、ネフローゼ、腎不全、慢性腎臓病<br><b>目</b><br>緑内障、角膜疾患、網膜疾患<br><b>しゅよう</b><br>しゅよう、ポリープ、上皮内がん<br><b>糖尿病</b><br>糖尿病、耐糖能異常、高血糖<br><b>次にかける病気</b><br>こうげん病、免疫不全症、アルコール依存症、リウマチ、貧血症、紫斑病<br><b>女性の方のみ告知いただく病気</b><br>子宮筋腫、卵巣のう腫、乳腺症<br><b>☑にお申込みの方のみ告知いただく病気</b><br>がん、肉腫、リンパ腫、白血病、骨髄腫 |                                                                                                                                      |                                  |                                  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 今現在、手・足の欠損または機能に障がいがありますか。または背骨（脊柱）・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。                                                                       | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/>            |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 告知日より過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、異常（要再検査・要精密検査・要治療・要医療）を指摘されたことがありますか。<br>※再検査・精密検査の結果、「異常なし」という診断であり、医師より経過観察も不要で診察終了と言われた場合は「なし」に該当します。 | <input type="radio"/>            | <input checked="" type="radio"/> |

| 詳細告知事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ■病気やけがの名前、障がいの内容等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| ■治療（診察・検査・指示・指導を含む）、投薬期間<br>西暦 年 月 日～西暦 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| ■入院の有無 <input checked="" type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり<br>西暦 年 月 日～西暦 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| ■手術の有無 <input checked="" type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり 手術日：西暦 年 月 日<br>手術の名前または部位                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| ■病状経過<br>●完治年月：西暦 年 月頃 ●中断年月：西暦 年 月頃<br>●治療中・中断の場合、現在の症状・検査結果・治療内容（指示・指導を含む）・投薬内容（薬剤名・量）などをご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| ■高血圧症の場合、ご記入ください。<br>●最高血圧： mmHg ●最低血圧： mmHg<br>●使用中の薬の名前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| ■高脂血症・脂質異常症の場合、ご記入ください。<br>●LDLコレステロール： mg/dl<br>●HDLコレステロール： mg/dl<br>●中性脂肪（TG）： mg/dl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| ■糖尿病・耐糖能異常・高血糖の場合、ご記入ください。<br>●HbA1c： % ●空腹時血糖値： mg/dl<br>●使用中の薬の名前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| ■告知事項5で「あり」の場合、指摘を受けた項目に☑を入れて、検査結果をご記入ください。その他の場合は、指摘のあった検査項目名、検査数値、指摘内容等をご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> 高血圧症<br>●最高血圧： mmHg ●最低血圧： mmHg<br><input type="checkbox"/> 糖尿病・耐糖能異常・高血糖<br>●HbA1c： % ●空腹時血糖値： mg/dl<br><input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 高脂血症・脂質異常症<br>●GOT（AST）： IU/l ●LDLコレステロール： mg/dl<br>●GPT（ALT）： IU/l ●HDLコレステロール： mg/dl<br>●γ-GTP： IU/l ●中性脂肪（TG）： mg/dl<br><input type="checkbox"/> 便潜血： <input checked="" type="radio"/> 陽性<br><input type="checkbox"/> その他 |  |

ご記入漏れがないかをもう一度ご確認ください。  
 ※保険金額（融資金額）が1億円を超える場合は、生命保険会社所定の健康診断結果証明書の提出が必要となります。

|               |                       |             |                               |                                            |  |     |    |
|---------------|-----------------------|-------------|-------------------------------|--------------------------------------------|--|-----|----|
| 会社使用欄         | 初期（借入予定日）<br>西暦 年 月 日 | 保険期間<br>年 月 | 保険（借入）金額<br>百万 千 円<br>0 0 0 0 | 条件付承諾の確認欄<br>不可となった特約 契約形態<br>全疾病 がん 連生 単生 |  | 通信欄 | 承諾 |
| 被保険者番号（左づめ記入） |                       |             |                               |                                            |  |     |    |