

告知事項（追加用）

※告知事項が3つ以上の場合にご使用ください。

【ご留意事項】

- ・必ず団体信用生命保険申込書兼告知書に添付してご提出ください。（後日の追加提出はできません）
- ・必ず被保険者ご本人がご記入ください。
- ・お客さま控えはございませんので、ご自身でコピーを取り保管してください。
- ・申込書兼告知書と同様、消せるボールペンは使用できません。
- ・申込書兼告知書と同じお名前の記入・ご印鑑の押印をお願いいたします。

被保険者氏名

（法人の場合は代表者）

個人印

* 告知事項の3項目以上について(1)～(5)まで、すべてご記入ください。

| 3 | 告知事項③ | 告知事項④ | 告知事項⑤ |
|-----|--|--|--|
| (1) | 【病気やけがの正式な名前、障害の内容・原因】 [] | 【病気やけがの正式な名前、障害の内容・原因】 [] | 【病気やけがの正式な名前、障害の内容・原因】 [] |
| (2) | 【治療・投薬を受けた年月または期間】 平成 年 月から 平成 年 月まで | 【治療・投薬を受けた年月または期間】 平成 年 月から 平成 年 月まで | 【治療・投薬を受けた年月または期間】 平成 年 月から 平成 年 月まで |
| (3) | 【入院の有無および期間】 なし 平成 年 月から あり 平成 年 月まで 約 日間 | 【入院の有無および期間】 なし 平成 年 月から あり 平成 年 月まで 約 日間 | 【入院の有無および期間】 なし 平成 年 月から あり 平成 年 月まで 約 日間 |
| (4) | 【手術の有無および名前または部位】 なし あり | 【手術の有無および名前または部位】 なし あり | 【手術の有無および名前または部位】 なし あり |
| (5) | 【症状経過】 完治 最終検診年月 治療中 平成 年 月 現在の症状・治療・障害内容等をご記入ください。 | 【症状経過】 完治 最終検診年月 治療中 平成 年 月 現在の症状・治療・障害内容等をご記入ください。 | 【症状経過】 完治 最終検診年月 治療中 平成 年 月 現在の症状・治療・障害内容等をご記入ください。 |

【該当者のみご記入欄】

4 * ③(1)記載の病気が以下の場合は、該当する病気の欄にのみご記入ください。

| | | |
|-----|---|----------------------------------|
| (1) | 【高血圧症】 最近の血圧値 最高 mmHg/最低 mmHg | 【高血圧症の場合にはご記入ください（完治の場合を含む）】 |
| (2) | 【糖尿病】 HbA1c % インスリン治療 なし あり いずれかを○でお囲みください。 最近の空腹時血糖値 mg/dl | 【糖尿病の場合にはご記入ください（完治の場合を含む）】 |
| (3) | 【肝臓に関する病気】 GOT (AST) IU/l GPT (ALT) IU/l γ-GTP IU/l | 【肝臓に関する病気の場合にはご記入ください（完治の場合を含む）】 |

| | | |
|-----------|------|-------|
| 公庫 記入欄 | 支店名 | 支店コード |
| | 貸付番号 | |