

# 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

**C** \*告知事項の3項目以上について(ア)～(オ)まで、すべてご記入ください。

	告知事項③	告知事項④	告知事項⑤
(ア) 病気・けがの正式な名前、障がいの内容・原因			
(イ) 診察・治療・投薬を受けた年月または期間	昭.平.令 年 月から 昭.平.令 年 月まで	昭.平.令 年 月から 昭.平.令 年 月まで	昭.平.令 年 月から 昭.平.令 年 月まで
(ウ) 入院の有無および期間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 昭.平.令 年 月から 昭.平.令 年 月まで 約 日間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 昭.平.令 年 月から 昭.平.令 年 月まで 約 日間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 昭.平.令 年 月から 昭.平.令 年 月まで 約 日間
(エ) 手術の有無および手術名または手術部位	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
(オ) 症状経過	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 最終検診年月 昭.平.令 年 月	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 最終検診年月 昭.平.令 年 月	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 最終検診年月 昭.平.令 年 月
現在の症状・治療・障がい内容等をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> その他

## D 【高血圧症】【糖尿病】【肝臓に関する病気】

の方（完治の場合を含む）は該当欄をご記入ください。

高血圧症の方	最近の血圧値 最高 mmHg / 最低 mmHg
糖尿病の方	HbA1c % インスリン治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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
肝臓に関する病気の方	GOT (AST) IU/ℓ    GPT (ALT) IU/ℓ    γ-GTP IU/ℓ

公庫 記入欄	支店名	支店コード
	貸付番号	