

生保記入欄	
自治体コード	加入番号

申込者（被保険者）告知書

（心身障害者扶養共済制度）

都道府県・指定都市記載欄		
①	②	③
一口目加入	二口目加入	1と2の同時加入

- 「重要事項のご説明」の内容（個人情報の取扱いを含む）を確認・承知し、心身障害者扶養共済制度における保険契約の被保険者となることに同意のうえ、署名・押印しました。
- 下記の事項は事実に相違ありません。

知事（市長）殿

告知日（記入日）	令和 年 月 日	*告知書有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内	
申込（加入）にあたって	申込者は、以下の事項について心身障害者に対して説明し、この制度に加入することの同意を得ました。 ・申込者が死亡し、または重度障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保険金」が支払われること ・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「弔慰金給付保険金」が支払われること		<input type="checkbox"/> ← 心身障害者の同意を得た後に押印してください。
フリガナ		性別	生年月日
申込者氏名	(姓) (名)	① 男 ② 女	① 昭和 ② 平成 ③ 令和 年 月 日
フリガナ		性別	生年月日
心身障害者氏名	(姓) (名)	① 男 ② 女	① 大正 ② 昭和 ③ 平成 ④ 令和 年 月 日
障害の種類・程度	① 身体障害 ① 1級 ② 2級 ③ 3級 ② 知的障害 ① A ② B ③ 精神障害 ① 1級 ② 2級 ④ その他 ① その他	申込者の心身障害者との続柄 ① 配偶者 ② 父母 ③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族 申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由	

申込者の告知（心身障害者にかかる告知ではありません）

最近の健康状態	①最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術をすすめられたことがありますか。 * はいの場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ																		
過去5年以内の健康状態	②過去5年以内に、病气やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 * はいの場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ																		
	③過去5年以内に、下記の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 ある場合は右の はい を○で囲んだうえ、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ																		
	<table border="1"> <tr> <td>心臓・血圧</td> <td>狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症（※1）</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>脳・精神・神経</td> <td>脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>肺・気管支</td> <td>ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核</td> <td>腎・泌尿器 腎炎・ネフローゼ・腎不全</td> </tr> <tr> <td>食道・胃腸・すい臓</td> <td>胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎</td> <td>眼・耳・鼻 緑内障・網膜の病气・角膜の病气</td> </tr> <tr> <td>肝臓・胆のう</td> <td>肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変・肝機能障害</td> <td>がん・しゅよう がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>糖尿病（※2）・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症</td> <td> </td> </tr> </table>	心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症（※1）		脳・精神・神経	脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症		肺・気管支	ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核	腎・泌尿器 腎炎・ネフローゼ・腎不全	食道・胃腸・すい臓	胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎	眼・耳・鼻 緑内障・網膜の病气・角膜の病气	肝臓・胆のう	肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変・肝機能障害	がん・しゅよう がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ	その他	糖尿病（※2）・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症			
心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症（※1）																				
脳・精神・神経	脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症																				
肺・気管支	ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核	腎・泌尿器 腎炎・ネフローゼ・腎不全																			
食道・胃腸・すい臓	胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎	眼・耳・鼻 緑内障・網膜の病气・角膜の病气																			
肝臓・胆のう	肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変・肝機能障害	がん・しゅよう がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ																			
その他	糖尿病（※2）・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症																				
	④過去5年以内に、上記③以外の病气やけがで2週間以上にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 * はいの場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ																		
身体障害	⑤現在身体に障害はありますか。はいの場合、該当するところを○で囲んだうえ、「障害の原因・部位・程度等」欄に詳細を記入してください。	はい	いいえ																		
	<table border="1"> <tr> <td>機能障害</td> <td>目・耳・言語・そしゃく</td> <td rowspan="3">障害の原因・部位・程度等</td> <td>発症時期</td> </tr> <tr> <td>欠損</td> <td>手・足・手指・背骨（脊柱）</td> <td>障害の原因</td> </tr> <tr> <td>変形</td> <td>手・足・手指・背骨（脊柱）</td> <td>障害の部位</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>障害程度</td> </tr> </table>	機能障害	目・耳・言語・そしゃく	障害の原因・部位・程度等	発症時期	欠損	手・足・手指・背骨（脊柱）	障害の原因	変形	手・足・手指・背骨（脊柱）	障害の部位				障害程度						
機能障害	目・耳・言語・そしゃく	障害の原因・部位・程度等	発症時期																		
欠損	手・足・手指・背骨（脊柱）		障害の原因																		
変形	手・足・手指・背骨（脊柱）		障害の部位																		
			障害程度																		

【詳細記入欄】

上記①～④に はい があった場合には、その内容についてそれぞれ詳細を記入してください。その内容が「高血圧症（※1）」・「糖尿病（※2）」の場合は、数値等も記入してください。なお、記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください。

はい をつけた該当番号	① ・ ② ・ ③ ・ ④	① ・ ② ・ ③ ・ ④
病气やけがの名前・検査結果		
診察・検査・治療・投薬を受けた期間	年 月から 年 月	年 月から 年 月
入院の有無・期間	無・有（ 年 月から 年 月）	無・有（ 年 月から 年 月）
手術の有無（手術の名前、または内容・部位）	無・有（ ）	無・有（ ）
症状経過	完治・治療中・検査中・検査終了（異常なし）・経過観察中	完治・治療中・検査中・検査終了（異常なし）・経過観察中
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名		
	（※1）高血圧症の場合は記入してください 最近の血圧 最大 mmHg 最小 mmHg	（※2）糖尿病の場合は記入してください 最近の空腹時血糖値 mg/dl 治療方法（ ）

生保記入欄	
-------	--

◆ 申込者(被保険者)告知書のご記入の際にご留意いただきたい事項 ◆

- 下記の記入例をご参照のうえ、油性の黒ボールペンにて楷書で申込者様ご自身が記入してください。
- 記入箇所を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で消したうえ、申込者様の訂正印（申込者欄に押印されたご印鑑）を必ず押印してください。
- 健康状態によっては、加入をお断りする場合があります。
- 万一、故意または、重大な過失によって事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合には、ご契約が解除されたり、または、無効となり、年金等をお支払いできないことがあります。
- 様式は、コピー（カラー含む）して使用することができません。必ず、配布されたものをご使用ください。

記入例

各項目中の質問につき、1つ以上「はい」となる場合は「はい」に、すべて「いいえ」となる場合は「いいえ」に○をしてください。

生保記入欄 記号コード 加入番号	申込者(被保険者)告知書 (心身障害者扶養共済制度)	郡市町区・指定都市記号欄 ① ② ③ 一〇日加入 二〇日加入 三〇日加入
------------------------	--------------------------------------	--

「重要事項のご説明」の内容(個人情報の取扱いを含む)を確認・承知し、心身障害者扶養共済制度における保険契約の被保険者となることに同意のうえ、署名・押印しました。
下記の事項は事実と相違ありません。

〇 〇 〇 知事(市長)殿

告知日(記入日)	令和 2 年 4 月 24 日	※告知書有効期間は、加入希望月の2ヶ月以内
申込(加入)にあたって	申込者は、以下の事項について心身障害者に対して説明し、この制度に加入することの同意を得ました。 ・申込者が死亡し、または重度障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保険金」が支払われること ・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「遺族年金給付保険金」が支払われること	
フリガナ	ヤマ モト タロウ	性別 ① 男 ② 女 ③ 不明 生年月日 ① 昭和 ② 平成 ③ 令和 60年 1月 19日
申込者氏名	(姓) 山本 (名) 太郎	① 配偶者 ② 父母 ③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族
フリガナ	ヤマ モト ハナコ	性別 ① 男 ② 女 ③ 不明 生年月日 ① 昭和 ② 平成 ③ 令和 2年 2月 4日
心身障害者氏名	(姓) 山本 (名) 花子	① 配偶者 ② 父母 ③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族
障害の種類・程度	① 身体障害 ② 1級 ③ 2級 ④ 3級 ⑤ 知的障害 ⑥ A ⑦ B ⑧ 精神障害 ⑨ 1級 ⑩ 2級 ⑪ その他 ⑫ ⑬	申込者の心身障害者と続柄 ① 配偶者 ② 父母 ③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族 配偶者なし、父死亡 母病弱のため
申込者の告知(心身障害者にかかる告知ではありません)		
最近の健康状態	① 最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術をすすめられたことがありますか。 ② 過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 ③ 過去5年以内に、下記の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 ある場合は④の「はい」を○で囲んだうえ、下記「詳細記入欄」に記入してください。	
過去5年以内の健康状態	④ 過去5年以内に、上記③以外の病気やけがで2週間以上にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 ⑤ 現在身体に障害がありますか。「はい」の場合は、該当するところを○で囲んだうえ「障害の種類、程度、期間」に詳細を記入してください。	
身体障害	機能障害 (目・耳・言語・そしやく) 発症時期 平成 5 年 欠損 (手・足・手指・指) 障害の原因 交通事故 変形 (手・足・手指・指) 障害の部位 左手手関節 発症時期 発症	
【詳細記入欄】 上記①～④に「はい」があった場合には、その内容についてそれぞれ詳細を記入してください。その内容が「高血圧症(※1)」「糖尿病(※2)」の場合は、数値等も記入してください。なお、記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください。		
「はい」をつけた該当番号	① ② ③ ④	① ② ③ ④
病気やけがの名前・検査結果	高血圧症	十二指腸かいよう
診察・検査・治療・投薬を受けた期間	平成 22 年 7 月から 年 月	平成 29 年 2 月から 平成 29 年 10 月
入院の有無・期間	有 (年 月 から 年 月)	無 (平成 29 年 3 月から平成 29 年 3 月)
手術の有無(手術の名前、または部位)	有 ()	無 (十二指腸かいよう)
症状経過	完治 () 治療中 () 検査中 () 検査終了(異常なし) 経過観察中 ()	完治 () 治療中 () 検査中 () 検査終了(異常なし) 経過観察中 ()
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名	田中クリニック	虎ノ内大学付属病院
	(※1) 高血圧症の場合は記入してください 最大の血圧 126 mmHg 最小の血圧 90 mmHg	(※2) 糖尿病の場合は記入してください 最近の空腹時血糖値 mg/dl 治療方法 ()

◆告知日
告知書を記入した年月日を記入してください。なお、告知日は加入希望月の2ヶ月以内であることが必要です。

◆申込(加入)にあたって
心身障害者の同意を得た後に押印してください。

◆申込者氏名・性別・生年月日
・申込者様のご署名、記入して下さい。
・性別・年号はいずれかに○をしてください。

◆心身障害者について
心身障害者のことについて記入してください。
◆障害種類・程度について
心身障害者について、該当する障害の種類・程度の項目の番号を○で囲んでください。
◆配偶者・父母以外の申込みの場合
・配偶者・父母の有無。
・有の場合は、その人が加入者とならない理由を記入してください。

◆①について
医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。
◆②の「過去5年以内の入院」について
入院日ではなく、退院日より起算して5年以内となります。
◆③について
表の病気に関しては、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。
◆④について
医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。

- ◆【詳細記入欄】について
告知事項①～④で「はい」に該当する場合必ず詳細事項を記入してください。
- ◆「病気やけがの名前・検査名・検査結果」、「手術の名前、または部位・受傷の部位」について
医師からお聞きになっている名称・内容を記入してください(正確にわからない場合はわかる範囲で記入してください)。
- ◆「診察・検査・治療・投薬を受けた期間」について
治療中の場合は、開始年月日のみ記入してください。
- ◆記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください

- 【告知の必要のない傷病等について】
- ◆医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤服用
 - ◆医師に処方されていない市販の薬の服用 ◆医師の治療を受けていない疾病
 - ◆歯科医師による虫歯の治療 ◆完治したかぜ ◆正常分娩 ◆おたふくかぜ ◆水ぼうそう
 - ◆手術により完治した虫垂炎 ◆円形脱毛症 ◆花粉症 ◆水虫 ◆色覚異常

- ・「2週間以上にわたる診察等」について
初診から治療終了までの期間が2週間以上の場合をいいます。
例) 初診4月1日、2回目診察4月14日で治療終了の場合
→14日以上診察に該当しますので「はい」に○をしてください。
- ・「2週間以上にわたる投薬」について
例) 医療機関で2週間分の薬を処方された場合
→2週間以上の投薬に該当しますので「はい」に○をしてください。