

文部科学省共済組合福祉事業 団体傷害保険 加入申込カード（兼健康状態告知書）

（医療保険基本特約・疾病保険特約・介護一時金支払特約・親介護費用補償特約セット団体総合保険）

必ずご記入ください。

申込日：2024年 月 日

ご契約期間：2024年12月1日～2025年12月1日

ご加入にあたり、共済組合員欄、被保険者欄、加入タイプ・オプションなど必要事項をご記入いただき署名のうえ、ご提出ください。
（現在のご加入内容を変更されない場合は、この書類のご提出は不要です。）
☆印と★印の事項は、ご加入にあたってお申し出いただく重要な事項（告知事項）です。
「☆印と★印」以外の箇所を訂正する場合は、訂正印不要です。
詳しくはご記入例をご確認ください。

共 済 組 合 員 欄	長期組合員番号		☆職 種		【詳細版】パンフレット記載の「重要事項説明書」「健康状態告知ガイド」（オプション《病気の補償・本人介護・親介護》）および「ご加入内容確認事項（意向確認事項）」を確認し、「個人情報の取扱いに関する説明事項」に同意のうえ加入を申し込みます。
	機 関 名	Hello, World!	A 1：教育系 B 1：運転手 A 2：事務系 B 2：農林系 A 3：保安系 その他 A 4：医療系 （ ） A 5：船舶系		
	所 属 ・ 部 局 名	Hello, World!			
	フリガナ	Hello, World!	性 別	生年月日（西暦）	
	氏 名	Hello, World!	男・女	A 年 B 月 C 日	AAAAA

提出用

A.新規加入組合員向け おすすめタイプ①（ケガの補償）

（左記A以外のプランでご加入を希望する場合）
保険料や記載方法などをシミュレーションツールからご確認ください。

被保険者（ご本人）欄						パーソナル タイプ P0	賠 償 責任補償	合 計 保険料	申込み 確 認
番 号	フリガナ 氏 名	★性別	共済組合員 との続柄	生年月日 （西暦）	★満年齢※1 （12月1日時点）				
1	上記共済組合員欄と同じ※2				歳	860円	110円	970円	左記内容で 申込み※2



※1：2024年12月1日時点の満年齢をご記載ください。
※2：2カ所、○をしてください。

B.パーソナルタイプ（上記A以外のプランでご加入を希望する場合）

被保険者（ご本人）欄						パーソナル タイプ	オプション		オプション(病気の補償)				オプション(本人介護)	
番号	フリガナ 氏 名	★性別	共済組合員との 続柄(コード)	生年月日 (西暦)	★満年齢 (12月1日時点)		賠 償 責任補償 110円	被 害 事故補償 20円	ホールインワン・ アルパトロス費用 230円	加 入 コース ①～③	三大疾病 の一時金 償	葬祭費用 の補償	☆健康状態 告知※3	本人介護 補償 ※4
1		男・女			歳							全 て は い		全 て は い
2		男・女			歳							全 て は い		全 て は い
3		男・女			歳							全 て は い		全 て は い

オプション 親介護費用 の 補 償	
父	母

父と母両方に付帯する
場合は両方に○を付け
てください。このオプ
ションは組合員本人の
父母（血族）のみ加入
できます。

C.ファミリータイプ

ファミリータイプ F 1 5,780 円	ファミリータイプ F 2 7,460 円	オプション ホールインワン・アルバトロス費用 250 円

※3：健康状態告知については、下記事項を必ずご確認のうえ、ご回答ください。

オプション（親介護費用の補償）に加入する場合の記入欄				
父	フリガナ	生年月日（西暦）	★性別	☆健康状態告知※4
	氏名		男・女	全 て は い
母	フリガナ	生年月日（西暦）	★性別	☆健康状態告知※4
	氏名		男・女	全 て は い

※4：健康状態告知については、下記事項を必ずご確認のうえ、ご回答ください。

共済組合員 との 続柄コード	01 本人	03 子	06 同居の親族
	02 配偶者 （同性P・内縁を含む）	04 親	07 同居の家事従業者
		05 同居の兄弟姉妹	08 別居の兄弟姉妹

共済組合員（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャ
パン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）
に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

必ずご記入ください。

月額合計保険料

円

（ご注意）
・パーソナルタイプにご加入の場合、共済組合員以外の方は、共済組合員より高額なタイプにはご加入いただけません。
・オプションの「賠償責任補償」をセットされた場合、ご家族全員がオプションの被保険者となります。ご家族の範囲等、詳しくは【詳細版】パンフレットをご確認ください。

オプション(病気・本人の介護補償)、(親介護費用の補償)を希望する場合は以下もご記入ください。

文部科学省共済組合 御中 本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また加入申込カード(兼健康状態告知書)の裏面に記載の(損害保険ジャパン株式会社 宛) 「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、共済組合員(加入者)、被保険者、告知者(親介護費用補償の場合は保険金受取人(被保険者))、補償の対象者ともに同意します。

◆ オプション(病気・本人介護の補償)にご加入、または加入コースを増額変更(三大疾病の一時金補償、葬祭費用の補償をセットさせる場合を含みます。)される場合

○健康状態告知書が必要となります。下記告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※1)欄にお答えください。
なお、告知事項に1項目でも「いいえ」がある場合は、ご希望のプランのご加入、または加入コースの増額変更などはできません。

○万一、正しく告知いただけなかった場合、保険金をお支払できないことや契約を解除することがありますので、事実をありのままにお答えください。
【①共済組合員本人やご家族(配偶者、子供、両親、同居の親族(兄弟姉妹、親族)が加入する場合】
→共済組合員本人が、必ずご家族(配偶者、子供、両親、同居の親族(兄弟姉妹、親族))に下記の告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※1)欄にお答えください。下記☆告知日と☆告知者署名欄に共済組合員(告知者)のご署名をお願いいたします。
【②別居の兄弟姉妹・同居の家事従事者が加入する場合】
→加入される本人が、下記の告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※1)欄にお答えください。下記☆告知日と☆告知者署名欄に加入される本人自ら(告知者)のご署名をお願いいたします。

番号/被保険者名	1/	2/	3/	4/	5/
☆告知日	2024年 月 日	2024年 月 日	2024年 月 日	2024年 月 日	2024年 月 日
☆告知者署名					

◆ オプション(親介護費用の補償)をセットされる場合

○健康状態告知書が必要となります。下記告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※2)欄にお答えください。
なお、告知事項に1項目でも「いいえ」がある場合は、ご加入いただけません。

○告知者(共済組合員)が補償の対象者名、告知日をご記入のうえ、告知者ご本人のご署名をお願いいたします。

番号/補償の対象者名(共済組合員の父母)	1/	2/
☆告知日	2024年 月 日	2024年 月 日
☆告知者(共済組合員)署名		

◆ 下記告知事項にご回答ください。ご加入いただく保険種類により質問事項が異なります。○印のある質問事項にご回答ください。

病気	三大疾病	本人介護	親介護		「オプション(病気・本人介護の補償)、オプション(親介護費用の補償)新・団体医療保険」告知事項 ※質問事項すべてに回答する場合のみ、ご加入いただけます。																		
○	○	—	—	質問1	告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ではありません。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※はありません。 ※ 医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。																		
○	○	—	—	質問2	告知日(ご記入日)から過去1年以内に、病気で継続して10日以上入院をしたことはありません。																		
				質問3	疾病補償で「三大疾病」を補償する特約(※)をセットする場合はこちらもご回答ください。 今までに、「がん」または「上皮内がん」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことはありません。 (注) 医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 「がん」、「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気 <table><tr><td>がん</td><td>悪性新生物</td><td>悪性しゅよう</td><td>白血病</td><td>肉腫</td><td>骨髄腫</td><td>悪性リンパ腫</td><td>骨髄異形成症候群</td><td>骨髄線維症</td></tr><tr><td>上皮内がん</td><td>上皮内新生物</td><td>C I S</td><td>C I N 3</td><td>子宮頸部高度異形成</td><td>H S I L</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (※) 三大疾病診断保険金支払特約、三大疾病入院保険金支払特約、等をいいます。	がん	悪性新生物	悪性しゅよう	白血病	肉腫	骨髄腫	悪性リンパ腫	骨髄異形成症候群	骨髄線維症	上皮内がん	上皮内新生物	C I S	C I N 3	子宮頸部高度異形成	H S I L			
がん	悪性新生物	悪性しゅよう	白血病	肉腫	骨髄腫	悪性リンパ腫	骨髄異形成症候群	骨髄線維症															
上皮内がん	上皮内新生物	C I S	C I N 3	子宮頸部高度異形成	H S I L																		
				質問4	本人の介護補償(介護一時金支払特約)・親の介護補償(親介護費用補償特約)をセットされる場合は、以下の質問についてご回答ください。 (1) 今までに、公的介護保険制度の要介護・要支援の認定を受けたこと、または認定の申請をした(※1)ことはありません。 (※1) 「申請予定」や「申請をした結果、認定を受けられなかった場合」を含みます。 (2) 次のいずれの項目にも該当していません。 ●告知日(ご記入日)現在、次のいずれかの行為の際に、頻度を問わず、他人の介助や補助用具(杖などを含みます。)の使用(※2)が必要になることがあります。 【歩行・食事・排せつ・入浴・衣類の着脱・公共交通機関を利用しての外出・店での買い物】 (※2) ご本人による使用を含みます。 ●今までに、医師より「認知症(軽度認知障害を含みます。)」と診断されたことがあります。 (注) 疑いの指摘を受けている場合や検査等の結果が判明していない場合を含みます。 (3) 告知日(ご記入日)現在、次のいずれにも該当していません。 【入院中・療養のため就床中(※3)・入院の予定(※4)がある】 (※3) 医師の指示による就床を指し、その期間および場所を問いません。 (※4) 医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。 (4) 告知日(ご記入日)から過去2年以内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状により医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことがあります。 (注) 医師より「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 <病気・症状一覧表> <table><tr><td>がん</td><td>悪性新生物</td><td>悪性しゅよう</td><td>白血病</td><td>肉腫</td><td>骨髄腫</td><td>悪性リンパ腫</td><td>骨髄異形成症候群</td><td>骨髄線維症</td></tr><tr><td>上皮内がん</td><td>上皮内新生物</td><td>C I S</td><td>C I N 3</td><td>子宮頸部高度異形成</td><td>H S I L</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 脳血管関係の病気 脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血・脳血栓) 肝臓の病気 慢性肝炎 肝硬変 腎臓の病気 慢性腎炎 腎不全 気管支・肺の病気 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 慢性気管支炎 肺炎腫 心臓関係の病気 心臓弁膜症 心筋こうそく 心筋炎 心筋症 狭心症 心不全 心肥大 不整脈(期外収縮・洞不全症候群・房室ブロック・脚ブロック・発作性上室性頻拍・心房細動・心房粗動・ペースメーカー埋込) 筋肉・骨の病気 筋ジストロフィー 骨折を伴う骨粗しょう症(※5) 変形性関節症(人工関節置換を含みます。) 眼の病気 緑内障 糖尿病性網膜症 加齢黄斑変性 失明 その他 糖尿病(合併症を含みます。) こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など) リウマチ熱 アルツハイマー病 厚生労働省指定の難病(※6)(指定難病に対する受給者証の交付を受けたことがある場合に限ります。) 精神および行動の障害(統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) パーキンソン病	がん	悪性新生物	悪性しゅよう	白血病	肉腫	骨髄腫	悪性リンパ腫	骨髄異形成症候群	骨髄線維症	上皮内がん	上皮内新生物	C I S	C I N 3	子宮頸部高度異形成	H S I L			
がん	悪性新生物	悪性しゅよう	白血病	肉腫	骨髄腫	悪性リンパ腫	骨髄異形成症候群	骨髄線維症															
上皮内がん	上皮内新生物	C I S	C I N 3	子宮頸部高度異形成	H S I L																		

*告知される方が、ご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。
(※5) 「骨折を伴う骨粗しょう症」とは骨折した時に「骨粗しょう症」になっていた場合を意味します。(単に「骨粗しょう症」と診断された場合は含みません。)
(※6) 厚生労働省指定の難病については、厚生労働省ホームページを参照してください。

ご確認・ご記入
いただく事項

【病気・三大疾病】
全て「はい」の方は、上表の健康状態告知欄(※1)にご回答ください。
(加入手続きをすすめてください)
●一つでも「いいえ」
→ご加入、コース増額変更などはできません。
●質問3の「いいえ」
→三大疾病の一時金補償はご加入いただけません。

【本人介護】
全て「はい」の方は、上表の健康状態告知欄(※2)にご回答ください。
(加入手続きをすすめてください)
●質問4の「いいえ」
→本人介護(介護一時金補償)はご加入いただけません。

【親介護】
全て「はい」の方は、上表の健康状態告知欄(※2)にご回答ください。
(ご加入手続きをすすめてください)
●質問4の「いいえ」
→親介護費用はご加入いただけません。

<重要>

- ★の項目は「告知事項」です。記入内容が事実と相違した場合は、ご契約を解除することや、保険金をお支払いできないことがありますので正確にご記入ください。
- 告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

裏面の告知事項にもご回答ください。

★パーソナルタイプおよびオプション（病気の補償）ご加入、または加入コースを増額変更（三大疾病の一時金補償、葬祭費用の補償をセットされる場合を含みます。）される場合次の①、②の質問事項について表面の被保険者（ご本人）欄の番号と同じ欄にご記入ください。「ある」に○印をつけた場合には、その内容をご記入ください。

番号	質問① この保険契約の被保険者ご本人についてケガに対する保険金などを受領または請求されるような事故が過去1年間にありましたか。	質問② この保険契約の被保険者ご本人について同種の補償を行う他の保険契約等*1 がありますか。
1	<div>ある</div> → 過去1年間の上記事故の合計回数 ()回	死亡・後遺障害保険金額の合計額*2 千円
		入院保険金日額の合計額 円
		通院保険金日額の合計額 円
		死亡・後遺障害保険金額の合計額*2 千円
2	<div>ある</div> → 過去1年間の上記事故の合計回数 ()回	入院保険金日額の合計額 円
		通院保険金日額の合計額 円
		死亡・後遺障害保険金額の合計額*2 千円
		入院保険金日額の合計額 円
3	<div>ある</div> → 過去1年間の上記事故の合計回数 ()回	通院保険金日額の合計額 円
		死亡・後遺障害保険金額の合計額*2 千円
		入院保険金日額の合計額 円
		通院保険金日額の合計額 円
4	<div>ある</div> → 過去1年間の上記事故の合計回数 ()回	死亡・後遺障害保険金額の合計額*2 千円
		入院保険金日額の合計額 円
		通院保険金日額の合計額 円
		死亡・後遺障害保険金額の合計額*2 千円
5	<div>ある</div> → 過去1年間の上記事故の合計回数 ()回	入院保険金日額の合計額 円
		通院保険金日額の合計額 円
		死亡・後遺障害保険金額の合計額*2 千円
		入院保険金日額の合計額 円

★ファミリータイプに新規にご加入いただく場合
次の①、②の質問事項についてご記入ください。「ある」に○印をつけた場合には、その内容をご記入ください。

番号	質問① この保険契約の被保険者についてケガに対する保険金などを受領または請求されるような事故が過去1年間にありましたか。	質問② この保険契約の被保険者について同種の補償を行う他の保険契約等*1 がありますか。
1	<div>ある</div> → 過去1年間の上記事故の合計回数 ()回	死亡・後遺障害保険金額の合計額*2 千円
		入院保険金日額の合計額 円
		通院保険金日額の合計額 円

* 1 ほかの保険契約等とは、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険の全部または一部に対して支払責任が同じである他の損害保険のご契約または共済契約をいいます。
* 2 死亡のみを補償する保険などの保険金額を含みます。

☆各被保険者ご本人が次の職業以外に従事している場合、職業・職種をご記入ください。
事務職・営業職・管理職（現場作業に従事しない方）・弁護士・医師・教員（一般の学校）、主婦、学生、無職の方

●パーソナルタイプ

被保険者 No	2	3	4	5
職業・職種（会社員・技術職）				

●ファミリータイプ

1

※ご記入いただいた職業により、保険料などが変更になることはございません。

- ・告知していただいた内容のご確認のため、本書面をコピーのうえ保管してください。
- ・告知していただいた内容をご確認される場合は、損保ジャパンまでご連絡ください。

●告知書の個人情報の取扱いに関する事項

損保ジャパンは、この告知書に記載された個人情報を、保険引受・支払いの判断、本契約の履行、等を行うこと（以下、「当社業務」と言います。）に利用します。また、下記①および②、当社業務上必要とする範囲で、取得・利用・提供を行います。

①損保ジャパンが、当社業務のために、業務委託先（保険代理店を含みます。）、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、等に提供を行い、またはこれらの者からの提供を受けることがあります。なお、これらの者には外国にある事業者等を含みます。

②損保ジャパンが、再保険契約の締結や再保険金等の受領のために、国内外の再保険会社等に提供を行うこと（再保険会社等から他の再保険会社等への提供を含みます。）があります。

なお、保健医療等のセンシティブ情報（人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪被害事実等の要配慮個人情報を含みます。）の利用目的は、法令等に従い、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します。

損保ジャパンの個人情報の取扱いに関する詳細（国外在住者の個人情報を含みます。）については損保ジャパン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）をご覧ください。か、募集文章掲載の取扱代理店または損保ジャパンまでお問い合わせください。

文部科学省共済組合福祉事業 団体傷害保険 加入申込カード（兼健康状態告知書）

（医療保険基本特約・疾病保険特約・介護一時金支払特約・親介護費用補償特約セット団体総合保険）

必ずご記入ください。

申込日：2024年 月 日

ご契約期間：2024 年 12 月 1 日～2025 年 12 月 1 日

ご加入にあたり、共済組合員欄、被保険者欄、加入タイプ・オプションなど必要事項をご記入いただき署名のうえ、ご提出ください。
（現在のご加入内容を変更されない場合は、この書類のご提出は不要です。）
☆印と★印の事項は、ご加入にあたってお申し出いただく重要な事項（告知事項）です。
「☆印と★印」以外の箇所を訂正する場合は、訂正印不要です。
詳しくはご記入例をご確認ください。

共 済 組 合 員 欄	長期組合員番号		☆職 種		【詳細版】パンフレット記載の「重要事項説明書」「健康状態告知ガイド」（オプション《病気の補償・本人介護・親介護》）および「ご加入内容確認事項（意向確認事項）」を確認し、「個人情報の取扱いに関する説明事項」に同意のうえ加入を申し込みます。
	機 関 名		A 1：教育系 B 1：運転手 A 2：事務系 B 2：農林系 A 3：保安系 その他 A 4：医療系 （ ） A 5：船舶系		
	所 属 ・ 部 局 名				
	フリガナ		性 別	生年月日（西暦）	ご署名欄
	氏 名		男・女	年 月 日	

共済支部
担当者様
用控え

A.新規加入組合員向け おすすめタイプ①（ケガの補償）

被保険者（ご本人）欄						パーソナル タイプ P0	賠 償 責任補償	合 計 保険料	申込み 確 認	
番 号	フリガナ 氏 名	★性別	共済組合員 との続柄	生年月日 （西暦）	★満年齢※1 （6月1日時点）					
1	上記共済組合員欄と同じ※2					歳	860円	110円	970円	左記内容で 申込み※2

※1：2024年12月1日時点の満年齢をご記載ください。

※2：2カ所、○をしてください。

（左記A以外のプランでご加入を希望する場合）
保険料や記載方法などをシミュレーションツールからご確認ください。

保険料シミュレーションツール



B.パーソナルタイプ（上記A以外のプランでご加入を希望する場合）

被保険者（ご本人）欄						パーソナル タイプ	オプション			オプション（病気の補償）				オプション（本人介護）	
番 号	フリガナ 氏 名	★性別	共済組合員との 続柄（コード）	生年月日 （西暦）	★満年齢 （12月1日時点）		賠 償 責任補償 110円	被 害 事故補償 20円	ホールインワン・ アルバトロス費用 230円	加 入 コース ①～③	三大疾病 の一時金 補 償	葬祭費用 の補償		本人介護 補償※4	
1		男・女			歳										
2		男・女			歳										
3		男・女			歳										

オプション
親介護費用
の 補 償

父	母

父と母両方に付帯する
場合は両方に○を付け
てください。このオプ
ションは組合員本人の
父母（血族）のみ加入
できます。

C.ファミリータイプ

ファミリータイプ F 1 5,780 円	ファミリータイプ F 2 7,460 円	オプション ホールインワン・アルバトロス費用 250 円

※3：健康状態告知については、下記事項を必ずご確認のうえ、ご回答ください。

オプション（親介護費用の補償）に加入する場合の記入欄

父	フリガナ		生年月日（西暦）	★性別	
	氏名			男・女	
母	フリガナ		生年月日（西暦）	★性別	
	氏名			男・女	

※4：健康状態告知については、下記事項を必ずご確認のうえ、ご回答ください。

共済組合員 との 続柄コード	01	本人	03	子	06	同居の親族
	02	配偶者 （同性P・内縁を含む）	04	親	07	同居の家事従業者
			05	同居の兄弟姉妹	08	別居の兄弟姉妹

共済組合員（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャ
パン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）
に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

必ずご記入ください。

月額合計保険料

円

（ご注意）
・パーソナルタイプにご加入の場合、共済組合員以外の方は、共済組合員より高額なタイプにはご加入いただけません。
・オプションの「賠償責任補償」をセットされた場合、ご家族全員がオプションの被保険者となります。ご家族の範囲等、詳しくは【詳細版】パンフレットをご確認ください。

オプション(病気・本人の介護補償)、(親介護費用の補償)を希望する場合は以下もご記入ください。

文部科学省共済組合 御中 本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また加入申込カード(兼健康状態告知書)の裏面に記載の(損害保険ジャパン株式会社 宛)「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、共済組合員(加入者)、被保険者、告知者(親介護費用補償の場合は保険金受取人(被保険者))、補償の対象者ともに同意します。

◆ オプション(病気・本人介護の補償)にご加入、または加入コースを増額変更(三大疾病の一時金補償、葬祭費用の補償をセットさせる場合を含みます。)される場合

○健康状態告知書が必要となります。下記告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※1)欄にお答えください。
なお、告知事項に1項目でも「いいえ」がある場合は、ご希望のプランのご加入、または加入コースの増額変更などはできません。

○万一、正しく告知いただけなかった場合、保険金をお支払できないことや契約を解除することがありますので、事実をありのままにお答えください。
【①共済組合員本人やご家族(配偶者、子供、両親、同居の親族(兄弟姉妹、親族)が加入する場合】
→共済組合員本人が、必ずご家族(配偶者、子供、両親、同居の親族(兄弟姉妹、親族))に下記の告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※1)欄にお答えください。下記☆告知日と☆告知者署名欄に共済組合員(告知者)のご署名をお願いいたします。
【②別居の兄弟姉妹・同居の家事従事者が加入する場合】
→加入される本人が、下記の告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※1)欄にお答えください。下記☆告知日と☆告知者署名欄に加入される本人自ら(告知者)のご署名をお願いいたします。

番号/被保険者名	1/	2/	3/	4/	5/
☆告知日	2024年 月 日	2024年 月 日	2024年 月 日	2024年 月 日	2024年 月 日
☆告知者署名					

◆ オプション(親介護費用の補償)をセットされる場合

○健康状態告知書が必要となります。下記告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※2)欄にお答えください。
なお、告知事項に1項目でも「いいえ」がある場合は、ご加入いただけません。

○告知者(共済組合員)が補償の対象者名、告知日をご記入のうえ、告知者ご本人のご署名をお願いいたします。

番号/補償の対象者名(共済組合員の父母)	1/	2/
☆告知日	2024年 月 日	2024年 月 日
☆告知者(共済組合員)署名		

◆ 下記告知事項にご回答ください。ご加入いただく保険種類により質問事項が異なります。○印のある質問事項にご回答ください。

病気	三大疾病	本人介護	親介護		「オプション(病気・本人介護の補償)、オプション(親介護費用の補償)新・団体医療保険」告知事項 ※質問事項すべてに回答する場合のみ、ご加入いただけます。																		
○	○	－	－	質問1	告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ではありません。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※はありません。 ※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。																		
○	○	－	－	質問2	告知日(ご記入日)から過去1年以内に、病気で継続して10日以上入院をしたことはありません。																		
				質問3	疾病補償で「三大疾病」を補償する特約(※)をセットする場合はこちらもご回答ください。 今までに、「がん」または「上皮内がん」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことはありません。 (注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 「がん」、「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気 <table><tr><td>がん</td><td>悪性新生物</td><td>悪性しゅよう</td><td>白血病</td><td>肉腫</td><td>骨髄腫</td><td>悪性リンパ腫</td><td>骨髄異形成症候群</td><td>骨髄線維症</td></tr><tr><td>上皮内がん</td><td>上皮内新生物</td><td>C I S</td><td>C I N 3</td><td>子宮頸部高度異形成</td><td>H S I L</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (※)三大疾病診断保険金支払特約、三大疾病入院保険金支払特約、等をいいます。	がん	悪性新生物	悪性しゅよう	白血病	肉腫	骨髄腫	悪性リンパ腫	骨髄異形成症候群	骨髄線維症	上皮内がん	上皮内新生物	C I S	C I N 3	子宮頸部高度異形成	H S I L			
がん	悪性新生物	悪性しゅよう	白血病	肉腫	骨髄腫	悪性リンパ腫	骨髄異形成症候群	骨髄線維症															
上皮内がん	上皮内新生物	C I S	C I N 3	子宮頸部高度異形成	H S I L																		
－	○	－	－	質問4	本人の介護補償(介護一時金支払特約)・親の介護補償(親介護費用補償特約)をセットされる場合は、以下の質問についてご回答ください。 (1)今までに、公的介護保険制度の要介護・要支援の認定を受けたこと、または認定の申請をした(※1)ことはありません。 (※1)「申請予定」や「申請をした結果、認定を受けられなかった場合」を含みます。 (2)次のいずれの項目にも該当していません。 ●告知日(ご記入日)現在、次のいずれかの行為の際に、頻度を問わず、他人の介助や補助用具(杖などを含みます。)の使用(※2)が必要になることがあります。 【歩行・食事・排せつ・入浴・衣類の着脱・公共交通機関を利用しての外出・店での買い物】 (※2)ご本人による使用を含みます。 ●今までに、医師より「認知症(軽度認知障害を含みます。)」と診断されたことがあります。 (注)疑いの指摘を受けている場合や検査等の結果が判明していない場合を含みます。 (3)告知日(ご記入日)現在、次のいずれにも該当していません。 【入院中・療養のため就床中(※3)・入院の予定(※4)がある】 (※3)医師の指示による就床を指し、その期間および場所を問いません。 (※4)医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。 (4)告知日(ご記入日)から過去2年以内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状により医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことはありません。 (注)医師より「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 <病気・症状一覧表> <table><tr><td>がん</td><td>悪性新生物</td><td>悪性しゅよう</td><td>白血病</td><td>肉腫</td><td>骨髄腫</td><td>悪性リンパ腫</td><td>骨髄異形成症候群</td><td>骨髄線維症</td></tr><tr><td>上皮内がん</td><td>上皮内新生物</td><td>C I S</td><td>C I N 3</td><td>子宮頸部高度異形成</td><td>H S I L</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 脳血管関係の病気 脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血・脳血栓) 肝臓の病気 慢性肝炎 肝硬変 腎臓の病気 慢性腎炎 腎不全 気管支・肺の病気 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 慢性気管支炎 肺炎腫 心臓関係の病気 心臓弁膜症 心筋こうそく 心筋炎 心筋症 狭心症 心不全 心肥大 不整脈(期外収縮・洞不全症候群・房室ブロック・脚ブロック・発作性上室性頻拍・心房細動・心房粗動・ペースメーカー埋込) 筋肉・骨の病気 筋ジストロフィー 骨折を伴う骨粗しょう症(※5) 変形性関節症(人工関節置換を含みます。) 眼の病気 緑内障 糖尿病性網膜症 加齢黄斑変性 失明 その他 糖尿病(合併症を含みます。) こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など) リウマチ熱 アルツハイマー病 厚生労働省指定の難病(※6)(指定難病に対する受給者証の交付を受けたことが場合に限ります。) 精神および行動の障害(統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) パーキンソン病	がん	悪性新生物	悪性しゅよう	白血病	肉腫	骨髄腫	悪性リンパ腫	骨髄異形成症候群	骨髄線維症	上皮内がん	上皮内新生物	C I S	C I N 3	子宮頸部高度異形成	H S I L			
がん	悪性新生物	悪性しゅよう	白血病	肉腫	骨髄腫	悪性リンパ腫	骨髄異形成症候群	骨髄線維症															
上皮内がん	上皮内新生物	C I S	C I N 3	子宮頸部高度異形成	H S I L																		

*告知される方が、ご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。
本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。
(※5)「骨折を伴う骨粗しょう症」とは骨折した時に「骨粗しょう症」になっていた場合を意味します。(単に「骨粗しょう症」と診断された場合は含みません。)
(※6)厚生労働省指定の難病については、厚生労働省ホームページを参照してください。



ご確認・ご記入
いただく事項

【病気・三大疾病】
全て「はい」の方は、上表の健康状態告知欄(※1)にご回答ください。
(加入手続きをすすめてください)
●一つでもいいえ
→ご加入、コース増額変更などはできません。
●質問3のいいえ
→三大疾病の一時金補償はご加入いただけません。

【本人介護】
全て「はい」の方は、上表の健康状態告知欄(※2)にご回答ください。
(加入手続きをすすめてください)
●質問4のいいえ
→本人介護(介護一時金補償)はご加入いただけません。

【親介護】
全て「はい」の方は、上表の健康状態告知欄(※2)にご回答ください。
(ご加入手続きをすすめてください)
●質問4のいいえ
→親介護費用はご加入いただけません。

文部科学省共済組合福祉事業 団体傷害保険 加入申込カード（兼健康状態告知書）

（医療保険基本特約・疾病保険特約・介護一時金支払特約・親介護費用補償特約セット団体総合保険）

必ずご記入ください。

申込日：2024年 月 日

ご契約期間：2024 年 12 月 1 日～2025 年 12 月 1 日

ご加入にあたり、共済組合員欄、被保険者欄、加入タイプ・オプションなど必要事項をご記入いただき署名のうえ、ご提出ください。
（現在のご加入内容を変更されない場合は、この書類のご提出は不要です。）
☆印と★印の事項は、ご加入にあたってお申し出いただく重要な事項（告知事項）です。
「☆印と★印」以外の箇所を訂正する場合は、訂正印不要です。
詳しくはご記入例をご確認ください。

共 済 組 合 員 欄	長期組合員番号		☆職 種		【詳細版】パンフレット記載の「重要事項説明書」「健康状態告知ガイド」（オプション《病気の補償・本人介護・親介護》）および「ご加入内容確認事項（意向確認事項）」を確認し、「個人情報の取扱いに関する説明事項」に同意のうえ加入を申し込みます。
	機 関 名		A 1：教育系 B 1：運転手 A 2：事務系 B 2：農林系 A 3：保安系 その他 A 4：医療系 （ ） A 5：船舶系		
	所 属 ・ 部 局 名				
	フリガナ		性 別	生年月日（西暦）	ご署名欄
	氏 名		男・女	年 月 日	

お客様
用控え

A.新規加入組合員向け おすすめタイプ①（ケガの補償）

被保険者（ご本人）欄							
番 号	フリガナ	★性別	共済組合員 との続柄	生年月日 （西暦）	★満年齢※1 （6月1日時点）	パーソナル タイプ P0	申 込 み 確 認
	氏 名						
1	上記共済組合員欄と同じ※2						左記内容で 申込み※2

※1：2024年12月1日時点の満年齢をご記載ください。
※2：2カ所、○をしてください。

（左記A以外のプランでご加入を希望する場合）
保険料や記載方法などをシミュレーションツールからご確認ください。



B.パーソナルタイプ（上記A以外のプランでご加入を希望する場合）

被保険者（ご本人）欄							オプション		オプション（病気の補償）				オプション（本人介護）		
番 号	フリガナ	★性別	共済組合員との 続柄（コード）	生年月日 （西暦）	★満年齢 （12月1日時点）	パーソナル タイプ	賠 償 責任補償 110円	被 害 事故補償 20円	ホ ー ル インワン・ アルバトロス費用 230円	加 入 コース ①～③	三大疾病 の一時金 補 償	葬 祭 費 用 の補償	☆健康状態 告知※3	本人介護 補償※4	☆健康状態 告知※3
	氏 名												全 て は い	全 て は い	全 て は い
1		男・女			歳								全 て は い		全 て は い
2		男・女			歳								全 て は い		全 て は い
3		男・女			歳								全 て は い		全 て は い

オプション 親介護費用 の 補 償	
父	母

父と母両方に付帯する
場合は両方に○を付け
てください。このオプ
ションは組合員本人の
父母（血族）のみ加入
できます。

※3：健康状態告知については、下記事項を必ずご確認のうえ、ご回答ください。

C.ファミリータイプ

ファミリータイプ F 1 5,780 円	ファミリータイプ F 2 7,460 円	オプション ホールインワン・アルバトロス費用 250 円

オプション（親介護費用の補償）に加入する場合の記入欄				
父	フリガナ	生年月日（西暦）	★性別	☆健康状態告知※4
	氏名		男・女	全 て は い
母	フリガナ	生年月日（西暦）	★性別	☆健康状態告知※4
	氏名		男・女	全 て は い

※4：健康状態告知については、下記事項を必ずご確認のうえ、ご回答ください。

共済組合員 との 続柄コード	01	本人	03	子	06	同居の親族
	02	配偶者 （同性P・内縁を含む）	04	親	07	同居の家事従業者
			05	同居の兄弟姉妹	08	別居の兄弟姉妹

共済組合員（加入者）および被保険者は、募集文書または損保ジャ
パン公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）
に掲載の個人情報の取扱いに同意します。

必ずご記入ください。

月額合計保険料

円

（ご注意）
・パーソナルタイプにご加入の場合、共済組合員以外の方は、共済組合員より高額なタイプにはご加入いただけません。
・オプションの「賠償責任補償」をセットされた場合、ご家族全員がオプションの被保険者となります。ご家族の範囲等、詳しくは【詳細版】パンフレットをご確認ください。

オプション(病気・本人の介護補償)、(親介護費用の補償)を希望する場合は以下もご記入ください。

文部科学省共済組合 御中 本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また加入申込カード(兼健康状態告知書)の裏面に記載の(損害保険ジャパン株式会社 宛) 「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、共済組合員(加入者)、被保険者、告知者(親介護費用補償の場合は保険金受取人(被保険者))、補償の対象者ともに同意します。

◆ オプション(病気・本人介護の補償)にご加入、または加入コースを増額変更(三大疾病の一時金補償、葬祭費用の補償をセットさせる場合を含みます。)される場合

○健康状態告知書が必要となります。下記告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※1)欄にお答えください。
なお、告知事項に1項目でも「いいえ」がある場合は、ご希望のプランのご加入、または加入コースの増額変更などはできません。

○万一、正しく告知いただけなかった場合、保険金をお支払できないことや契約を解除することがありますので、事実をありのままにお答えください。
【①共済組合員本人やご家族(配偶者、子供、両親、同居の親族(兄弟姉妹、親族)が加入する場合】
→共済組合員本人が、必ずご家族(配偶者、子供、両親、同居の親族(兄弟姉妹、親族))に下記の告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※1)欄にお答えください。下記☆告知日と☆告知者署名欄に共済組合員(告知者)のご署名をお願いいたします。
【②別居の兄弟姉妹・同居の家事従事者が加入する場合】
→加入される本人が、下記の告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※1)欄にお答えください。下記☆告知日と☆告知者署名欄に加入される本人自ら(告知者)のご署名をお願いいたします。

番号/被保険者名	1/ 2/	3/ 4/	5/
☆告知日	2024年 月 日	2024年 月 日	2024年 月 日
☆告知者署名			

◆ オプション(親介護費用の補償)をセットされる場合

○健康状態告知書が必要となります。下記告知事項をご確認のうえ、上表の健康状態告知(※2)欄にお答えください。
なお、告知事項に1項目でも「いいえ」がある場合は、ご加入いただけません。

○告知者(共済組合員)が補償の対象者名、告知日をご記入のうえ、告知者ご本人のご署名をお願いいたします。

番号/補償の対象者名(共済組合員の父母)	1/ 2/
☆告知日	2024年 月 日
☆告知者(共済組合員)署名	

◆ 下記告知事項にご回答ください。ご加入いただく保険種類により質問事項が異なります。○印のある質問事項にご回答ください。

病気	三大疾病	本人介護	親介護		「オプション(病気・本人介護の補償)、オプション(親介護費用の補償)新・団体医療保険」告知事項 ※質問事項すべてに回答する場合のみ、ご加入いただけます。
○	○	－	－	質問1	告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中ではありません。または告知日以降に病気やケガで入院もしくは手術の予定※はありません。 ※医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。
○	○	－	－	質問2	告知日(ご記入日)から過去1年以内に、病気で継続して10日以上入院をしたことはありません。
				質問3	疾病補償で「三大疾病」を補償する特約(※)をセットする場合はこちらもご回答ください。 今までに、「がん」または「上皮内がん」により、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことはありません。 (注)医師より病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 「がん」、「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気 がん 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 上皮内がん 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L (※)三大疾病診断保険金支払特約、三大疾病入院保険金支払特約、等をいいます。
－	○	－	－	質問4	本人の介護補償(介護一時金支払特約)・親の介護補償(親介護費用補償特約)をセットされる場合は、以下の質問についてご回答ください。 (1)今までに、公的介護保険制度の要介護・要支援の認定を受けたこと、または認定の申請をした(※1)ことはありません。 (※1)「申請予定」や「申請をした結果、認定を受けられなかった場合」を含みます。 (2)次のいずれの項目にも該当していません。 ●告知日(ご記入日)現在、次のいずれかの行為の際に、頻度を問わず、他人の介助や補助用具(杖などを含みます。)の使用(※2)が必要になることがあります。 【歩行・食事・排せつ・入浴・衣類の着脱・公共交通機関を利用しての外出・店での買い物】 (※2)ご本人による使用を含みます。 ●今までに、医師より「認知症(軽度認知障害を含みます。)」と診断されたことがあります。 (注)疑いの指摘を受けている場合や検査等の結果が判明していない場合を含みます。 (3)告知日(ご記入日)現在、次のいずれにも該当していません。 【入院中・療養のため就床中(※3)・入院の予定(※4)がある】 (※3)医師の指示による就床を指し、その期間および場所を問いません。 (※4)医師からすすめられている場合や医師と相談している場合を含みます。 (4)告知日(ご記入日)から過去2年以内に、下記の「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状により医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことや、すすめられたことはありません。 (注)医師より「病気・症状一覧表」に記載の病気・症状の疑いの指摘を受け、検査等の結果が判明しない場合や経過観察中を含みます。 ＜病気・症状一覧表＞ がん 悪性新生物 悪性しゅよう 白血病 肉腫 骨髄腫 悪性リンパ腫 骨髄異形成症候群 骨髄線維症 上皮内がん 上皮内新生物 C I S C I N 3 子宮頸部高度異形成 H S I L 脳血管関係の病気 脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血・脳血栓) 肝臓の病気 慢性肝炎 肝硬変 腎臓の病気 慢性腎炎 腎不全 気管支・肺の病気 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 慢性気管支炎 肺炎腫 心臓関係の病気 心臓弁膜症 心筋こうそく 心筋炎 心筋症 狭心症 心不全 心肥大 不整脈(期外収縮・洞不全症候群・房室ブロック・脚ブロック・発作性上室性頻拍・心房細動・心房粗動・ペースメーカー埋込) 筋肉・骨の病気 筋ジストロフィー 骨折を伴う骨粗しょう症(※5) 変形性関節症(人工関節置換を含みます。) 眼の病気 緑内障 糖尿病性網膜症 加齢黄斑変性 失明 その他 糖尿病(合併症を含みます。) こうげん病(全身性エリテマトーデス・強皮症・皮膚筋炎・関節リウマチ・多発性動脈炎など) リウマチ熱 アルツハイマー病 厚生労働省指定の難病(※6)(指定難病に対する受給者証の交付を受けた場合に限ります。) 精神および行動の障害(統合失調症・気分障害・感情障害・躁うつ病・うつ病・パニック障害・PTSD・適応障害・不安障害・アルコール依存症・薬物依存など) パーキンソン病
－	－	○	○		*告知される方が、ご認識されている病気・症状名が、本告知書に記載されている病気・症状名と一致しなくても、医学的に同一と判断される場合には告知が必要です。 本告知書に記載されている病気・症状名に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、告知をしてください。 (※5)「骨折を伴う骨粗しょう症」とは骨折した時に「骨粗しょう症」になっていた場合を意味します。(単に「骨粗しょう症」と診断された場合は含みません。) (※6) 厚生労働省指定の難病については、厚生労働省ホームページを参照してください。

ご確認・ご記入いただく事項

【病気・三大疾病】
全て「はい」の方は、上表の健康状態告知欄(※1)にご回答ください。(加入手続きをすすめてください)
●一つでも「いいえ」→ご加入、コース増額変更などはできません。
●質問3の「いいえ」→三大疾病の一時金補償はご加入いただけません。

【本人介護】
全て「はい」の方は、上表の健康状態告知欄(※2)にご回答ください。(加入手続きをすすめてください)
●質問4の「いいえ」→本人介護(介護一時金補償)はご加入いただけません。

【親介護】
全て「はい」の方は、上表の健康状態告知欄(※2)にご回答ください。(ご加入手続きをすすめてください)
●質問4の「いいえ」→親介護費用はご加入いただけません。