

# 【告知書】記入例

## 告知書

一般社団法人 ライフケアサポート 御中

太枠内について必ず加入者ご自身がありのままを正確にもれなくご記入ください。

この書面に私が記入した事項は事実と相違ありません。告知に関する重要事項の説明を受けました。

事務局使用欄	
契約番号	
備考	

告知書記入日

告知日 平成30年 8月 1日

加入者ご自身で  
ご記入ください。

加入者	フリガナ <b>オカヤマ タロウ</b>		勤務先名 (学生の場合は学校名) <b>ライフ・ケア商事</b>
	氏名 (自署) <b>岡山 太郎</b>		
報告事項 (体格)	身長 <b>175 cm</b>	体重 <b>69 kg</b>	

過去に1度でも  
公的介護保険の  
申請をしたこと  
がありますか？

加入者ご本人について	① 今までに、公的介護保険の要介護・要支援の認定を申請したことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
	② 最近3ヶ月以内に、医師の(経過観察のための診察を含みます)・検査・治療・投薬をうけたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
	③ 今までに、下記の病気と診断されたことがありますか。 脳卒中(脳こうそく・脳内出血・くも膜下出血・一過性脳虚血発作)、認知症・アルツハイマー病、関節リウマチ、変形性関節症、骨粗しょう症、後縦靭帯骨化症、パーキンソン病、てんかん、糖尿病、ガン(悪性新生物、および上皮内新生物)、精神疾患(統合失調症・うつ病を含む)、アルコール依存症、狭心症、心筋こうそく、肺気腫、慢性気管支炎 ※白血病その他血液のしゅようは悪性新生物に含まれます。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
	④ 過去5年以内に、上記3項にかける以外の病気や骨折などのケガで、初診日から終診日まで7日間以上の期間にわたる医師の診察・検査(定期的な診察・検査をふくみます)・治療、あるいは7日間以上の薬の処方を受けたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
	⑤ 過去2年以内に、健康診断・ガン検診・人間ドックを受けたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> 受けた	<input type="radio"/> 受けていない
	⑥ ※5項で受けた場合にご記入ください。 異常(要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療を含みます)を指摘されたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> 指摘あり	<input type="radio"/> 指摘なし
	⑦ 現在、視力(左右いずれかの矯正視力が0.3以下の場合をいいます。)、聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。身体に刺青、または、手・足・指・関節・背骨(脊柱)についての欠陥・変形または機能の障害がありますか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ

訂正する際は、  
必ず二重線を引いて、訂正印として加入者印を押印ください。

事実と相違がありますと介護見舞金の給付ができない場合があります。ありのままをご記入ください。

健康告知 (過去5年以内の傷病歴と現在)			
(傷病名)	(時期・期間)	(内容) 入院・通院・手術・服薬他	(現在) 完治有無・通院他
高血圧	平成24年3月～	血圧降圧剤服薬 カンデサルタン8mg	通院中 ○○病院 服薬中血圧 83～135

### ◆◆◆◆ 意向確認書 ◆◆◆◆

必ず内容をご確認頂き、✓を入れてください。

制度内容についての確認		
ご提案の制度があなた様のご意向にそった内容となっているか確認のうえ、各項目の「はい」「いいえ」にチェックしてください。	例) ✓ はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1. 制度内容は、ご意向にそった内容となっていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. 掛金は、継続可能な範囲となっていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. 退会返戻金がないことについて了解頂いていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4. 介護見舞金について契約日より1年間の不担保を了解頂いていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 介護サービス受給は、提携事業先となりますが、了解頂いていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6. 危険職業の方は、就業中不担保を了解頂いていますか？	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ