

詳しい健康状態について

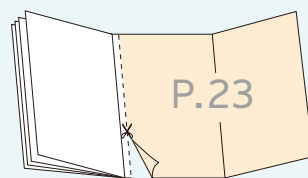
詳細告知書 兼 条件付加入同意書

この冊子について

加入申込書の告知事項の回答が「② はい」となる場合でも、病気によってはご加入できる場合があります。その際は、つぎのことを確認するために、詳細告知書兼条件付加入同意書をご提出いただきます。

- ・ご加入時に一定の条件を満たしていること
- ・共済金のお支払いなどに条件が付く場合はその条件に同意いただけること

お手続きの際はこの冊子で内容をご確認のうえ、詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)をご提出ください。



お手元に残ったこの冊子は、共済金のお支払いなどの条件を記載しておりますので、大切に保管してください。

告知事項についてご不明な点やご質問がある場合は、ご加入の生協にお問い合わせいただくか、詳細告知書兼条件付加入同意書にご記入ください。

契約引受団体 / **日本コープ共済生活協同組合連合会**

(CO・OP 共済《たすけあい》は、ご加入の生協によっては、その生協の加盟する連合会との共同引受になります。)

個人情報の取り扱いについて

当会は、記入いただいた個人情報について、契約管理の業務に利用し、他には利用いたしません。個人情報の取り扱いに関する詳細は、ご契約のしおりや当会のホームページ (<http://coopkyosai.coop>) をご参照ください。

目次

はじめに P.3

ご記入の前にお読みください。

条件付でご加入できる病気一覧 P.4・5

お申し込みの商品やコースなどによって対象となる病気が異なります。
一覧でご確認のうえ、ご加入の条件や共済金のお支払いなどの条件をそれぞれのページで
ご確認ください。

扁桃およびアデノイドの慢性疾患・中耳炎	… P.6	高血圧症(または高血圧)	..... P.13
そけいヘルニア	..... P.7	脂肪肝	..... P.14
停留精巣・移動性精巣・陰嚢水腫	..... P.8	子宮筋腫	..... P.15
斜視	..... P.9	痔	..... P.16
口唇裂・口蓋裂	..... P.10	帝王切開	..... P.17
心理的発達障がい	..... P.11	視力障がい	..... P.18
ぜんそく	..... P.12		

コース変更時のご注意 P.19

参考 健康状態についての質問(告知事項) P.20

参考 当会が定める「軽度の病気やケガ」の一覧 P.21

記入例 P.22

詳細告知書兼条件付加入同意書 P.23

お手続きのながれ

「はじめに」を
お読みください。

P.3

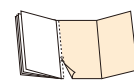
条件付でご加入できる病気の
対象となるか一覧でご確認
のうえ、それぞれのページで
ご加入の条件や共済金のお
支払いなどの条件をご確認
ください。

P.4~18

「記入例」を参照して
「詳細告知書兼条件
付加入同意書」をご
記入ください。

P.22・23

「詳細告知書兼条件付加入同意書」を
キリトリ線で切り離してご提出ください。
加入申込書がお手元にある場合は、加
入申込書と詳細告知書兼条件付加入
同意書を併せてご提出ください。



P.23

お手元に残ったこの冊子は、共済金のお支払いなどの条件を記載しておりますので、
大切に保管してください。

お手続きにあたって

- 加入申込書の「健康状態についての質問（以下、告知事項といいます）」の回答が「② はい」となる場合でも、病気によってはご加入できる場合があります。その際は、つぎのことを確認するために、この冊子のP.23の詳細告知書兼条件付加入同意書をご提出いただけます。
 - *ご加入時に一定の条件を満たしていること
 - *共済金のお支払いなどに条件が付く場合はその条件に同意いただけること
- 告知事項は加入申込書またはこの冊子のP.20に記載しています。なお、「たすけあい」の告知事項は加入申込書上「㊸健康状態についての質問（告知事項）」と記載しています。
- 「ご加入の条件」や「共済金のお支払いなどの条件」などにおける「申込日」とは、生協が加入申込書を受け付けた日（郵送の場合は消印日、消印がない場合は到着日）をいいます。
- 詳細告知書兼条件付加入同意書の回答に誤りがあった場合、共済契約が解除となる場合や、共済金をお支払いできない場合がございますので、正しくご回答ください。また、共済契約が解除となった場合は、すでにお支払いいただいた共済掛金の返還はいたしません。

お申し込みの結果について

ご加入できる場合

- 加入申込書の受付後、約2週間で「加入申込書受付のお知らせ」をお送りします（書類に不備などがある場合、発送が遅れることがあります）。また、初回掛金が振り替えられてから約2～3週間後に「共済証書」をお送りします。契約成立のお知らせは「共済証書」の発送をもってかえさせていただきます。
- 共済金のお支払いなどに条件が付く場合は、対象となる病名を「加入申込書受付のお知らせ」と「共済証書」に記載します（※1）。

「加入申込書受付のお知らせ」のイメージ

CO-OP共済 加入申込書受付のお知らせ 発行日2015年 8月25日

契約者 共済 太郎 様

このたびはCO-OP共済にお申し込みいただきありがとうございます。このお知らせは、加入申込書を受け付けたこととお伝えするとともに、【申込内容】の確認をお願いします。

※契約成立・手続き完了のお知らせではありません。
 ※契約成立のお知らせは、初回口座振替後、共済証書の発送をもってかえさせていただきます。
 ※同時に複数商品にお申し込みいただいた場合などは、受付のお知らせを複数枚お届けしております。お届かない場合はご連絡ください。

【申込内容】 申込受付日 2015年 8月 1日

申込コース	共済掛金(保険料)	保障の開始日(予定)	振替予定額
「たすけあい」女性 L2000円	月払 2,000円	2015年 9月27日	2,000円

加入者(被共済者)情報

姓 名 キヨウサイ ハナコ
 性別 女性 生年月日 1988年 6月 4日

初回口座振替予定日 2015年 9月 26日

行名 キヨウハシ 支店名 チウウオウ
 目 普通 口座番号 *****)***)
 名義人 キヨウサイ タロウ

「共済証書」のイメージ

CO-OP共済 たすけあい 共済証書(女性コース)

契約者氏名 キヨウサイ 太郎 生年月日 1988年 1月 1日
 契約番号 98765432 組合員番号 12345678 電話番号 ☎ 03-1234-5678

被共済者(加入者) 姓 名 キヨウサイ ハナコ 生年月日 1988年 6月 4日
 性別 女性 発効時年齢 27歳

加入コース 女性 L2000円コース 月払 共済掛金額 2,000円 申込日 2015年 8月 1日

共済金額	保障内容	共済金額
5万円	配偶者の死に(重慶掛書)	2万円
4万円	死亡共済金受取人指定(重慶掛書)	4万円

条件付加入同意書

子宮筋腫

現在ご指定はございませんので、規約に定める受取人に死亡共済金をお支払いいたします。ご希望の場合は受取人をご指定いただけます。

死亡共済金受取人指定(変更日)

※条件付加入同意書
子宮筋腫

条件付加入同意書
子宮筋腫

(※1)「停留精巣・移動性精巣・陰嚢水腫」の場合は「停留精巣」、「痔」の場合は「痔核・裂肛・痔瘻・肛門周囲膿瘍・脱肛」と記載します。なお、「高血圧症(または高血圧)」「脂肪肝」の場合は記載しません。

ご加入できない場合

- 加入申込書の受付後、約2週間で「お申し込み受付結果について」をお送りします。

条件付でご加入できる病気一覧

条件付でご加入できる病気は、お申し込みの商品とコースや年齢などにより異なりますので、つぎの表でご確認ください。告知事項※1)の回答に「② はい」がある場合、つぎの表の商品・コース以外にご加入できません。

ご加入の条件や共済金のお支払いなどの条件をP.6～18の各ページでご確認のうえ、詳細告知書兼条件付加入同意書にご記入・押印し、ご提出ください。

(※1) 告知事項は加入申込書またはこの冊子のP.20に記載しています。なお、《たすけあい》の告知事項は加入申込書上「⑧ 健康状態についての質問(告知事項)」と記載しています。

お申し込みの商品とコース

たすけあい J1000円

条件付でご加入できる病気

下記以外の病気の場合はご加入できません。

条件付でご加入できる病気により回答が「② はい」となる告知事項の番号

下記以外の番号が「② はい」となる場合はご加入できません。

掲載
ページ

扁桃およびアデノイドの慢性疾患・中耳炎

「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」には以下の病気を含みます。
・扁桃肥大 ・アデノイド肥大

そけいヘルニア

停留精巣・移動性精巣・陰嚢水腫

「停留精巣・移動性精巣・陰嚢水腫」には以下の病気を含みます。
・停留嚢丸 ・遊走精巣

斜視

口唇裂・口蓋裂

「口唇裂・口蓋裂」にともなう言語障がいの治療を受けている場合も含みます。

心理的発達の障がい

「心理的発達の障がい」には以下の病気を含みます。

- ・会話および言語の特異的発達障がい(特異的会話構音障がい、表出性言語障がいなど)
- ・学習能力の特異的発達障がい(特異的読字障がい、算数能力の特異的障がいなど)
- ・運動機能の特異的発達障がい
- ・混合性特異的発達障がい
- ・広汎性発達障がい(自閉症、レット症候群、アスペルガー症候群など)
- ・その他の心理的発達障がい
- ・詳細不明の心理的発達障がい
- ・多動性障がい

ぜんそく

ぜんそくにより過去2年以内に入院または手術がない場合に限りです。

告知事項
1 2 4 5

告知事項
4 5

P.6

P.7

P.8

P.9

P.10

P.11

P.12

お申し込みの
商品とコース

たすけあい L2000円 L3000円 L4000円 V2000円 V4000円
R3000円 R4000円 S1200円 S3000円 W2000円

あいぶらす 各コース **ずっとあい** 終身生命 各コース **ずっとあい** 終身医療 各コース

条件付でご加入できる病気 下記以外の病気の場合はご加入できません。	条件付でご加入できる病気 により回答が「② はい」と なる告知事項の番号 下記以外の番号が「② はい」となる 場合はご加入できません。	掲 載 ペー ジ
高血圧症（または高血圧） 申込日において満30歳以上の方で、高血圧症（または高血圧）により過去5年以内に入院がない場合に限りです。	告知事項 ③ ④ ⑤	P.13
脂肪肝 申込日において満30歳以上の方で、脂肪肝により過去5年以内に入院がない場合に限りです。	告知事項 ③ ④ ⑤	P.14
子宮筋腫	告知事項 ① ② ④ ⑤	P.15
痔 「痔」には以下の病気を含まます。 ・痔核（いぼ痔） ・裂肛（切れ痔） ・痔瘻（あな痔） ・肛門周囲膿瘍 ・脱肛	告知事項 ④ ⑤	P.16
帝王切開 （※2）	告知事項 ⑦	P.17
視力障がい （※3）	告知事項 ⑧	P.18

（※2）申込日において15歳未満の方、入院特約を付帯しない《あいぶらす》、《ずっとあい》終身生命をお申し込みの方は、詳細告知書兼条件付加入同意書のご提出は不要です。

（※3）《たすけあい》L2000円、L3000円、L4000円、V2000円、V4000円、R3000円、R4000円、W2000円をお申し込みの方は、詳細告知書兼条件付加入同意書のご提出は不要です。

扁桃およびアデノイドの慢性疾患・中耳炎

ご加入の条件

お申し込みできる商品・コース

たすけあい J1000円

「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」または「中耳炎」(※1)を原因として回答が「② はい」となる告知事項

1 2 4 5 のいずれかまたは複数

(※1) ・「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」または「中耳炎」と診断されていることが条件です。「疑いの状態」は含みません。
・「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」には「扁桃肥大」「アデノイド肥大」を含みます。

次の方はご加入できません

- ・「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」または「中耳炎」と診断されていない方(「疑いの状態」など)、「扁桃周囲膿瘍(扁桃周囲炎)」「中耳真珠腫」「インフルエンザ中耳炎」「結核性中耳炎」「麻疹性中耳炎」などの方。
- ・「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」および「中耳炎」を原因として告知事項 1 2 4 5 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
- ・「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」および「中耳炎」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※2)。

(※2) ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.4)の場合を除きます。例えば、「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」または「中耳炎」に加え、「ぜんそく」や「心理的発達の障がい」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件(保障を制限する事項)

適用期間
3年

- ・ 申込日から3年以内に開始(実施)した「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」(※3) および「中耳炎」を直接の原因とする入院および手術の共済金はお支払いしません。
- ・ 申込日から3年以内の「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」および「中耳炎」を直接の原因とする死亡共済金および重度障害共済金は10万円に削減してお支払いします。

(※3) 「扁桃およびアデノイドの慢性疾患」には「扁桃肥大」「アデノイド肥大」を含みます。

コース変更時のご注意

- ・ 19歳の年齢満期時に継続した場合、継続後の共済契約にはこの条件を引き継ぎません。
- ・ 更改した場合、更改後の共済契約にこの条件を引き継ぎます。ただし、「たすけあい」J1900円コースに更改した場合は引き継ぎません。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所

ステップ1 にご記入ください。

ステップ2 の「扁桃およびアデノイドの慢性疾患・中耳炎」の記入欄に○をつけてください。

ステップ3 その他告知欄の質問にお答えください。

A screenshot of a web-based application form titled '詳細告知書兼条件付加入同意書'. The form is divided into several sections. Three callout boxes with arrows point to specific areas: 'ステップ1' points to a header section, 'ステップ2' points to a section with checkboxes for '扁桃およびアデノイドの慢性疾患・中耳炎', and 'ステップ3' points to a section with various questions and input fields.

ご加入の条件

お申し込みできる商品・コース

たすけあい J1000円

「そけいヘルニア」(※1)を原因として回答が「② はい」となる告知事項

1 2 4 5 のいずれかまたは複数

(※1)「そけいヘルニア」と診断されていることが条件です。「疑いの状態」は含みません。

次の方のご加入できません

- ・「そけいヘルニア」と診断されていない方(「疑いの状態」など)、「臍ヘルニア」「腹壁ヘルニア」などの方。
- ・「そけいヘルニア」を原因として告知事項 **1 2 4 5** 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
- ・「そけいヘルニア」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※2)。

(※2)ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.4)の場合を除きます。例えば、「そけいヘルニア」に加え、「ぜんそく」や「心理的発達の障がい」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件(保障を制限する事項)

適用期間
3年

- ・申込日から3年以内に開始(実施)した「そけいヘルニア」を直接の原因とする入院および手術の共済金はお支払いしません。
- ・申込日から3年以内の「そけいヘルニア」を直接の原因とする死亡共済金および重度障害共済金は10万円に削減してお支払いします。

コース変更時のご注意

- ・19歳の年齢満期時に継続した場合、継続後の共済契約にはこの条件を引き継ぎません。
- ・更改した場合、更改後の共済契約にこの条件を引き継ぎます。ただし、「たすけあい」J1900円コースに更改した場合は引き継ぎません。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所

ステップ1 にご記入ください。

ステップ2 の「そけいヘルニア」の記入欄に○をつけてください。

ステップ3 その他告知欄の質問にお答えください。

A screenshot of a web-based application form titled "詳細告知書兼条件付加入同意書". The form is divided into several sections with checkboxes and text input fields. Three callout boxes with arrows point to specific areas: Step 1 points to a header section, Step 2 points to a section titled "そけいヘルニア" with a checkbox, and Step 3 points to a section with multiple questions.

停留精巣・移動性精巣・陰嚢水腫

ご加入の条件

お申し込みできる商品・コース

たすけあい J1000円

「停留精巣」「移動性精巣」または「陰嚢水腫」(※1)を原因として回答が「② はい」となる告知事項

1 2 4 5 のいずれかまたは複数

(※1)・「停留精巣」「移動性精巣」または「陰嚢水腫」と診断されていることが条件です。「疑いの状態」は含みません。
・「停留精巣」「移動性精巣」または「陰嚢水腫」には「停留睾丸」「遊走精巣」を含みます。

次の方はご加入できません

- ・「停留精巣」「移動性精巣」または「陰嚢水腫」と診断されていない方(「疑いの状態」など)、「悪性停留精巣」などの方。
- ・「停留精巣」「移動性精巣」および「陰嚢水腫」を原因として告知事項 1 2 4 5 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
- ・「停留精巣」「移動性精巣」および「陰嚢水腫」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※2)。

(※2)ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.4)の場合を除きます。例えば、「停留精巣」「移動性精巣」または「陰嚢水腫」に加え、「ぜんそく」や「心理的発達障がい」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件(保障を制限する事項)

適用期間
3年

- ・ 申込日から3年以内に開始(実施)した「停留精巣」「移動性精巣」および「陰嚢水腫」(※3)を直接の原因とする入院および手術の共済金はお支払いしません。
- ・ 申込日から3年以内の「停留精巣」「移動性精巣」および「陰嚢水腫」を直接の原因とする死亡共済金および重度障害共済金は10万円に削減してお支払いします。

(※3)「停留精巣」「移動性精巣」および「陰嚢水腫」には「停留睾丸」「遊走精巣」を含みます。

コース変更時のご注意

- ・ 19歳の年齢満期時に継続した場合、継続後の共済契約にはこの条件を引き継ぎません。
- ・ 更改した場合、更改後の共済契約にこの条件を引き継ぎます。ただし、「たすけあい」J1900円コースに更改した場合は引き継ぎません。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所

ステップ1にご記入ください。

ステップ2の「停留精巣・移動性精巣・陰嚢水腫」の記入欄に○をつけてください。

ステップ3 その他告知欄の質問にお答えください。

A screenshot of a web-based application form titled '詳細告知書兼条件付加入同意書'. The form is divided into several sections. Three callout boxes with arrows point to specific areas: 'ステップ1' points to a header section, 'ステップ2' points to a section with checkboxes for '停留精巣・移動性精巣・陰嚢水腫', and 'ステップ3' points to a section with various questions and input fields.

ご加入の条件

お申し込みできる商品・コース

たすけあい J1000円

「斜視」(※1)を原因として回答が「② はい」となる告知事項

1 2 4 5 のいずれかまたは複数

(※1)「斜視」と診断されていることが条件です。「疑いの状態」は含みません。

次の方はお加入できません

- ・「斜視」と診断されていない方(「疑いの状態」など)、「麻痺性斜視」「斜視性弱視」などの方。
- ・「斜視」を原因として告知事項 1 2 4 5 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
- ・「斜視」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※2)。

(※2)ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.4)の場合を除きます。例えば、「斜視」に加え、「ぜんそく」や「心理的発達の障がい」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件(保障を制限する事項)

適用期間
3年

- ・申込日から3年以内に開始(実施)した「斜視」を直接の原因とする入院および手術の共済金はお支払いしません。
- ・申込日から3年以内の「斜視」を直接の原因とする死亡共済金および重度障害共済金は10万円に削減してお支払いします。

コース変更時のご注意

- ・19歳の年齢満期時に継続した場合、継続後の共済契約にはこの条件を引き継ぎません。
- ・更改した場合、更改後の共済契約にこの条件を引き継ぎます。ただし、「たすけあい」J1900円コースに更改した場合は引き継ぎません。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所

ステップ1 にご記入ください。

ステップ2 の「斜視」の記入欄に○をつけてください。

ステップ3 その他告知欄の質問にお答えください。

The image shows a screenshot of a web-based application form titled '斜視告知書兼条件付加入同意書'. Three callout boxes point to specific areas: Step 1 points to the top header area, Step 2 points to a section with a radio button, and Step 3 points to a section with multiple questions and checkboxes.

口唇裂・口蓋裂

ご加入の条件

お申し込みできる商品・コース

たすけあい J1000円

「口唇裂」または「口蓋裂」(※1)を原因として
回答が「② はい」となる告知事項

1 2 4 5のいずれかまたは複数

(※1)・「口唇裂」または「口蓋裂」と診断されていることが条件です。「疑いの状態」は含みません。
・「口唇裂」および「口蓋裂」にはこれらにともなう言語障がいの治療を受けている場合も含まれます。

次の方はご加入できません

- ・「口唇裂」または「口蓋裂」と診断されていない方(「疑いの状態」など)。
- ・「口唇裂」および「口蓋裂」を原因として告知事項 **1 2 4 5** 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
- ・「口唇裂」および「口蓋裂」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※2)。

(※2)ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.4)の場合を除きます。例えば、「口唇裂」または「口蓋裂」に加え、「ぜんそく」や「心理的発達の障がい」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件(保障を制限する事項)

適用期間
3年

- ・ 申込日から3年以内に開始(実施)した「口唇裂」および「口蓋裂」(※3)を直接の原因とする入院および手術の共済金はお支払いしません。
- ・ 申込日から3年以内の「口唇裂」および「口蓋裂」を直接の原因とする死亡共済金および重度障害共済金は10万円に削減してお支払いします。

(※3)「口唇裂」および「口蓋裂」にはこれらにともなう言語障がいの治療を受けている場合も含まれます。

コース変更時のご注意

- ・ 19歳の年齢満期時に継続した場合、継続後の共済契約にはこの条件を引き継ぎません。
- ・ 更改した場合、更改後の共済契約にこの条件を引き継ぎます。ただし、「たすけあい」J1900円コースに更改した場合は引き継ぎません。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所

ステップ1にご記入ください。

ステップ2の「口唇裂・口蓋裂」の記入欄に○をつけてください。

ステップ3 その他告知欄の質問にお答えください。

A screenshot of a web-based application form for a health insurance plan. The form is divided into several sections with checkboxes and text input fields. Three callout boxes with arrows point to specific areas: Step 1 points to a header section, Step 2 points to a section with checkboxes, and Step 3 points to a section with text input fields.

心理的発達の障がい

ご加入の条件

お申し込みできる商品・コース

たすけあい J1000円

「心理的発達の障がい」(※1)を原因として回答が「② はい」となる告知事項

1 2 4 5 のいずれかまたは複数

(※1)・「心理的発達の障がい」には「心理的発達の障がい」と診断されていない場合(「心理的発達の障がいの疑い」「心理的発達の障がいの兆候」「心理的発達の障がいの可能性」など)を含みます。ただし、「心理的発達の障がい」以外の病気の可能性を指摘されている場合はご加入できません。
・「心理的発達の障がい」には「会話および言語の特異的発達障がい(特異的会話構音障がい、表出性言語障がいなど)」「学習能力の特異的発達障がい(特異的読字障がい、算数能力の特異的障がいなど)」「運動機能の特異的発達障がい」「混合性特異的発達障がい」「広汎性発達障がい(自閉症、レット症候群、アスペルガー症候群など)」「その他の心理的発達障がい」「詳細不明の心理的発達障がい」「多動性障がい」を含みます。

次の方はご加入できません

- ・「心理的発達の障がい」以外の病気の可能性を指摘されている方、「知的障がい(精神発達遅滞)」「ダウン症候群」「身体障がい」などの方。
 - ・「心理的発達の障がい」を原因として告知事項 **1 2 4 5** 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
 - ・「心理的発達の障がい」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※2)。
- (※2)ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.4)の場合を除きます。例えば、「心理的発達の障がい」に加え、「ぜんそく」や「そけいヘルニア」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件(保障を制限する事項)

適用期間
3年

- ・ 申込日から3年以内に開始(実施)した「心理的発達の障がい」(※3)を直接の原因とする入院および手術の共済金はお支払いしません。
- ・ 申込日から3年以内の「心理的発達の障がい」を直接の原因とする死亡共済金および重度障害共済金は10万円に削減してお支払いします。

(※3)・「心理的発達の障がい」には「心理的発達の障がい」と診断されていない場合(「心理的発達の障がいの疑い」「心理的発達の障がいの兆候」「心理的発達の障がいの可能性」など)を含みます。
・「心理的発達の障がい」には「会話および言語の特異的発達障がい(特異的会話構音障がい、表出性言語障がいなど)」「学習能力の特異的発達障がい(特異的読字障がい、算数能力の特異的障がいなど)」「運動機能の特異的発達障がい」「混合性特異的発達障がい」「広汎性発達障がい(自閉症、レット症候群、アスペルガー症候群など)」「その他の心理的発達障がい」「詳細不明の心理的発達障がい」「多動性障がい」を含みます。

コース変更時のご注意

- ・ 19歳の年齢満期時に継続した場合、継続後の共済契約にはこの条件を引き継ぎません。
- ・ 更改した場合、更改後の共済契約にこの条件を引き継ぎます。ただし、「たすけあい」J1900円コースに更改した場合は引き継ぎません。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所

ステップ1 にご記入ください。

ステップ2 の「心理的発達の障がい」の記入欄に○をつけてください。

ステップ3 その他告知欄の質問にお答えください。

A screenshot of a web-based application form for a health insurance plan. The form is titled '詳細告知書兼条件付加入同意書' (Detailed Disclosure and Conditional Enrollment Consent Form). It contains various input fields, checkboxes, and sections for providing information. Three callout boxes with arrows point to specific parts of the form: 'ステップ1' points to the top section, 'ステップ2' points to a section titled '心理的発達の障がい' (Psychological Development Disability), and 'ステップ3' points to a section for other disclosures.

ぜんそく

ご加入の条件

お申し込みできる商品・コース

たすけあい J1000円

「ぜんそく」(※1)を原因として回答が「② はい」となる告知事項

4 5 のいずれかまたは複数

追加の条件

過去2年以内に「ぜんそく」による入院または手術がないこと

- (※1)・「ぜんそく」には「ぜんそく」と診断されていない場合(「ぜんそくの疑い」「ぜんそくの兆候」「ぜんそくの可能性」など)を含みます。ただし、「ぜんそく」以外の病気の可能性を指摘されている場合はご加入できません。
- ・他の病気の治療中に「ぜんそく」が併発するのを予防するために薬を処方されている場合も対象となります。ただし、治療中の病気について告知事項の回答が「② はい」となる場合はご加入できません。
 - ・「ぜんそく」には「気管支ぜんそく」を含みます。

次の方はご加入できません

- ・「ぜんそく」以外の病気の可能性を指摘されている方、「肺炎」などの方。
 - ・過去2年以内に「ぜんそく」により入院または手術をしたことがある方。
 - ・「ぜんそく」を原因として告知事項 **4 5** 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
 - ・「ぜんそく」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※2)。
- (※2)ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.4)の場合を除きます。例えば、「ぜんそく」に加え、「口唇裂」または「口蓋裂」や「心理的発達の障がい」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件(保障を制限する事項)

適用期間
5年

- ・申込日から5年以内に開始(実施)した「ぜんそく」(※3)を直接の原因とする入院および手術の共済金はお支払いしません。
- ・申込日から5年以内の「ぜんそく」を直接の原因とする死亡共済金および重度障害共済金は10万円に削減してお支払いします。

- (※3)・「ぜんそく」と診断されていない場合(「ぜんそくの疑い」「ぜんそくの兆候」「ぜんそくの可能性」など)を含みます。
- ・「ぜんそく」には「気管支ぜんそく」を含みます。

コース変更時のご注意

- ・19歳の年齢満期時に継続した場合、継続後の共済契約にもこの条件を引き継ぎます。
- ・更改した場合、更改後の共済契約にこの条件を引き継ぎます。ただし、「たすけあい」J1900円コースに更改した場合は引き継ぎません。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所

ステップ1 にご記入ください。

ステップ2 の「ぜんそく」の欄の質問にお答えください。

ステップ3 その他告知欄の質問にお答えください。

高血圧症（または高血圧）

ご加入の条件

お申し込み
できる商品・
コース

たすけあい L2000円 L3000円 L4000円 V2000円 V4000円
R3000円 R4000円 S1200円 S3000円 W2000円

あいぱす 各コース **すくとあい** 終身生命 各コース **すくとあい** 終身医療 各コース

「高血圧症（または高血圧）」（※1）を原因として回答が「② はい」となる告知事項

3 4 5 のいずれかまたは複数

追加の条件

- ・ 申込日において満30歳以上であること
- ・ 「高血圧症（または高血圧）」の原因となる病気がないこと
- ・ 過去5年以内に「高血圧症（または高血圧）」による入院がないこと
- ・ 過去5年以内に腎臓または心臓の病気により医師の診察などを受けていないこと
- ・ 過去5年以内に尿または心電図の検査結果で異常を指摘されていないこと（※2）
- ・ 最新の血圧値が一定の範囲内であること（※3）

（※1）「高血圧症（または高血圧）」には、「高血圧の状態」「血圧高め」など「高血圧症」と診断されていない場合も含まれます。ただし、「高血圧症（または高血圧）」の原因となる病気がある場合や、「高血圧症（または高血圧）」以外の病気の可能性を指摘されている場合はご加入できません。

（※2）異常を指摘された場合であっても申込日において完治している場合や、今後の検査、診察、治療、薬の処方、通院の必要がないと医師から伝えられている場合はお申し込みできます。

（※3）血圧値は過去1年以内に測定した最新の数値をご記入ください。服薬中の方は服薬後の数値をご記入ください。家庭用血圧計で測定した血圧値を記入いただくことも可能です。なお、測定にあたって費用が発生した場合は自己負担となります。

次の方はご加入できません

- ・ 「高血圧症（または高血圧）」以外の病気の可能性を指摘されている方。
 - ・ 追加の条件を満たさない方。
 - * 申込日において満30歳未満の方。
 - * 「高血圧症（または高血圧）」の原因となる病気がある方、「高血圧性心疾患」「高血圧性腎疾患」「二次性高血圧症」「妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）」などの方。
 - * 過去5年以内に「高血圧症（または高血圧）」により入院した方。申込日において完治している場合もご加入できません。
 - * 過去5年以内に「腎臓疾患」または「心臓疾患」により、医師の検査、診察、治療、薬の処方、通院指示（健康診断、人間ドック、がん検診などで診断を受けた場合を含む）を受けた方。申込日において完治している場合もご加入できません。
 - * 過去5年以内に尿や心電図の検査結果で異常を指摘され、「再検査」「精密検査」「治療が必要」などの診断を受けた方。ただし、申込日時時点で完治している方、または今後の検査、診察、治療、薬の処方、通院の必要がないと医師から伝えられている方は除きます。
 - * 最大（収縮期）血圧または最小（拡張期）血圧の測定値が一定の範囲を超えている方。
 - ・ 「高血圧症（または高血圧）」を原因として告知事項 **3 4 5** 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
 - ・ 「高血圧症（または高血圧）」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方（※4）。
- （※4）ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気（P.5）の場合を除きます。例えば「高血圧症（または高血圧）」に加え、「子宮筋腫」により告知事項の回答が「② はい」となる場合、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件

共済金のお支払いにあたって特別な条件はつきません。

ただし、申込日以前に発病した病気を原因とする申込日から1年以内の共済事由については、共済金を削減してお支払いする場合があります。

詳しくは、重要事項説明書をご確認ください。

詳細告知書兼条件付加入同意書（P.23）のご記入箇所

ステップ1 にご記入ください。

ステップ2 の「高血圧症（または高血圧）」の欄の各質問にお答えください。

ステップ3 その他告知欄の質問にお答えください。

脂肪肝

ご加入の条件

お申し込み
できる商品・
コース

たすけあい L2000円 L3000円 L4000円 V2000円 V4000円
R3000円 R4000円 S1200円 S3000円 W2000円

あいふく 各コース **すくとあい** 終身生命 各コース **すくとあい** 終身医療 各コース

「脂肪肝」(※1)を原因として回答が
「② はい」となる告知事項

3 **4** **5** のいずれかまたは複数

追加の条件

- ・申込日において満30歳以上であること
- ・「脂肪肝」の原因となる病気がないこと
- ・過去5年以内に「脂肪肝」による入院がないこと
- ・最新の GOT(AST)、GPT(ALT)、γGTP の値が一定の範囲内であること(※2)

(※1)・「脂肪肝」は「非アルコール性脂肪肝」に限ります。ただし、「非アルコール性脂肪性肝炎(NASH)」は除きます。

・「アルコール性脂肪肝」の場合はご加入できません。

・「脂肪肝」には「脂肪肝」と診断されていない場合(「脂肪肝の疑い」など)を含みます。ただし、「脂肪肝」の原因となる病気がある場合や、「脂肪肝」以外の病気の可能性を指摘されている場合はご加入できません。

(※2) GOT(AST)、GPT(ALT)、γGTP の値は、過去1年以内に測定した最新の数値をご記入ください。なお、測定にあたって費用が発生した場合は自己負担となります。

次の方はご加入できません

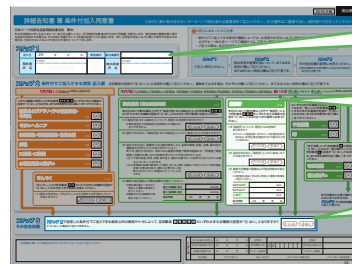
- ・「脂肪肝」以外の病気の可能性を指摘されている方。
 - ・追加の条件を満たさない方。
 - *申込日において満30歳未満の方。
 - *「脂肪肝」の原因となる病気がある方、「アルコール性脂肪肝」「非アルコール性脂肪性肝炎(NASH)」「急性妊娠性脂肪肝」などの方。
 - *過去5年以内に「脂肪肝」により入院した方。申込日において完治している場合でもご加入できません。
 - *GOT(AST)、GPT(ALT)、γGTP のいずれかの値が一定の範囲を超えている方。
 - ・「脂肪肝」を原因として告知事項 **3** **4** **5** 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
 - ・「脂肪肝」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※3)。
- (※3) ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.5)の場合を除きます。例えば、「脂肪肝」に加え、「帝王切開」や「子宮筋腫」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件

共済金のお支払いにあたって特別な条件はつきません。

ただし、申込日以前に発病した病気を原因とする申込日から1年以内の共済事由については、共済金を削減してお支払いする場合があります。詳しくは、重要事項説明書をご確認ください。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所



ステップ1 にご記入ください。

ステップ2 の「脂肪肝」の欄の各質問にお答えください。

ステップ3 その他告知欄の質問にお答えください。

子宮筋腫

ご加入の条件

お申し込み
できる商品・
コース

たすけあい L2000円 L3000円 L4000円 V2000円 V4000円
R3000円 R4000円 S1200円 S3000円 W2000円

あいぶらす 各コース **ずっとあい** 終身生命 各コース **ずっとあい** 終身医療 各コース

「子宮筋腫」(※1)を原因として回答が
「② はい」となる告知事項

① ② ④ ⑤ のいずれかまたは複数

(※1)・「子宮筋腫」と診断されていることが条件です。「疑いの状態」は含みません。

・加入時に健康診断書が必要な方で「子宮筋腫」により「観察を要する」という指示を受けている場合は、告知事項の回答が「① いいえ」でも詳細告知書兼条件付加入同意書のご提出が必要です。

次の方はご加入できません

- ・「子宮筋腫」と診断されていない方(「疑いの状態」など)、「子宮内膜症」「子宮腺筋症」「子宮がん」「卵巣嚢腫」「子宮や卵巣の感染症」などの方。
- ・「子宮筋腫」を原因として告知事項 ① ② ④ ⑤ 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
- ・「子宮筋腫」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※2)。

(※2)ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.5)の場合を除きます。例えば、「子宮筋腫」に加え、「帝王切開」や「痔」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件(保障を制限する事項)

適用期間
3年

- ・申込日から3年以内に開始(実施)した『子宮および子宮付属器(卵巣・卵管)の治療』(※3)のための入院および手術の共済金はお支払いしません。
- ・申込日から3年以内に開始(実施)した『子宮および子宮付属器(卵巣・卵管)の治療』のためのがんの特約のすべての共済金はお支払いしません。(「がんの特約」は、《あいぶらす》の場合です。)

(※3)『子宮および子宮付属器(卵巣・卵管)の治療』とは、「子宮筋腫」だけではなく、「子宮および子宮付属器(卵巣・卵管)」にかかわるすべての疾病の治療、またはその治療と因果関係のある傷病の治療をいいます。

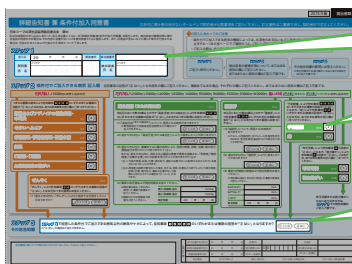
コース変更時のご注意

- ・更改、継続または移行した場合、更改、継続または移行後の共済契約にもこの条件を引き継ぎます。

ご注意

- ・《あいぶらす》で入院特約やがんの特約を付帯しない場合や《ずっとあい》終身生命にお申し込みの場合、共済金のお支払いに特別な条件は付きませんが、他の病気などがないことを確認するため詳細告知書兼条件付加入同意書の提出が必要です。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所



ステップ1にご記入ください。

ステップ2の「子宮筋腫」の記入欄に
○をつけてください。

ステップ3 その他告知欄の質問に
お答えください。

痔

高血圧症(または高血圧)

脂肪肝

子宮筋腫

痔

帝王切開

視力障がい

ご加入の条件

お申し込み
できる商品・
コース

たすけあい L2000円 L3000円 L4000円 V2000円 V4000円
R3000円 R4000円 S1200円 S3000円 W2000円

あいぷらす 各コース **ずっとあい** 終身生命 各コース **ずっとあい** 終身医療 各コース

「痔」(※1)を原因として回答が
「② はい」となる告知事項

4 **5** のいずれかまたは複数

(※1)・「痔」と診断されていることが条件です。「疑いの状態」は含みません。

・「痔」には「痔核(いぼ痔)」「裂肛(切れ痔)」「痔瘻(あな痔)」「肛門周囲膿瘍」「脱肛」を含みます。

・加入時に健康診断書が必要な方で、「痔」により「観察を要する」という指示を受けている場合は、告知事項の回答が「① いいえ」でも詳細告知書兼条件付加入同意書のご提出が必要です。

次の方はご加入できません

- ・「痔」と診断されていない方(「疑いの状態」など)、「直腸脱」「肛門ポリープ」「大腸ポリープ」「直腸がん」「前立腺疾患」などの方。
- ・「痔」を原因として告知事項 **4** **5** 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
- ・「痔」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※2)。

(※2)ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.5)の場合を除きます。例えば、「痔」に加え、「帝王切開」や「子宮筋腫」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件(保障を制限する事項)

適用期間
3年

- ・申込日から3年以内に開始(実施)した『**「痔」の治療**』(※3)のための入院および手術の共済金はお支払いしません。
- ・申込日から3年以内に開始(実施)した『**「直腸および肛門部」の治療**』(※4)のためのがんの特約のすべての共済金はお支払いしません。(「がんの特約」は、《あいぷらす》の場合です。)

(※3)『「痔」の治療』とは、「痔核(いぼ痔)」「裂肛(切れ痔)」「痔瘻(あな痔)」「肛門周囲膿瘍」「脱肛」の治療またはその治療と因果関係のある傷病の治療をいいます。

(※4)『「直腸および肛門部」の治療』とは、「直腸および肛門部」にかかわる悪性新生物および上皮内新生物の治療をいいます。

コース変更時のご注意

- ・更改、継続または移行した場合、更改、継続または移行後の共済契約にもこの条件を引き継ぎます。

ご注意

- ・《あいぷらす》で入院特約やがんの特約を付帯しない場合や《ずっとあい》終身生命にお申し込みの場合、共済金のお支払いに特別な条件は付きませんが、他の病気などがいないことを確認するため詳細告知書兼条件付加入同意書の提出が必要です。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所

ステップ1 にご記入ください。

ステップ2 の「痔」の記入欄に
○をつけてください。

ステップ3 その他告知欄の質問に
お答えください。

帝王切開

ご加入の条件

お申し込み
できる商品・
コース

たすけあい L2000円 L3000円 L4000円 V2000円 V4000円
R3000円 R4000円 S1200円 S3000円 W2000円

あいぱす 各コース(入院特約を付帯する場合) **ずとあい** 終身医療 各コース

「帝王切開」を原因として回答が
「② はい」となる告知事項

7 (過去5年以内に帝王切開を受けた方が対象です。)

次の方はご加入できません

- ・「帝王切開」を原因として告知事項 **7** 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
- ・「帝王切開」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※1)。

(※1) ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.5)の場合を除きます。例えば、「帝王切開」に加え、「子宮筋腫」により告知事項の回答が「② はい」となる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件(保障を制限する事項)

適用期間
2年

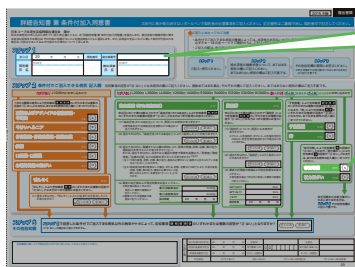
・ 申込日から2年以内に開始(実施)した『「妊娠および分娩」にかかわる』(※2)入院および手術の共済金はお支払いしません。

(※2) 『「妊娠および分娩」にかかわる』とは、「帝王切開」だけではなく、妊娠期から分娩に至るまでの異常に対する治療をい、妊娠および分娩を原因とする病気の治療を含みます。

コース変更時のご注意

- ・ 更改、継続または移行した場合、更改、継続または移行後の共済契約にもこの条件を引き継ぎます。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所



ステップ1 にご記入ください。

ステップ2 の「帝王切開」の記入欄に○をつけてください。

※帝王切開または視力障がいのみにあてはまる方は、ステップ3
その他告知欄のご記入は不要です。

視力障がい

ご加入の条件

お申し込み
できる商品・
コース

たすけあい S1200円 S3000円

あいぷらす 各コース **ずっとあい** 終身生命 各コース **ずっとあい** 終身医療 各コース

「視力障がい」を原因として回答が
「② はい」となる告知事項

8 (左右の最大矯正視力の合計が0.6未満となる方が対象です。)

次の方はご加入できません

- ・「視力障がい」を原因として告知事項 **8** 以外の質問の回答が「② はい」となる方。
 - ・「視力障がい」以外の病気やケガで告知事項のいずれかの質問の回答が「② はい」となる方(※1)。
- (※1) ただし、この冊子掲載の条件付でご加入できる病気(P.5)の場合を除きます。例えば、「視力障がい」に加え、「子宮筋腫」により告知事項の回答が「② はい」になる方は、それぞれの条件を満たせばお申し込みできます。

共済金のお支払いなどの条件 (保障を制限する事項)

適用期間
3年

- ・ 申込日から3年以内の『「視覚」にかかわる重度障害共済金』(※2)はお支払いしません。
- ・ 申込日から3年以内の『「視覚」にかかわる重度障害共済金』による共済掛金の払込免除は適用しません。
(「共済掛金の払込免除」は《ずっとあい》終身医療の場合です。)
- ・ 申込日から3年以内に開始(実施)した『「眼および付属器」の治療』(※3)のための入院および手術の共済金はお支払いしません。
- ・ 申込日から3年以内に開始(実施)した『「眼および付属器」の治療』のためのがんの特約のすべての共済金はお支払いしません。
(「がんの特約」は、《あいぷらす》の場合です。)

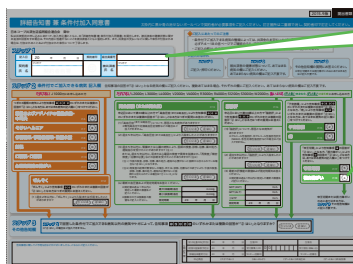
(※2) 『「視覚」にかかわる重度障害共済金』とは、視力低下の原因となった病気の種類は問わず、視力低下による重度障害共済金をいいます。ただし、不慮の事故を直接の原因とする重度障害共済金は除きます。(不慮の事故を直接の原因とする重度障害共済金のお支払いにつきましては、お支払いの条件を別途満たすことが必要です。)

(※3) 『「眼および付属器」の治療』とは、視力に関係なく、「眼および付属器」にかかわるすべての病気の治療またはその治療と因果関係のある傷病の治療をいいます。「眼」には眼球のほか、視路、視覚中枢を含みます。

コース変更時のご注意

- ・ 更改、継続または移行した場合、更改、継続または移行後の共済契約にもこの条件を引き継ぎます。

詳細告知書兼条件付加入同意書(P.23)のご記入箇所



ステップ1にご記入ください。

ステップ2の「視力障がい」の記入欄に○をつけてください。

※帝王切開または視力障がいのみにあてはまる方は、ステップ3
その他告知欄のご記入は不要です。

コース変更時のご注意

更改（共済期間中にコース変更すること）

更改時のご注意

- ・更改する場合も、加入申込書の「健康状態についての質問（告知事項）」にご回答いただきます。告知事項の回答が「② はい」となる場合は、保障内容を増額することができません（条件付でご加入できる病気の対象となる場合を除きます）。
- ・《ずっとあい》は更改の取り扱いはありません。

更改時の「共済金のお支払いなどの条件」に関する取り扱い

- ・更改する場合、更改前の共済契約に「共済金のお支払いなどの条件」が付いているかどうかによって、更改後の共済契約の「共済金のお支払いなどの条件」に関する取り扱いが異なります。

更改前の共済契約	更改後の共済契約	「共済金のお支払いなどの条件」が付く場合	「共済金のお支払いなどの条件」が付かない場合
「共済金のお支払いなどの条件」が付いている場合		<ul style="list-style-type: none"> ◇更改前の保障金額の全額について、「共済金のお支払いなどの条件」を引き継ぎます。 ◇更改したことで増額となった保障金額について、今回の「共済金のお支払いなどの条件」を適用します。 	<ul style="list-style-type: none"> ◇更改前の保障金額までは、「共済金のお支払いなどの条件」を引き継ぎます。（※2） ◇更改したことで増額となった保障金額については、「共済金のお支払いなどの条件」は付きません。
「共済金のお支払いなどの条件」が付いていない場合		<ul style="list-style-type: none"> ◇更改したことで増額となった保障金額について、今回の「共済金のお支払いなどの条件」を適用します。（※1） 	<ul style="list-style-type: none"> ◇「共済金のお支払いなどの条件」は付きません。

（※1）《たすけあい》J1900円コースから《たすけあい》J1000円コースに更改した場合は、保障金額の増額部分のみではなく、保障金額の全額に「共済金のお支払いなどの条件」を適用します。

（※2）《たすけあい》J1000円コースから《たすけあい》J1900円コースに更改した場合は、「共済金のお支払いなどの条件」を引き継ぎません。ただし、更改前の共済契約の「共済金のお支払いなどの条件」の適用期間中に更改した場合は、J1900円コースの申込日から1年以内に発生した共済事由は共済金を削減してお支払いする場合があります。

継続（共済期間の満期終了後、引き続き継続すること）、移行（ほかの商品に変更すること）

継続または移行時の「共済金のお支払いなどの条件」に関する取り扱い

- ・「共済金のお支払いなどの条件」が付いている契約から継続または移行した場合、継続または移行後の共済契約の「共済金のお支払いなどの条件」の取り扱いはつぎのとおりです。

病名	継続または移行後の「共済金のお支払いなどの条件」の取り扱い
扁桃およびアデノイドの慢性疾患・中耳炎 そけいヘルニア 停留精巣・移動性精巣・陰嚢水腫 斜視 口唇裂・口蓋裂 心理的発達の障がい	《たすけあい》J1000円コースの19歳の年齢満期とともに「共済金のお支払いなどの条件」が終了します。継続後の共済契約に「共済金のお支払いなどの条件」は引き継ぎません。
ぜんそく	《たすけあい》J1000円コースの19歳の年齢満期後の共済契約にも「共済金のお支払いなどの条件」を引き継ぎます。
子宮筋腫 痔 帝王切開 視力障がい	継続または移行後の共済契約に「共済金のお支払いなどの条件」を引き継ぎます。

参考 健康状態についての質問（告知事項）

お手元へ加入申込書がない場合は、こちらのページで告知事項をご確認ください。ただし、お申し込みの商品やコースによっては一部回答が不要なものや、語句が異なる部分があります。

申込日当日における健康状態について、「① いいえ」または「② はい」でお答えください。

①	現在、入院中ですか？ ※申込日当日の入院および退院の場合も「② はい」になります。	① いいえ ② はい	
②	現在、医師から、入院または手術をすすめられていますか？ ※入院または手術について、「実施が本人や家族の判断にまかされている場合」も「② はい」になります。	① いいえ ② はい	
③	過去5年以内に、つぎの病気により、医師の検査、診察、治療、薬の処方、通院指示を受けたことがありますか？ がん（悪性新生物） 脳卒中 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血 脳動脈瘤 狭心症 心筋梗塞 心臓弁膜症 先天性心疾患 心筋症 上室性頻拍 心室頻拍 心房細動 心房粗動 脂肪肝 肝硬変 肝炎 肝炎ウイルスキャリア 肝機能障害 糖尿病 高血圧症 統合失調症 アルコール依存症 薬物依存症 ※健康診断、人間ドック、がん検診などで上記の病気と診断された場合も「② はい」になります。	① いいえ ② はい	「② はい」の場合は【表イ：条件付でご加入できる病気】をご確認ください。 【表イ】以外の病気やケガで「② はい」となる場合はご加入できません。
④	過去1年以内に、病気やケガで、医師による検査、診察、治療、薬の処方、通院指示を受けたことがありますか？ ※【表ア：軽度の病気やケガ】による場合は「① いいえ」になります。 ※診察、治療などの終了により、今後の検査、診察、治療、薬の処方、通院の必要がないと医師から伝えられている場合は「① いいえ」になります。	① いいえ ② はい	
⑤	過去1年以内に、健康診断、人間ドック、がん検診、妊婦健診、乳幼児健診などで異常を指摘され、「再検査」「精密検査」「治療が必要」などの診断を受けたことがありますか？ ※【表ア：軽度の病気やケガ】による場合は「① いいえ」になります。 ※再検査の結果が異常なしの場合、または、診察、治療などの終了により、今後の検査、診察、治療、薬の処方、通院の必要がないと医師から伝えられている場合は「① いいえ」になります。	① いいえ ② はい	
⑥	女性で15歳以上の方のみお答えください。 現在、妊娠中で、かつ、妊娠に関して、健康保険適用の検査、診察、治療、薬の処方、通院指示を受けていますか？ 【健康保険適用の例】 貧血やつわりなどによる薬の処方 切迫流産 切迫早産 子宮頸管無力症 妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病など ※処方されている薬が便秘、湿疹、あせも、乾燥肌に対する薬のみの場合は「① いいえ」になります。	① いいえ ② はい	「② はい」の場合はご加入できません。
⑦	《たすけあい》にご加入を希望する女性で15歳以上の方、《あいぶらす》入院特約の付帯を希望する女性の方、《ずっとあい》終身医療にご加入を希望する女性で15歳以上の方のみお答えください。 過去5年以内に、帝王切開を受けたことがありますか？	① いいえ ② はい	「② はい」の場合は別冊【詳しい健康状態について】をご提出ください。
⑧	現在、左右の両眼の視力（メガネ・コンタクトレンズを使用して最大に矯正した後の視力）の合計が0.6未満ですか？	① いいえ ② はい	
⑨	40歳以上の方のみお答えください。 現在、公的介護保険制度における要介護の認定を受けていますか？ または、要介護の認定を申請中ですか？ ※要介護認定に該当する状態であると医師から指摘されている場合も「② はい」になります。	① いいえ ② はい	「② はい」の場合はご加入できません。
⑩	《あいぶらす》がんの特約の付帯を希望する方のみお答えください。 今までにがん（悪性新生物）にかかったことがありますか？	① いいえ ② はい	

【表ア：軽度の病気やケガ】健康状態についての質問（告知事項）の④⑤の回答に際し、ご参照ください。

虫歯 さし歯 入歯 歯槽膿漏症 歯髄炎 歯周炎 歯周症 歯肉炎 湿疹 アトピー性皮膚炎 じんま疹 かぶれ いぼ 水虫 かぜ（インフルエンザは除く）
急性鼻炎（慢性鼻炎は除く） 花粉症 食物アレルギー 動物アレルギー 単純近視 ものもらい 結膜炎 月経不順 手足（注）のケガ（打撲・ねんざ・脱臼・骨折）
切傷 火傷

（注）「手足」とは、「鎖骨、上腕骨から手先」および「大腿骨から足先」をいいます。肩関節、肩胛骨、股関節は含みません。
※上記の病気やケガは、傷病名が確定しているものに限ります。（例えば「かぜの疑い」の状態は「かぜ」ではありません。）
※上記以外でも、当会が定める軽度の病気やケガであれば、ご加入できる場合がありますので、ご加入の生協にお問い合わせください。

【表イ：条件付でご加入できる病気】健康状態についての質問（告知事項）の①～⑤の各回答が、下記の病気のみによって「② はい」となる場合は、別冊【詳しい健康状態について】をご提出ください。下記以外の病気やケガで「② はい」となる場合は、ご加入できません。

《たすけあい》（V1000円コース、ジュニア18コースを除く）《あいぶらす》《ずっとあい》の各コースにお申し込みの方

告知事項 ①②④⑤	子宮筋腫	共済金のお支払いに条件を付けることで、ご加入できる場合があります。
告知事項 ④⑤	痔	
告知事項 ③④⑤	（満30歳以上の方に限ります。） 高血圧症（または高血圧） 脂肪肝 ※上記の病気、過去5年以内に入院がない場合に限ります。	一定の条件を満たすことで、ご加入できる場合があります。

《たすけあい》J1000円コースにお申し込みの方

告知事項 ①②④⑤	扁桃およびアデノイドの慢性疾患 中耳炎 そけいヘルニア 停留精巣 移動性精巣 陰嚢水腫 斜視 口唇裂 口蓋裂 心理的発達の障がい	共済金のお支払いに条件を付けることで、ご加入できる場合があります。
告知事項 ④⑤	ぜんそく ※ぜんそくで、過去2年以内に入院または手術がない場合に限ります。	

*「申込日」とは、生協が加入申込書を受け付けた日（郵送の場合は消印日、消印がない場合は到着日）です。
*「入院」には、検査入院、教育入院を含みますが、正常分娩による入院は除きます。
*「手術」には、切開術、切除術の他に内視鏡による手術や放射線治療も含みます。ただし、健康保険適用外の美容整形の手術は含みません。
*「がん（悪性新生物）」には、白血病や肉腫などを含みますが、上皮内新生物は含みません。

参考 当会が定める「軽度の病気やケガ」の一覧

加入申込書の「健康状態についての質問(告知事項)」の【表ア:軽度の病気やケガ】では、当会が定める「軽度の病気やケガ」の一部を表示しています。当会が定める「軽度の病気やケガ」のすべての範囲は下表のとおりです。

部 位	病気やケガの名称
歯	しきそんちやく 色素沈着 しごう 歯垢 しせき 歯石 むしば 虫歯 う 歯 うくしょう う蝕症 こうもうしょう 咬耗症 まもうしょう 摩耗症 さし歯 さし歯 いれば 入歯 まいふくし 埋伏歯 まいぼつし 埋没歯 おやし 親知らず は はせつ 歯の破折 は お 歯の折れ しかんはせつ 歯冠破折 しこんはせつ 歯根破折 しろうのろうしょう 歯槽膿漏症 しずいえん 歯髓炎 ししゅうえん 歯周炎 ししゅうしょう 歯周炎 しにくえん 歯肉炎
口・舌	こうしんえん 口唇炎 こうしん 口唇ヘルペス こうしんほうしん 口唇疱疹 こうかくえん 口角炎 こうかく 口角びらん症 しょう 口内炎 ぜつえん 舌炎 ちずじょうぜつ 地図状舌
皮膚	しっしん 湿疹 しゆふしっしん 主婦湿疹 しんこうせいししやうかくひしやう 進行性指掌角皮症 きゅうせいようしん ストロフルス せいひふえん 急性痒疹 アトピー性皮膚炎 とびひ とびひ のうかしん 膿痂疹 しん じんま疹 かぶれ かぶれ せつしよくひふえん 接触皮膚炎(*1) おむつひふえん おむつ皮膚炎 おむつかぶれ おむつかぶれ おむつまけ おむつまけ あせも あせも かんしん 汗疹 とつぼせいぼしん 突発性発疹 しょうに 小児パラ疹 めんちやう 面疔 よう よう せつ せつ おでき おでき じんじょうせいもうそう 尋常性毛瘡 ねぶと ねぶと かたね かたね はたけ はたけ もうほうえん 毛包炎 もうのうえん 毛囊炎 にきび にきび めんぼう 座瘡 めんぽう 面皰 アテローム アテローム ふんりゅう 粉瘤 ひょうひのうしゅ 表皮嚢腫 かいせん 疥癬 ひぜんダニ寄生 ひぜんダニ寄生 べんち べんち たこ たこ うおのめ うおのめ けいがん 鶏眼 いぼ いぼ 疣贅 疣贅 でんせんせいなんぞくしゅ 伝染性軟属腫 なんゆう 軟疣 みず いぼ ひび ひび あかぎれ あかぎれ しもやけ しもやけ とうそう 凍瘡 まめ まめ ガングリオン ガングリオン けつせつしゅ 結節腫 なまず なまず でんふう 癩風 くろ 黒なまず しろ 白なまず じんじょうせいはいくはん 尋常性白斑 しらくも しらくも がんせん 頑癬 みずむし 水虫 たむし たむし はくせん 白癬 ぎょりんせん 魚鱗癬 もうごはん 蒙古斑 かんせん 乾癬(膿疱性乾癬は除く) かんびしやう 乾皮症(色素性乾皮症は除く) しみそせいかんびしやう しみそせい乾皮症(色素性乾皮症は除く) かんそうはだ 乾燥肌 ひしけつぼうしやう 皮脂欠乏症
呼吸器	かぜ(インフルエンザは除く) かぜ(インフルエンザは除く) きゅうせいじやうきどうえん 急性上気道炎 きゅうせいびえん 急性鼻炎 けつかんろうどうせいびえん 血管運動性鼻炎 きゅうせいびいんどうえん 急性鼻咽頭炎 きゅうせいこうとういんどうえん 急性喉頭咽頭炎 きゅうせいふくびくうえん 急性副鼻腔炎 きゅうせいふくびくうのうしやう 急性副鼻腔蓄膿症 きゅうせいいんどうえん 急性咽頭炎 きゅうせいこうとうえん 急性喉頭炎 きゅうせいへんどうえん 急性扁桃炎 きゅうせいこうがいへんどうえん 急性口蓋扁桃炎 きゅうせいいんどうへんどうえん 急性咽頭扁桃炎 プール熱 プール熱 いんどうけつまくねつ 咽頭結膜熱
免疫機能	かふんしやう 花粉症 せいびえん アレルギー性鼻炎 しよくもつ 食物アレルギー(*2) どうぶつ アレルギー(*3) しやうこうぐん シックハウス症候群
筋骨格	へんべいそく 偏平足 おスグッド・シュラッテル病 おスグッド・シュラッテル病 びやう O脚 きやく 内反膝 ないはんしつ X脚 がいはんしつ 外反膝
耳	みみあか 耳垢 みみあかせんそく 耳垢栓塞 じ 耳せつ みみ 耳フルンケル がいじどう 外耳道せつ がいじどう 外耳道フルンケル がいじえん 外耳炎 がいじどうえん 外耳道炎 がいじどうしっしん 外耳道湿疹
目	かせいぎんし 仮性近視 たんじゆんぎんし 単純近視 ろうがん 老眼 えんし 遠視 らんし 乱視 ものもらい ものもらい ばくりゅうしゅ 麦粒腫 さんりゅうしゅ 霰粒腫 けつまくえん 結膜炎 はやり目 はやり目 ドライアイ ドライアイ かくけつまくかんそうしやう 角結膜乾燥症
消化器	いかにい 胃下垂 い 胃アトニー いむりよくしやう 胃無力症 べんび 便秘 かびんせいちやうしやうこうぐん 過敏性腸症候群 かびんせいだいちやうしやうこうぐん 過敏性大腸症候群 しんけいせいげりしやう 神経性下痢症 しんいんせいげりしやう 心因性下痢症
泌尿器	ゆうそうじん 遊走腎 じんかすい 腎下垂 やにやうしやう 夜尿症 げっけいふじゆん 月経不順 せいりふじゆん 生理不順 かたげっけい 過多月経 かしょうげっけい 過少月経 ひんばつげっけい 頻発月経 まほつげっけい 希発月経 げっけいこんなんしやう 月経困難症
生殖器	げっけいまえきんちやうしやう 月経前緊張症 げっけいまえしやうこうぐん 月経前症候群
手足のケガ(*4)	だばく 打撲 ねんざ ねんざ だつきゅう 脱臼 こっせつ 骨折 けんだんれつ けんだんれつ じんたいそんしやう じんたいそんしやう きんにく 筋肉および腱の断裂 けん けん だんれつ けん きんにく けん にくばな 筋肉および腱の肉離れ
ケガ(*5)	そうしやう 創傷 まりきず 切り傷 ししやう 刺傷 さつかしやう 擦過傷 れっしやう 裂傷 ざめつそう 挫滅創 かっそう 割創 こうしやう 咬傷 やけど 火傷 とうしやう 凍傷
その他	きんえんちりやう 禁煙治療

当会が定める「軽度の病気やケガ」をご参照いただく際の注意点はつぎのとおりです。

- ※「軽度の病気やケガ」の表の病気やケガは、傷病名が確定しているものに限ります。(例えば「かぜの疑い」の状態は「かぜ」ではありません。)
- ※「軽度の病気やケガ」の表において、「〇〇性」と表示している病気は、その名称の病気のみが「軽度の病気やケガ」となります。(例えば「急性鼻炎」は「軽度の病気やケガ」ですが、「慢性鼻炎」や「鼻炎」は「軽度の病気やケガ」ではありません。)
- ※「軽度の病気やケガ」の表の病気やケガに別称がある場合には、それも含まれます。
- *1 「接触皮膚炎」については、原因(アレルギー、有害物質など)の種類は問いません。
- *2 「食物アレルギー」については、原因(蕎麦、小麦や卵など)の種類は問いません。
- *3 「動物アレルギー」については、原因(動物、昆虫、ダニ、毛や糞など)の種類は問いません。
- *4 「手足のケガ」および「ケガ」の各傷害は事故を原因とするものをいい、病気を原因とするものは含まれません。「手足」とは、「鎖骨、上腕骨から手先(鎖骨、上腕骨を含みます。)」および「大腿骨から足先(大腿骨を含みます。)」をいいます。肩関節、肩胛骨、股関節は含まれません。
- *5 「ケガ」の各傷害は身体の部位は問いません。

はじめに

条件付でご加入できる病気一覧

コース変更時のご注意

参考

健康状態についての質問(告知事項)

参考

当会が定める「軽度の病気やケガ」の一覧

記入例

記入例

太枠内に黒か青の消せないボールペンで契約者が必要事項をご記入ください。
訂正箇所は二重線で消し、契約者印で訂正してください。

① ステップ 1

記入日・組合員番号、契約者氏名・被共済者氏名をご記入ください。また、契約者印を押印ください。

② ステップ 2

被共済者の健康状態について、あてはまる病気の欄にご記入ください。複数あてはまる場合、それぞれの記入欄にご記入ください。あてはまらない病気の欄はご記入不要です。

2015.9版 提出書類

詳細告知書 兼 条件付加入同意書 太枠内に黒か青の消せないボールペンで契約者が必要事項をご記入ください。訂正箇所は二重線で消し、契約者印で訂正してください。

日本コープ共済協同組合連合会 御中
私は共済者として申し込みにあたって、加入申込書とともに、本「詳細告知書 兼 条件付加入同意書」を提出します。被共済者の健康状態に関する追加の告知事項は、その内容に相違がないことを被共済者とともに誓約します。また、共済金の支払いなどに関して条件が付加される場合は、付加されることおよび付加された条件について承知します。

ステップ 1

記入日	20XX年 5月 1日	契約者印	組合員番号	1 2 3 4 5 6 7 8
契約者氏名	フリガナ セイキョウ タロウ 生協 太郎	被共済者氏名	フリガナ セイキョウ ハナコ 生協 花子	

ステップ 2 条件付でご加入できる病気 記入欄 告知事項の回答が「② はい」となる病気の欄にご記入ください。複数あてはまる場合、それぞれの欄にご記入ください。あてはまらない病気の欄はご記入不要です。

たすけあい J1000円 お申し込みの方

つぎの6種類の病気により告知事項 ① ② ③ ④ ⑤ のいずれかまたは複数の回答が「② はい」となる方は、あてはまる病気の記入欄に○をつけてください。

扁桃およびアデノイドの慢性疾患・中耳炎 P.6 (A)

そけいヘルニア P.7 (B)

停留精巣・移動性精巣・陰嚢水腫 P.8 (C)

斜視 P.9 (D)

口唇裂・口蓋裂 P.10 (E)

心理的発達障がい P.11 (H)

ぜんそく P.12

「ぜんそく」により告知事項 ④ ⑤ のいずれかまたは複数の回答が「② はい」となる方はつぎの質問にお答えください。

(1) 過去2年以内に、「ぜんそく」により入院または手術をしたことがありますか? (1) いいいえ (2) はい

高血圧症(または高血圧) P.13

申込日において満30歳以上の方で「高血圧症(または高血圧)」により告知事項 ③ ④ ⑤ のいずれかまたは複数の回答が「② はい」となる方はつぎの質問にお答えください。

(1) 「高血圧症(または高血圧)」について、原因となる病気がありますか? (1) いいいえ (2) はい

(2) 過去5年以内に、「高血圧症(または高血圧)」により入院をしたことがありますか? (1) いいいえ (2) はい

(3) 過去5年以内に、腎臓または心臓の病気により、医師の検査、診察、治療、薬の処方、通院指示を受けたことがありますか? (注1) または、過去5年以内に、尿または心電図の検査で異常を指摘され、「再検査」「精密検査」「治療が必要」などの診断を受けたことがありますか? (注2) (注1) 今後の検査、診察、治療、薬の処方、通院の必要がないと医師から伝えられている場合も「② はい」になります。(注2) 再検査の結果が異常なしの場合、または、診察、治療などの終了により、今後の検査、診察、治療、薬の処方、通院の必要がないと医師から伝えられている場合は「① いいいえ」になります。

(4) 最新の血圧値および測定時期をお答えください。

測定値は過去1年以内に測定した最新の数値をご記入ください。	最大(収縮期)血圧	160 mmHg
	最小(拡張期)血圧	85 mmHg
※服薬中の方は服薬後の数値をご記入ください。	測定時期	20XX年 5月 1日

脂肪肝 P.14

申込日において満30歳以上の方で「脂肪肝」により告知事項 ③ ④ ⑤ のいずれかまたは複数の回答が「② はい」となる方はつぎの質問にお答えください。

(1) 「脂肪肝」について、原因となる病気がありますか? (1) いいいえ (2) はい

(2) 過去5年以内に、「脂肪肝」により入院をしたことがありますか? (1) いいいえ (2) はい

(3) 最新の肝機能の数値および測定時期をお答えください。測定値は過去1年以内に測定した最新の数値をご記入ください。

GOT(AST)	IU/L
GPT(ALT)	IU/L
γGTP	IU/L
測定時期	20 年 月 日

子宮筋腫 P.15 (2)

帝王切開 P.17 (5)

視力障がい P.18 (4)

「帝王切開」により告知事項 ⑦ の回答が「② はい」となる方、「視力障がい」により告知事項 ⑧ の回答が「② はい」となる方は、あてはまる病気の記入欄に○をつけてください。

帝王切開または視力障がいのみにあてはまる方は、ステップ 8 その他告知欄はご記入不要です。

ステップ 3 その他告知欄 ③ ステップ 2 で回答した条件付でご加入できる病気以外の病気やケガによって、告知事項 ① ② ③ ④ ⑤ のいずれかまたは複数の回答が「② はい」となりますか? (1) いいいえ (2) はい

告知事項に関してご不明な点がございましたら、こちらにご記入ください。
高血圧で月に一度通院をしています。

ステップ 4

加入申込書の申込受付日	20 年 月 日	生協CD	生協名
口座振替予定日	20 年 月 日	受付振替人CD	受付者名(専属人名)
告知書受付日	20 年 月 日	センター・店舗CD	センター・店舗名

23

③ ステップ 3

条件付でご加入できる病気以外に告知事項 ① ② ③ ④ ⑤ のいずれかまたは複数の「② はい」となる病気やケガがないことを確認するために、その他告知欄の質問にお答えください。

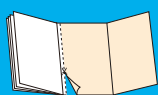
※帝王切開または視力障がいのみにあてはまる方はご記入不要です。

④

告知事項に関してご不明な点などがございましたらご記入ください。

告知事項は加入申込書またはこの冊子のP.20に記載しておりますので、ご参照ください。

ご記入が完了しましたら「詳細告知書兼条件付加入同意書」をキリトリ線で切り離してご提出ください。



お手元に残ったこの冊子は、共済金のお支払いなどの条件を記載しておりますので、大切に保管してください。