

被共済者告知書

記入例

本共済契約を締結することおよび共済金受取人を共済契約者に指定することに同意します。
なお、この書面に記入した告知事項は、事実と相違ありません。

告知日	4. 西暦 2025 年 4 月 1 日
-----	----------------------

1. 被共済者署名欄

被共済者名	フリガナ キョウサイ	タロウ	性別 1 男 2 女	生年月日 3 昭和 4 平成 60 年 1 月 1 日	年齢 40 歳
	共済	太郎			
職務内容	事務	加入コース	商品Ⅰ : 標準コース(2,000円) 商品Ⅴ : お手軽コース(1,200円) 商品Ⅰ-② : 充実コース(3,000円) 商品Ⅳ : 傷害死亡コース(2,000円)		

※ 年齢は、申込日(告知日)における満年齢をご記入ください。 ※ ご加入いただくコースに○印をご記入ください。

2. 告知欄

質問事項	1	告知日現在において、病気もしくはケガで欠勤中・通院中(経過観察を含む)、または薬剤の投与を継続中ですか。	はい
	2	告知日以前の過去2年間に同一の病気またはケガによって通算14日以上入院・通院・安静加療をしたことがありますか。	有
	3	告知日以前の過去2年間に、血圧測定、肝機能検査、尿検査の検査結果で異常を指摘されたことがありますか。	有
	4	パンフレット記載の「加入できない職業」に従事していますか。	はい
	5	現在、妊娠していますか。※女性の方のみご回答ください。	はい

(記入上のご注意)①この書面の各事項は、本共済への加入についての承諾を決定するための重要な事項です。ご記入にあたっては、必ず被共済者ご本人は質問事項に関し、ありのままを正確にご記入ください。万が一、被共済者以外の方が、ご記入された場合であっても、そのご記入された内容については被共済者が同意されているものとみなします。②ご記入された内容が事実と異なったり、または質問事項についてご記入がなかった場合には、契約を解除されたり、共済金の支払いを受けられないことがあります。告知事項に該当する場合には、はい、有に○印をご記入ください。

※上記「質問事項」に「はい」「有」とお答えになった場合は、以下の「個別告知事項」の必要事項をご記入ください。

個別告知事項	傷病名(または症状)	治療の期間(該当するものに○印)	告知日現在の症状
	フリガナ コウケツアツ	入院 通院 投薬 経過観察 安静加療	
	高血圧88-145	西暦 2025 年 4 月 1 日 から 西暦 年 月 日 まで	治療中 経過観察中 完治
	フリガナ	入院 通院 投薬 経過観察 安静加療	
		西暦 年 月 日 から 西暦 年 月 日 まで	治療中 経過観察中 完治
	フリガナ	入院 通院 投薬 経過観察 安静加療	
	西暦 年 月 日 から 西暦 年 月 日 まで	治療中 経過観察中 完治	

(注)複数の傷病を患っている方については、その全ての傷病について傷病名欄にご記入ください。なお、記入欄が足りない場合は、事務局0120-816-931(無料)にお問い合わせください。

※この用紙はコピーしてご利用いただけます。