



# 質 問 表

## 注意事項

- ① この書面による告知は、本共済への加入についての諾否を決定するための重要な事項です。必ず被共済者ご本人が有りのまますを正確に漏れなくご記入ください。万が一、被共済者本人以外が記入された場合であってもその記載された内容については、被共済者本人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相違していた場合には、ご契約が解除されたり、共済金の支払いを受けられないことがあります。

**1** 病気やケガ(種類、程度は問いません。)のために、今後、入院または手術を勧められている。

**2** 病気やケガ(軽い風邪や、手足打撲等を除きます。)のために、医師等(\*1)により、将来にわたる検査、経過観察等の指導注意を受けている。

病気やケガに限らず、「医師に診てもらった」事実があれば告知が必要です。  
投薬には、病院や診療所で薬の処方のみを受けた場合も含まれます。

**3** 申込日以前の3ヵ月以内に、医師等の診察、検査、治療、投薬を受けたことや、検査を受けた結果、再検査・治療・入院・手術をすすめられたことがある。

**4** 過去1年以内に、病気やケガで手術をうけたことがある。または継続して7日以上入院をしたことがある。

正常分娩は含みません。

健康診断とは、健康維持および病気の早期発見のための診察・検査をいいます(自主的に受けた脳ドック・がん検診も含まれます)

【異常】とは要再検査、要精密検査、要治療、要経過観察をいいます。

【要経過観察】とは

観察が必要、経過観察を要する、経過観察中、経過観察後に検査が必要に該当するもの。

**5** 過去2年以内に、健康診断・人間ドックを受けて、心臓、肺、胃腸、肝臓、腎臓、すい臓、胆のう、子宮、乳房、血圧測定、尿検査、血液検査、眼底検査の結果の異常(要再検査、要精密検査、要治療、要経過観察を含む)を指摘されたことがある。

**6** 慢性疾患(\*2)のため、医師等の治療を受けている、または医師等にその治療をすすめられている。

定期的な診察・検査を含みます。

**7** 先天性の病気や身体障害により、視力、聴力、言語、そしやく機能に障害があり、日常生活・家事・業務に他人の介護(手助け)や機器の使用を要する状態である。

**※質問表内容の質問事項に該当する方は、ただちにはお申込みいただけません。**

(\*1)「医師等」とは、医師および接骨医、針・灸・マッサージ師、磁気施術師等をいいます。

(\*2)慢性疾患とは、次に掲げる疾患をいいます。

- 悪性新生物(ガン・肉腫・筋腫・白血病等)
- 胃および腸の潰瘍(胃潰瘍・十二指腸潰瘍等)
- 心臓疾患
- 肺炎疾患(肺炎・肺結核等)
- 脳血管疾患(脳出血・脳血栓・くも膜下出血等)
- 腎臓疾患(腎炎・ネフローゼ等)
- 肝臓・すい臓等の内臓疾患
- 糖尿病およびその他代謝障害
- 精神病およびアルコール中毒(統合失調症等)
- 骨髄および神経疾患(骨髄炎・髄膜炎・脳性麻痺等)
- 耳鼻および眼疾患
- 血管および血液疾患(血友病・動脈硬化症等)
- 厚生労働省が指定する特定疾病医療費公費負担の対象となる疾患  
(パーキンソン病・クローン病・パーキンソン病等)
- その他、この組合が指定する慢性疾患