

団体介護保険 申込書兼告知書
注意いただきたいこと

▶裏面に「申込書兼告知書」
記入方法を記載しております。

(次ページから「申込書兼告知書」本体になります)

「申込書兼告知書」の記入・押印にあたり、注意いただきたいことをまとめておりますので、必ずご確認ください。
この「申込書兼告知書」は新規加入(追加加入)の場合に使用いたします。保険金額の増額と減額(口数変更)、脱退する場合は「異動報告書兼告知書」を使用してください。

●健康状態の質問事項(告知)

健康状態の質問事項に正しく告知いただくことが、「団体介護保険」のお引受けにあたり大切となります。「申込書兼告知書」の記入・押印にあたり、必ずご確認ください。

- ◆「質問事項」は必ずお読みいただき、質問事項回答(告知欄)に正しく記入してください。
- ◆新規加入(追加加入)する方の申込日(告知日)時点での健康状態等により加入判断を行います。
- ◆「申込書兼告知書」の提出にあたっては、必ず申込日(告知日)を記入してください。
(注)告知の内容が正しくないと、告知義務違反によるお申込内容の解除や保険金をお支払いすることができない場合があります。

- 質問1 申込日(告知日)現在、日常生活上の行為^{*1}を行う際に、他人の介護や付き添い(一部介助^{*2}・見守り^{*3}・支え^{*4}を含む)を受けている。
- ※1 日常生活上の行為とは、食事・歩行・寝返り・立ち上がり・入浴・排せつ・衣類着脱・金銭の管理をいいます。
※2 一部介助とは、自立(自立とは基本的に自分ひとりで日常生活上の行為ができる状態のことを指します)に近い状態でありながら、見守りや誘導、簡単なサポートが必要な状態のことをいいます。
※3 見守りとは、そばについて、いつでも必要な援助を行える態勢をとることをいいます。
※4 支えとは、手助けすることをいいます。
- 質問2 申込日(告知日)現在、公的介護保険制度の要介護・要支援の認定を受けている、または要介護・要支援の認定申請をしている。
- 質問3 申込日(告知日)現在、医療機関に入院中もしくは医師の指示による在宅療養中^{*5}である。または医師により入院・手術をすすめられている。
- ※5 療養とは治療と養生のことで、病気やけがの手当てをし、体を休めて健康の回復をはかることです。在宅療養とはこうした過程を入院などではなく、ご自宅など住みなれた環境(在宅)で過ごすことです。
- 質問4 申込日(告知日)現在、骨折(手足の指を除く)・脊髄損傷で医師の治療・投薬を受けている。
* 経過観察として医師の診察を継続している場合やリハビリ中の場合を含みます。
- 質問5 申込日(告知日)から過去1年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがある。
- 質問6 申込日(告知日)から過去5年以内に以下の病気により医師の治療・投薬を受けたことがある。

(16疾病)

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| 1 悪性新生物
(がん・肉腫・白血病・リンパ腫等)
または上皮内新生物(上皮内がん) | 7 進行性核上性麻痺、
大脳皮質基底核変性症
及びパーキンソン病
【パーキンソン病関連疾患】 | 12 糖尿病性神経障害、
糖尿病性腎症及び
糖尿病性網膜症 |
| 2 関節リウマチ | 8 脊髄小脳変性症 | 13 脳血管疾患 |
| 3 筋萎縮性側索硬化症 | 9 脊柱管狭窄症 | 14 閉塞性動脈硬化症 |
| 4 後縦靭帯骨化症 | 10 早老症 | 15 慢性閉塞性肺疾患 |
| 5 骨折を伴う骨粗鬆症 | 11 多系統萎縮症 | 16 両側の膝関節又は
股関節に著しい変形を
伴う変形性関節症 |
| 6 認知症・軽度認知障がい(MCI)・
アルツハイマー病・レビー小体病 | | |

質問事項1～6に対する答えが、一つでも「該当する」となる方は、
新規加入(追加加入)をすることができません。

●介護保険金の受取人

被保険者	受取人(=被保険者) ^{*1}
本人 ^{*2}	本人自身
配偶者	配偶者自身
本人の親	本人の親自身
配偶者の親	配偶者の親自身

- ※1 介護保険金の受取人は被保険者自身となります。
- ※2 本人とは、東京青色申告会連合会共済会の会員(申告会会員本人・事業専従者・従業員・青色申告会の事務局職員)を指します。

●死亡保険金の受取人

被保険者	受取人
本人 [*]	本人の遺族のうち(労働基準法施行規則第42条～第45条に規定する順位)とします。
配偶者	本人
本人の親	本人
配偶者の親	配偶者

- ※ 本人とは、東京青色申告会連合会共済会の会員(申告会会員本人・事業専従者・従業員・青色申告会の事務局職員)を指します。

●指定代理請求人

被保険者が介護保険金を請求できない場合に、指定代理請求人が被保険者に代わって、介護保険金を請求することができます。

被保険者	指定代理請求人
本人 ^{*1}	本人の家族 ^{*2} のうち(労働基準法施行規則第42条～第45条に規定する順位) ^{*3*4} とします。
配偶者	本人
本人の親	本人
配偶者の親	配偶者

- ※1 本人とは、東京青色申告会連合会共済会の会員(申告会会員本人・事業専従者・従業員・青色申告会の事務局職員)を指します。
- ※2 本人が亡くなったとした場合の遺族にあたる方を指しています。
- ※3 同順位の方が複数名いる場合は、同順位の方のうち、年長者の方。
- ※4 保険金のご請求時において、成人年齢(満18歳以上)であることを要します。

「申込書兼告知書」記入方法

- ◆「申込書兼告知書」の提出にあたっては、必ず申込日(告知日)を記入してください。申込日(告知日)は、この「申込書兼告知書」を記入した日を記入してください。
- ◆お申込みにあたっては、黒ボールペンで強く記入してください。(鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。)
- ◆内容を訂正する場合は、二重線で抹消後、訂正印(申込印と同一のもの)を押印のうえ、訂正内容を記入してください。
- ◆2枚目を切り離して、1枚目をご所属の青色申告会へご提出ください。2枚目は申込者控です。
- ◆被保険者自身で、記入・押印してください。

必要事項が記入・押印されているか、ご提出前にご確認ください。

1 申込日(告知日)

必ず申込日(告知日)を記入してください。

2 申告会会員住所 申告会会員氏名

申告会会員の住所・氏名を記入してください。

3 加入者の基本情報

氏名・性別・生年月日を記入してください。

あわせて、本人については申告会会員との関係に○印をつけたうえで、申告会会員住所と異なる場合は住所を記入してください。

本人の加入は必須です。

*本人とは、東京青色申告会連合会共済会の会員(申告会会員本人・事業専従者・従業員・青色申告会の事務局職員)を指します。

満85歳*1までの方が新規加入(追加加入)できます。

*1 年齢は加入日(効力発生日)現在の満年齢

東京青色申告会連合会共済会 御中

「東京青色 団体介護保険」申込書兼告知書
(介護保障保険(団体型))

加入日(効力発生日) 西暦 年 月 日

申込締切日 パンフレットの裏表紙「加入申込み手続」をご確認ください。

受付

1	申込日(告知日)	西暦 2023 年 12 月 12 日		
2	申告会会員住所	〒 102 - 0074	TEL: 03 (3230) 8501	
	住所	東京都千代田区九段南4-8-36		
申告会会員氏名	姓	カナ アオイロ	名	カナ タロウ
	漢字	青色	漢字	太郎

パンフレット記載の意向確認書により保障内容が被保険者の意向に合致していることを確認し、事前に通知・配付された説明資料等に記載の重要事項(契約概要「注意喚起情報」を含む)および個人情報の取扱い等について了承・同意のうえ、以下のとおり加入を申込みます。新規加入(追加加入)する申込者それぞれがパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および表紙または裏面の健康状態の質問事項を確認のうえ告知します。なお、告知内容は事実と相違ないことを確認しました。

パンフレット・表紙を必ずご確認のうえ、太枠内を
もれなく記入・押印してください。

介護・死亡保険金の受取人、指定代理請求人については表紙または裏面を参照してください。

*申告会会員が掛金負担をする場合、事業専従者・従業員の配偶者・親は加入いただくことができません。

新規加入(追加加入)する場合、表紙または裏面の健康状態の質問事項を参照のうえ、記入してください。質問事項に対する回答が一つでも該当する場合は、「該当する」に○印をつけてください。「該当する」に○印を付すことは新規加入(追加加入)の条件です。

3 必ず加入

本人とは、東京青色申告会連合会共済会の会員(申告会会員本人・事業専従者・従業員・青色申告会の事務局職員)を指します。

本人	被保険者氏名		性別	生年月日		介護保険加入口数					質問事項回答(告知欄)	申込印(告知欄)	
	姓	名		年	月	日	1	2	3	4	5		
本人	姓 漢字 青色	名 漢字 太郎	男 昭和	57	08	06	1	2	3	4	5	該当しない	本人印
本人	住所 〒 -	申告会会員との関係 <u>申告会会員本人</u> (事業専従者) (従業員) (申告会職員)	女 平成									該当する	
配偶者	姓 漢字 青色	名 漢字 花子	男 昭和	54	07	14	1	2	3	4	5	該当しない	配偶者印
配偶者	姓 漢字 青色	名 漢字 一郎	女 平成	26	05	01	1	2	3	4	5	該当しない	親印
本人の親	姓 漢字 青色	名 漢字 春子	男 昭和	29	06	08	1	2	3	4	5	該当しない	親印
本人の親	姓 漢字 東京	名 漢字 次郎	女 平成	28	11	15	1	2	3	4	5	該当しない	親印
配偶者の親	姓 漢字 東京	名 漢字 秋子	男 昭和	31	09	28	1	2	3	4	5	該当しない	親印
配偶者の親	姓 漢字 東京	名 漢字 秋子	女 平成									該当する	

*保険金額の増額と減額(口数変更)、脱退する場合は「異動報告書兼告知書」を提出してください。

満85歳*1までの方が新規加入(追加加入)できます。

年齢によって加入できる口数に上限があります。15歳~70歳*2:5口 71歳~75歳:4口 76歳~80歳:3口 81歳~90歳(新規加入は85歳まで):2口 *2 配偶者・本人の親・配偶者の親は18歳~70歳までです。

4 介護保険加入口数

加入口数に1つだけ○印をつけてください。加入できる口数に上限があります。

15歳~70歳*2	71歳~75歳	76歳~80歳	81歳~90歳 (新規加入は85歳まで)
5口まで	4口まで	3口まで	2口まで

*2 配偶者・本人の親・配偶者の親は18歳~70歳。
*上記口数の上限の年齢を超える前に加入されている場合、口数の上限を超える年齢になったとしても、加入いただいている口数を継続いただくことができます(自動継続)。(例:60歳で5口加入すれば、71歳以降も5口を継続可能)
*年齢は加入日(効力発生日)現在の満年齢。

5 質問事項回答(告知欄)

被保険者自身が「申込書兼告知書」表紙または裏面に記載の健康状態の質問事項を参照のうえ、全てに該当しない場合は「該当しない」に、一つでも該当する場合は、「該当する」に○印をつけてください。

*該当するに○印をつけた方は新規加入(追加加入)いただくことができません。

6 申込印(告知印)

被保険者自身が申込印(告知印)を押印してください。