

※告知事項が無い場合、提出の必要はございません。  
WEBにてお申しいただいた翌日の0時より責任が開始されます。

## いきいきスマイル共済 事前告知依頼書

<お問合せ依頼方法>

■ファックス 06-7635-7809

■メール info@ikiiki-smile-union.org

メール依頼方法① 本書をPDFデータにて添付

メール依頼方法② 本文に直接入力

(入力フォームをお送り致しますので「事前告知依頼フォーム希望」と書いて送信ください)

※ご提出から5~7営業日に当組合から告知依頼に対する回答をお電話、メールにてご連絡致します。  
(査定内容によっては上記日数よりお時間を頂く場合がございます)回答書に従ってご記入ください。

いきいきスマイル労働組合

申込年月日

2021年 月 日

お客さま情報	フリガナ			
	氏名		様	性別 会員ID
	電話番号		男・女	
	FAX番号		生年月日 ※必ずご記入ください	
	メールアドレス		年 月 日 歳	
	住所	〒 -		

紹介者	紹介者氏名		会員ID
	電話番号		

対象のプラン	告知されたい(お申込をご希望している)プランをお選びください。		
	<input type="checkbox"/> 生きる希望・生きた証し	<input type="checkbox"/> がん特約	<input type="checkbox"/> 生きる支え
※査定時に使用するもので、お申込ではございません。			

告知1	現在を含め最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬をうけたことがありますか。 また、新型コロナウイルスの検査(PCR等)を受けた場合は、3ヶ月より前であっても告知してください。 (整骨院・接骨院での施術・治療を含みます)		
	<input type="checkbox"/> はい		
	はいにチェックとつけられた方のみご記入欄 ※病名・治療期間・部位など詳しくお書きください。		【投薬中のお薬を全てお書きください】
	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> その他( )

告知事項が一つでもある場合、記入無し用の用紙であっても必ず全てご送付ください。

告知2	過去1年以内に下記の手術を受けたことがありますか。また、今後半年以内に下記の手術を受ける予定がありますか。
	(1)痔瘻、痔核、脱肛手術 (2)子宮関係手術(子宮筋腫摘出術、子宮ポリープ切除術(子宮内膜搔爬術を含む)、流産手術、子宮内容除去術、子宮内容清掃術等) (3)変形性脊柱障害および椎間板障害に係わる手術 (4)副鼻腔炎手術 (5)白内障に係る手術 (6)ファイバースコープでの大腸ポリープ、胃ポリープ切除術 (7)眼瞼下垂症手術
	<input type="checkbox"/> はい
	はいにチェックとつけられた方のみご記入欄 受けた時期・受けるご予定時期:            年            月            日  手術名:  入院期間:

告知3	過去5年以内に、病気やけがで、継続して7日以上入院または手術を受けたことがありますか。 (正常分娩による入院を除きます。)
	<input type="checkbox"/> はい
	はいにチェックとつけられた方のみご記入欄 ※入院期間について詳しくお書きください。  病名:  入院期間:  手術名:
	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他(                      )

告知4	過去2年以内に健康診断・人間ドック・ガン検診・乳ガン検診・子宮ガン検診等を受けて、要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療を指摘されたことがありますか。※健康診断とは、健康維持および疾病の早期発見のための診察・検査をいいます。
	<input type="checkbox"/> はい
	はいにチェックとつけられた方のみご記入欄 ※病名・治療期間・部位など詳しくお書きください。
	<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他(                      )

告知5	高血圧・脂質・血糖値・尿酸値・肝機能などで異常値が有る方は告知時点の数値を詳しくご記入ください。

告知6	視力・聴力・言語・そしゃく機能に障がいがありますか。
	<input type="checkbox"/> はい
	はいにチェックとつけられた方のみご記入欄 ※病名・治療期間・部位など詳しくお書きください。

告知事項が一つでもある場合、記入無し用の用紙であっても必ず全てご送付ください。

告知 7	手・足・指について欠損または機能に障がいがありますか。背骨(脊柱)に変形や障がいがありますか。呼吸器、心臓、肝臓、腎臓、膀胱、腸、において障がいがありますか。	
	<input type="checkbox"/> はい	
	はいにチェックとつけられた方のみご記入欄 ※病名・治療期間・部位など詳しくお書きください。	

告知 8	現在および今までにガン(悪性新生物および上皮内新生物)にかかったことがありますか。 ※肉腫・悪性脳腫瘍・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫も含まれます。(5年より前であっても告知してください)		
	<input type="checkbox"/> はい		
	はいにチェックとつけられた方のみご記入欄 ※病名・治療期間・部位など詳しくお書きください。		
	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> その他( )

告知 9	過去5年以内に、下表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬をうけたことがありますか。		
	<input type="checkbox"/> はい		
	心臓・血圧		
	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・川崎病・心筋症・高血圧・不整脈(ペースメーカー含む)・左脚ブロック・大動脈瘤・ファロー四徴症・完全右脚ブロック・心肥大・冠状動脈硬化症・動静脈奇形		
	脳・精神・神経		
	脳卒中(脳こうそく・脳出血・くも膜下出血・脳血栓症・脳塞栓症・一過性脳虚血発作・脳動脈硬化症)・脳動脈瘤・髄膜炎・精神疾患(統合失調症・うつ病を含む)・てんかん・知的障がい・自律神経失調症・アルコール依存症・薬物依存症・不眠症・認知症・ノイローゼ・適応障害・パニック障害・パーキンソン病・ダウン症・多発性硬化症・性同一性障害・自閉症スペクトラム障害・先天性ミオパチー・筋ジストロフィー・もやもや病		
	肺・気管支		
	ぜんそく・慢性気管支炎・気管支拡張症・肺炎腫・肺結核・じん肺・肺線維症・間質性肺炎		
	胃・腸		
	胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・クローン病・回腸炎		
肝臓・胆のう・すい臓			
肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害・胆石・胆のう炎・すい臓炎			
腎臓・尿路			
腎炎・ネフローゼ・IgA腎症・腎不全・腎のう胞・腎臓結石・尿管結石・前立腺疾患			
目・耳・鼻			
白内障・緑内障・角膜疾患・視神経炎・ぶどう膜炎・網膜疾患(加齢黄斑変性症・網膜色素変性症・眼底出血・網膜剥離を含む)・弱視(矯正視力0.3未満)・中耳炎・前庭水管拡大症・耳硬化症・突発性難聴・蓄膿症・副鼻腔炎			
しゅよう			
ポリープ・上皮の異形成・しゅよう(リンパ腫・子宮筋腫・卵巣のう腫を含む)			
その他			
糖尿病(境界型糖尿病を含む)・耐糖能異常・関節リウマチ・こうげん病・自己免疫疾患・貧血症・甲状腺疾患・脊椎、腰、膝、関節部の疾患・紫斑病・血友病・子宮内膜炎・乳腺症・不妊症・皮膚疾患・パンチ症候群・ベーチェット病・サルコイドーシス・金属中毒・溶剤中毒・放射線障害・日和見感染・放線菌症・エイズ(HIV感染含む)・エリテマトーデス・シェーグレン症候群・指定難病			
はいにチェックとつけられた方のみご記入欄 ※病名・治療期間・部位など詳しくお書きください。			
			【投薬中のお薬を全てお書きください】
	<input type="checkbox"/> 完治	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> その他( )

その他	その他何かございましたらご記入ください。	

告知事項が一つでもある場合、記入無しの用紙であっても必ず全てご送付ください。