

生保記入欄	
自治体コード	加入番号

申込者（被保険者）告知書
(心身障害者扶養共済制度)

都道府県・指定都市記載欄		
①	②	③
1口目加入	2口目加入	1と2の同時加入

・愛媛県心身障害者扶養共済制度の重要事項の内容（個人情報取扱いを含む。）を確認・承知し、愛媛県心身障害者扶養共済制度における保険契約の被保険者となることに同意の上、署名・押印しました。
・次の事項は、事実と相違ありません。

愛媛県知事 様

告知日（記入日）	年 月 日	*告知書有効期限は、加入希望月の2箇月以内	
申込み（加入）に当たって	申込者は、以下の事項について心身障害者に対して説明し、この制度に加入することの同意を得ました。 ・申込者が死亡し、又は重度障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保険金」が支払われること。 ・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「弔慰金給付保険金」が支払われること。		
フリガナ	性別	生 年 月 日	
申込者氏名	① 男 ② 女	① 昭和 ② 平成	年 月 日
フリガナ	性別	生 年 月 日	
心身障害者氏名	① 男 ② 女	① 明治 ② 大正 ③ 昭和 ④ 平成	年 月 日
障害の種類・程度	① 身体障害 ② 知的障害 ③ 精神障害 ④ その他	① 1級 ② 2級 ③ 3級 ④ A ⑤ B ⑥ 1級 ⑦ 2級 ⑧ その他	① 配偶者 ② 父母 ③ 兄弟姉妹 ④ その他親族 申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由

申込者の告知（心身障害者に係る告知ではありません。）			
最近の健康状態	①最近3箇月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術を勧められたことがありますか。 * (はい)の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	はい	いいえ
過去5年以内の健康状態	②過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、又は継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 * (はい)の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	はい	いいえ
	③過去5年以内に、次の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 ある場合は、右の(はい)及び次の病名を○で囲んだ上、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	はい	いいえ
	④過去5年以内に、上記③以外の病気やけがで2週間以上にわたり、医師の診断・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 * (はい)の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	はい	いいえ
身体の障害	⑤現在身体に障害はありますか。(はい)の場合は、該当するところを○で囲んだ上、「障害の原因・部位・程度等」欄に詳細を記入してください。	はい	いいえ

心臓・血管	狭心症・心筋梗塞・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症（※1）
脳・精神・神経	脳卒中（脳出血・脳梗塞・くも膜下出血）・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症
肺・気管支	ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核
食道・胃腸・すい臓	胃潰瘍・十二指腸潰瘍・潰瘍性大腸炎・すい炎
肝臓・胆のう	肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変・肝機能障害
その他	糖尿病（※2）・リウマチ・膠原病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳癌

機能障害	目・耳・言語・咀嚼 手・足・手指・背骨（脊柱）	発症時期
欠損	手・足・手指・背骨（脊柱）	障害の原因
変形	手・足・手指・背骨（脊柱）	障害の部位
		障害の程度

〔詳細記入欄〕 ← 上記①～④に (はい) があつた場合は、その内容についてそれぞれ詳細を記入してください。その内容が「高血圧症（※1）」・「糖尿病（※2）」の場合は、数値等も記入してください。なお、記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください。

病気やけがの名前・検査名・検査結果	①	②	③	④	①	②	③	④
診察・検査・治療・投薬を受けた期間	年 月から 年 月まで				年 月から 年 月まで			
入院の有無・期間	(無)・(有) 年 月から 年 月まで				(無)・(有) 年 月から 年 月まで			
手術の有無（手術の名前又は内容・部位）	(無)・(有) ()				(無)・(有) ()			
症状経過	〔完治〕・〔治療中〕・〔検査中〕 〔検査終了（異常なし）〕・〔経過観察中〕				〔完治〕・〔治療中〕・〔検査中〕 〔検査終了（異常なし）〕・〔経過観察中〕			
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名								
	(※1) [高血圧症の場合は、記入してください。] 最近の血圧 最大 _____ mmHg 最小 _____ mmHg				(※2) [糖尿病の場合は、記入してください。] 最近の空腹時血糖値 _____ mg/dl 治療方法 (_____)			

生保記入欄