

# 新3大疾病付機構団体信用生命保険 健康診断結果証明書について

※借入予定額が **合計 5,000 万円を超える方は** ご提出ください。

(既に新3大疾病付機構団信・3大疾病付機構団信に加入されている場合、または今回2つ以上の新3大疾病付機構団信・3大疾病付機構団信に同時に申込みされる場合は、その保険金額(債務残高)を通算します。)

## 加入申込者様へのお願い

健康診断結果証明書を作成いただく医師は、加入申込者様の「ご家族」「三親等内の親族の方」以外でお願いいたします。

- 健康診断結果証明書の作成料・検査料は、加入申込者様の負担となっております。
- 提出された健康診断結果証明書は返却いたしませんのでご了承ください。

## 医療機関へのお願い

この健康診断結果証明書は、金融機関等に融資を申込まれた方が、新3大疾病付機構団体信用生命保険に加入される際に必要となる書類です。

つきましては、この健康診断結果証明書の**全ての項目をものないよう**にご記入くださいますようお願いいたします。記入事項を訂正する場合は、二重線で抹消のうえ、証明印と同じ印を押印してください。

- 証明いただきました健康診断結果証明書は加入申込者様へお渡し願います。  
(加入申込者様が専用封筒をお持ちの場合、専用封筒に入れ、密封のうえお渡し願います。)
- 健康診断結果証明書の作成料は、加入申込者様の負担となっておりますので、加入申込者様へご請求くださいますようお願いいたします。

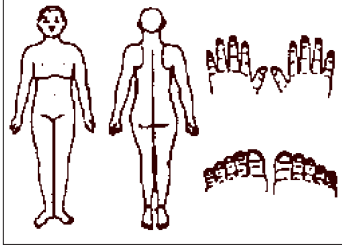
## 団体信用生命保険とは

この保険は、信用供与機関(金融機関等)、または信用保証機関(保証会社等)を保険契約者、信用供与機関等から融資を受けている賦払債務者を被保険者とする保険契約で、賦払債務者が保険期間中に死亡、所定の身体障害状態、3大疾病保険金または介護保険金の支払事由に該当されたとき、生命保険会社が所定の保険金額を金融機関等の保険契約者(保険金受取人)に支払い、その保険金を債務の返済に充当するしくみの団体保険です。

新3大疾病付機構団体信用生命保険  
**健康診断結果証明書**

団体名	独立行政法人住宅金融支援機構
-----	----------------

氏名	様	性別	<input type="radio"/> 男性・ <input type="radio"/> 女性
生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年 月 日生	体格 身長 ____ cm 体重 ____ kg

既往症の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「有」のときその詳細  身体障害有のとき、障害・欠損箇所を記入ください。
現在の健康状態		
自覚症状の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
治療中の疾患	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
身体障害の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	

血圧	最大 _____ mmHg	最小 _____ mmHg
----	---------------	---------------

検尿	蛋白 <input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> 1+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+~	糖 <input type="radio"/> - <input type="radio"/> ± <input type="radio"/> 1+ <input type="radio"/> 2+ <input type="radio"/> 3+~
----	--	---

呼吸器・循環器・腹部・その他一般診察の所見	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「有」のときその詳細
-----------------------	---	------------

血色素	Hb _____ g/dl	糖代謝	HbA1c _____ %
-----	---------------	-----	---------------

肝臓機能	GOT _____ IU/l	GPT _____ IU/l	γ-GTP _____ IU/l
	HCV抗体 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性	HBs抗原 <input type="radio"/> 陰性 <input type="radio"/> 陽性	

脂質	総コレステロール _____ mg/dl	HDLコレステロール _____ mg/dl	中性脂肪 _____ mg/dl
----	----------------------	------------------------	------------------

心電図	異常の有無 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	※異常「有」の場合、コピーを添付ください。 [コピーを添付できない場合、異常所見の詳細について記載ください。]
-----	---	--

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

所在地 \_\_\_\_\_

病院または診療所の名称 \_\_\_\_\_

幹事生命保険会社 御中

医師 \_\_\_\_\_ 印

※全ての項目をもれのないようにご記入ください。

幹事生命保険会社 使用欄	
-----------------	--