



障がい状態・特定要介護状態ご確認シート

障がい状態のご確認について

所定の障がい状態に該当する場合(回復の見込みがない場合に限り)、**保険金のお支払い**または**保険料の払込免除**の対象となる可能性があるため、下記についてご確認ください。

◆ ● ■ ごとに、いずれかの状態に該当した場合、チェック してください。

眼	<input checked="" type="checkbox"/> ◆ 両眼が失明している
	<input checked="" type="checkbox"/> ● 眼鏡やコンタクトレンズ等で矯正をした状態の両眼の視力の合計が0.12以下である ● 片眼が失明している
	<input checked="" type="checkbox"/> ■ 両眼の視野が狭まっている、または視野に欠損がある ■ 両眼で見たときに、ものが二重に見える
耳	<input checked="" type="checkbox"/> ● 両耳の聴力を失っている ● 両耳とも耳に接しなければ話し声を理解できない
	<input checked="" type="checkbox"/> ■ 片耳の聴力を失っている ■ 内耳の平衡機能障がいにより、まっすぐ歩けない
鼻	<input checked="" type="checkbox"/> ■ 両側の鼻呼吸が困難である、または嗅覚を失っている
口	<input checked="" type="checkbox"/> ◆ 音声をまったく出すことができない、または言葉として音声を発することができない ◆ 流動食以外のものをとることができない
	<input checked="" type="checkbox"/> ● 身振りや筆談をしなければ、言葉で自分の意思を伝えることができない ● おかゆ程度の飲食物しか食べられない
	<input checked="" type="checkbox"/> ■ 味覚がない
精神神経 または 胸腹部臓器	<input checked="" type="checkbox"/> ◆ 終身常に介護を要する (常時寝たきり・歩行ができない・食べ物を口に運べない・排せつができない等)
	<input checked="" type="checkbox"/> ● 日常生活動作が家庭内に限られる、または軽易な労務しかできない
脊柱	<input checked="" type="checkbox"/> ● 衣類を着用しても明らかに脊柱の奇形がわかる ● 脊柱の運動範囲が通常の半分以下である
上肢 および 下肢	◆ 次のいずれか 2つ以上 の状態に該当する ※1つの状態が両腕または両脚にある場合も該当します。また、2つの状態が同一の腕または脚にある場合は、1つの状態のみに該当するものとします。 <input checked="" type="checkbox"/> ● 片腕を手首から肩までの間のいずれかの部分から失っている ● 片腕のすべての関節がほとんど動かない ● 片脚を足首から脚の付け根までの間のいずれかの部分から失っている ● 片脚のすべての関節がほとんど動かない
	<input checked="" type="checkbox"/> ● 片腕を手首から肩までの間または片脚を足首から脚の付け根までの間のいずれかの部分から失っている ● 片腕または片脚の関節のうち2関節以上が固まってほとんど動かない
	<input checked="" type="checkbox"/> ■ 片腕または片脚の関節のいずれかが固まって通常の半分までしか動かない ■ 片腕または片脚のいずれかの関節に人工骨頭もしくは人工関節を挿入している ■ 片腕または片脚に仮関節(偽関節)を残している ■ 骨折等により、脚の長さが3cm以上短くなった

手指
および
足指

- 片手の親指と人差指、または3手指以上(親指か人差指のどちらか含む)を失っている
 - 片手の4手指、または3手指(親指か人差指のどちらか含む)の指関節が固まって通常の半分までしか動かない
 - 10足指を失ったもの、または10足指の指関節が固まって通常の半分までしか動かない
 - 10足指のうち一部を失い、かつ、他の足指の指関節が固まって通常の半分までしか動かない
-
- 片手のいずれか1手指以上を失っている
 - 片手の親指か人差指、または2手指以上の指関節が固まって通常の半分までしか動かない
 - 片足の親指、またはそれ以外の足指4本を失っている
 - 片足の親指を含む3本以上の指関節が固まって通常の半分までしか動かない

◆ のいずれか **1つ以上** に該当

▶ **重度障がいによる保険金のお支払いまたは保険料の払込免除の対象となる可能性があります。**

◆ ● のいずれか **1つ以上** に該当

▶ **身体障がいによる保険料の払込免除の対象となる可能性があります。**

◆ ● ■ のいずれか **1つ以上** に該当

▶ **傷害保険金のお支払いの対象となる可能性があります。**

特定要介護状態のご確認について

下表の **A B** のいずれかに該当する場合、特定要介護状態として**保険金等のお支払いまたは保険料の払込免除の対象となる可能性がありますので、下記についてご確認ください。**

いずれかの状態に該当した場合、チェック してください。

日常生活において常時寝たきりの状態である

杖、装具等の使用および他人の介助によっても歩行ができない

A

次の状態のうち、**3つ以上**に該当する

- ・自分で大小便の排せつ後のふきとり始末ができない
- ・食器類または食物を選定、工夫しても、自分で食事ができない
- ・衣服等を工夫しても、自分で衣服の着脱ができない
- ・浴槽等を工夫しても、自分で浴槽の出入りまたは体の洗い流しができない

認知症であると医師に診断されている

B

意識障がいのない状態で、次の状態の**いずれか**に該当する

- ・季節または朝、昼、夜の時間が常にわからない
- ・現在自分が住んでいる場所、または現在自分がいる場所がわからない
- ・家族または日頃接している周囲の人間がわからない

A B のいずれかの **すべてのチェック欄** に該当

▶ **介護保険金等のお支払いまたは特定要介護状態による保険料の払込免除の対象となる可能性があります。**