

月額保険料と支払われる保険金の例



抗がん剤
悪性新生物

男性 33歳 (G1コース)

月額保険料

¥1,290



抗がん剤
悪性新生物
女性

女性 31歳 (H1コース)

月額保険料

¥1,390

胃がんと診断されて9日間通院後、手術（胃全摘除術）を受けて20日間入院。
退院後も10日間通院された場合（手術前後に放射線治療を受ける）。
抗がん剤治療として1年間（12か月）、12日通院した場合。

がん通院保険金	5,000円 × 9日 = 45,000円
がん診断保険金	1,000,000円
悪性新生物診断保険金	1,000,000円
がん放射線治療保険金	100,000円
がん入院保険金	10,000円 × 20日 = 200,000円
がん手術保険金	400,000円
がん特定手術保険金	1,000,000円
がん退院後療養保険金	100,000円
がん通院保険金	5,000円 × 10日 = 50,000円
抗がん剤治療保険金	1,200,000円
がん通院保険金	5,000円 × 12日 = 60,000円
保険金合計	5,155,000円

乳がんと診断されて6日間通院後、手術（乳房温存手術）を受けて12日間入院。
退院後も10日間通院された場合（手術前後に放射線治療を受ける）。
抗がん剤治療として3年間（36か月）、36日通院した場合。

がん通院保険金	5,000円 × 6日 = 30,000円
がん診断保険金	1,000,000円
悪性新生物診断保険金	1,000,000円
がん放射線治療保険金	100,000円
がん入院保険金	10,000円 × 12日 = 120,000円
がん手術保険金	400,000円
がん女性特定手術保険金	500,000円
がん通院保険金	5,000円 × 10日 = 50,000円
抗がん剤治療保険金	3,600,000円
がん通院保険金	5,000円 × 36日 = 180,000円
保険金合計	6,980,000円

保険料の払込方法について

保険料の払込方法は「月払」となります。組合員（ご加入者）の指定口座から毎月6日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に引き落とされます。

コープの「団体がん保険」は、暮らしに役立つ各種サービスをご用意しています。

1. まごころ健康ダイヤルサービス

通話料無料で以下の相談が受けられます。

- ① 健康・介護相談……健康・介護に関する電話相談を24時間365日、専門スタッフがお受けいたします。
- ② 年金相談……公的な年金に関し、社会保険労務士が電話相談をお受けいたします。
- ③ 税務相談……税金に関し、税理士が電話相談をお受けいたします。
- ④ 法律相談……法律に関し、弁護士が電話相談をお受けいたします。

2. 自宅で受けられる「がん予防検査」の紹介サービス

がんの早期発見・発病予防のため、検体を郵送することで自宅に居ながら受けられるがん予防検査（大腸がん検査、子宮頸がん検査、胃がん検査、胃・ピロリ菌検査、前立腺がん検査）をご紹介します。特別料金でご利用いただけます。

国立がん研究センターによる各種情報のご紹介

共栄火災は、がんに関する正しい知識の普及・啓発を支援するため、国立がん研究センターとがん情報の普及に関する包括的連携協定を結んでいます。

●がんのことなら「がん情報サービス」

がんについて信頼できる最新の情報をわかりやすく紹介しているウェブサイトです。

HPアドレス <https://ganjoho.jp/>



●がんリスクチェック

研究成果をもとに作成された、どのような生活習慣ががんや他の病気に繋がりがやすく、また病気に罹りにくいのか、生活習慣に潜むリスクをチェックするウェブサイトです。

HPアドレス <https://epi.ncc.go.jp/riskcheck>



更新型

コープの団体がん保険（更新型）は、がん保険（1年契約用）の愛称です。

団体契約
だから保険料

5%
割引

コープの団体

がん 保険

ばる



50歳以上の方にはハーフプランもあります

「大切な人がいるから」 生きるため、治すため

オプション

抗がん剤治療が
最大**600万円**保障！

抗がん剤治療につき1か月10万円（60か月限度）



24時間 365日
インターネット
加入できます

お問い合わせは

取扱代理店

(有)ヒューマンジョイントセンター

〒640-8323

和歌山市太田3丁目10-10

通話料無料 0120-611-873

受付時間 月～金 午前9:00～午後5:00

引受
保険
会社

共栄火災海上保険株式会社

関西支店 和歌山支社

〒640-8324

和歌山市吹屋町4丁目19

TEL / 073-432-6371

団体保険契約者

／わかやま市民生活協同組合

引受保険会社

／共栄火災海上保険株式会社

がんを知る！

1 日本人の**約2人**に**1人**ががんにかかり、**約4人**に**1人**ががんで亡くなっています。



年に約**100万人**が
がんと診断される



2 入院にかかる費用は、
がんの種類によって様々です。

がんの種類	平均入院日数	入院にかかる費用 (1日あたり)	入院にかかる費用
胃がん	22.3日	約5,700円	約129,000円
結腸及び直腸がん	16.4日	約6,400円	約105,000円
肝及び肝内胆管がん	20.8日	約6,200円	約128,000円
気管、気管支及び肺がん	21.1日	約6,500円	約137,000円
乳がん	15.4日	約6,900円	約107,000円

出典：入院費用 厚生労働省「令和3年度 医療給付実態調査」
平均在院日数 厚生労働省「令和2年度 患者調査」

3 がんの治療は時間がかかります。

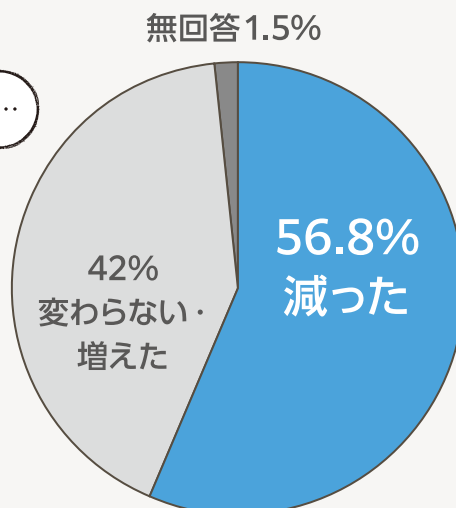
退院してからも継続して治療を受ける場合、通院回数が増えます。罹患したがんの種類によって、抗がん剤治療（ホルモン剤治療を含みます）は、投薬期間と休薬期間を1～2週間程度の周期で「1クール」として、繰り返す場合があります。放射線治療では、月曜から金曜の週5日間、数週間かけて行われます。

抗がん剤治療や、
放射線治療は長期治療
になる場合が多いんだ。



4 がん治療は、手術・放射線治療・抗がん剤治療など、
複数の治療を組み合わせることが多く、通院回数が増えるため、就労機会も減少します。

収入が減った人はこんなにいるんだ…



出典：平成26年 東京都保険医療局「がん患者の就労等に関する実態調査」の結果

貯金じゃまかなえないね…



5

先進医療は高額。しかも自己負担。



厚生労働省サイト
高額療養費制度

手術＋放射線治療＋抗がん剤治療などの公的医療保険適用（標準治療）であれば、高額療養費制度が適用されますが、先進医療を受ける場合は全て自己負担のため、家計に大きな負担となります。

多様化する治療

 公的医療 保険適用	標準治療	手術 放射線治療 抗がん剤治療
	先進医療	重粒子線治療 陽子線治療
 公的医療 保険適用外	自由診療	国内未承認薬抗がん剤治療 適応外薬抗がん剤治療

各先進医療技術の平均費用

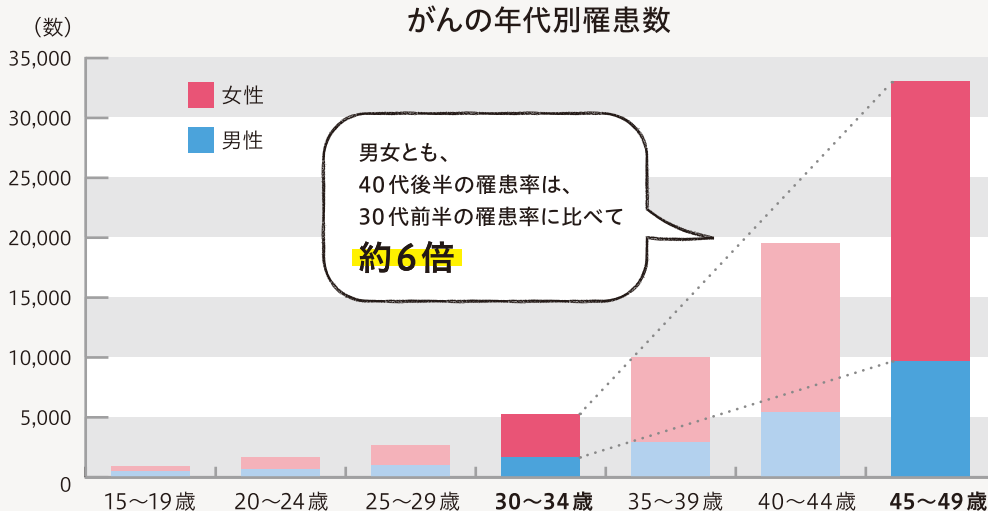
先進医療技術名	平均費用
陽子線治療	約268万円
重粒子線治療	約314万円
イマチニブ経口投与及び ペムブロリズマブ静脈内投与の併用療法	約328万円
周術期デュルバルマブ静脈内投与療法	約957万円
自己軟骨細胞シートによる軟骨再生治療	約405万円

出典：中央社会保険医療協議会「令和6年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告について」
第138回先進医療会議 令和6年度実績報告（令和5年7月1日～令和6年6月30日）

がんに備える！

6

女性は30代から、がんにかかるリスクが上がります。



資料：公益財団法人がん研究振興財団
「がんの統計2024」をもとに作成



2人に1人はがんになる時代でも早期の治療で、がんは治る病気！

これから築く未来に向けて、
「コープの団体がん保険」がサポートします。

基本保障内容			基本プラン	ハーフプラン
診断	がん診断保険金	がんと診断確定されたとき	一時金として 100万円	一時金として 50万円
	がん入院保険金	がんで入院されたとき、入院1日目から何日でも保障	1日につき 10,000円	1日につき 5,000円
入院	がん退院後療養保険金	がんで20日以上継続して入院（退院後30日以内の転入院・再入院含む）し、退院されたとき	一時金として 10万円	一時金として 5万円
	がん通院保険金	通院1日目から保障。三大治療（手術、放射線治療、抗がん剤治療）のための通院の場合には無制限に保障	1日につき 5,000円	1日につき 2,500円
治療	がん先進医療保険金	受けられた先進医療にかかわる技術料を実費で保障	1回の先進医療につき 2,000万円 限度	
	がん先進医療一時金	がん先進医療保険金が支払われるとき	一時金として 5万円	
	がん患者申出療養保険金	受けられた患者申出療養にかかわる技術料を実費で保障	1回の患者申出療養につき 2,000万円 限度	
	がん手術保険金	がんで手術を受けられたとき、手術の種類に応じて	1回につき 10・20・40万円	1回につき 5・10・20万円
	がん特定手術保険金	がんで胃全摘除術や片側肺全摘除術など、所定の手術を受けられたとき	1回につき 100万円	1回につき 50万円
	がん放射線治療保険金	がんで放射線治療を受けられたとき（60日間に1回）	1回につき 10万円	1回につき 5万円
費用	がん葬祭費用保険金	がんでお亡くなりになって、ご親族が葬祭費用を負担された場合に実費を保障	100万円 限度	

オプション*

おすすめ!

01

抗がん剤治療補償特約

がんで抗がん剤治療を実施した場合、実施した各月に（60か月限度）

抗がん剤治療保険金

	基本	ハーフ
月額	10万円	5万円

最大**600万円**

【注】抗がん剤には所定のホルモン剤も含まれます。

02

悪性新生物診断保険金特約

がん診断保険金にさらに上乗せ

悪性新生物診断保険金

	基本	ハーフ
一時金として	100万円	50万円

【注】上皮内新生物はこの保険金の支払対象外です。

03

女性専用特約

女性特有のがんの手術費用をサポート

がん女性特定手術保険金

	基本・ハーフ
1回につき	50万円

①乳房切除術（乳房温存手術含む）
②子宮全摘除術 ③両側卵巣全摘除術※「がん」には上皮内新生物を含みます。ただし、悪性新生物診断保険金特約の場合には、上皮内新生物は支払対象外です。
※保障内容の詳細は重要事項説明書をご確認願います。

キリトリ

差出有効期間
令和8年9月30日
まで（切手不要）

受取人

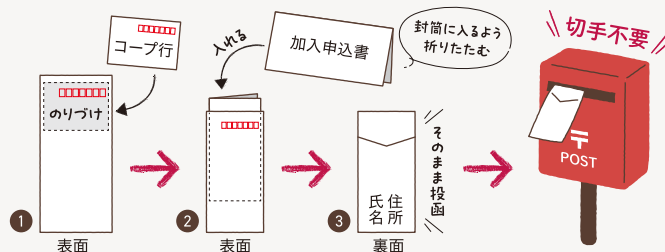
和歌山市太田3丁目10番10号

(有)ヒューマン
ジョイントセンター 行

がん保険加入申込書在中

加入申込書の郵送方法

- ① 左面の宛名部分を点線に沿って切り取り、お手持ちの封筒の上半分にしっかりと、のり付けしてください。封筒は、郵送に差しつかえないものであれば、どんな封筒もご使用いただけます。（最大サイズ120×235mm）
- ② その封筒の中に「コープの団体がん保険」加入申込書を折ってお入れください。
- ③ 封筒の裏にお手数ですが、お名前と住所をご記入ください。



月額保険料表

この保険は更新型で、5歳刻みで保険料が変更になりますのでご了承ください。新規加入は満70歳までとなります（満89歳まで自動継続）。

（※）71歳以降の方は新規加入できません。

抗がん剤	抗がん剤治療 保険金	オプションなし				抗がん剤	抗がん剤	抗がん剤	抗がん剤
悪性 新生物	悪性新生物 診断保険金		悪性新生物	悪性新生物			悪性新生物	悪性新生物	
女性	がん女性特定 手術保険金		女性	女性	女性	女性	女性	女性	
基本プラン	A1		B1	C1	D1	E1	F1	G1	H1
ハーフプラン 50歳以上からご加入できます	A2	B2	C2	D2	E2	F2	G2	H2	

基本 プ ラ ン	加入コース	A1	B1	C1	D1	E1	F1	G1	H1
	0～4歳	450円	460円	530円	540円	570円	580円	650円	660円
	5～9歳	530円	540円	680円	690円	650円	660円	800円	810円
	10～14歳	520円	540円	660円	680円	640円	660円	780円	800円
	15～19歳	430円	450円	550円	570円	550円	570円	670円	690円
	20～24歳	420円	440円	510円	530円	550円	570円	640円	660円
	25～29歳	550円	580円	640円	670円	680円	710円	770円	800円
	30～34歳	810円	910円	990円	1,090円	1,110円	1,210円	1,290円	1,390円
	35～39歳	1,030円	1,160円	1,330円	1,460円	1,610円	1,740円	1,910円	2,040円
	40～44歳	1,490円	1,710円	2,020円	2,240円	2,400円	2,620円	2,930円	3,150円
	45～49歳	2,150円	2,440円	2,920円	3,210円	3,620円	3,910円	4,390円	4,680円
	50～54歳	3,180円	3,460円	4,470円	4,750円	5,180円	5,460円	6,470円	6,750円
	55～59歳	4,850円	5,130円	6,820円	7,100円	7,560円	7,840円	9,530円	9,810円
	60～64歳	6,980円	7,290円	9,470円	9,780円	10,870円	11,180円	13,360円	13,670円
	65～69歳	9,310円	9,600円	12,550円	12,840円	14,590円	14,880円	17,830円	18,120円
	70～74歳 ^(※)	11,890円	12,160円	16,110円	16,380円	18,480円	18,750円	22,700円	22,970円
	75～79歳 ^(※)	14,640円	14,910円	19,930円	20,200円	21,700円	21,970円	26,990円	27,260円
	80～84歳 ^(※)	18,080円	18,350円	24,670円	24,940円	25,140円	25,410円	31,730円	32,000円
	85～89歳 ^(※)	20,740円	21,010円	27,600円	27,870円	27,800円	28,070円	34,660円	34,930円

ハ ー フ プ ラ ン	加入コース	A2	B2	C2	D2	E2	F2	G2	H2
	50～54歳	1,630円	1,910円	2,270円	2,550円	2,630円	2,910円	3,270円	3,550円
	55～59歳	2,460円	2,740円	3,440円	3,720円	3,820円	4,100円	4,800円	5,080円
	60～64歳	3,530円	3,840円	4,770円	5,080円	5,470円	5,780円	6,710円	7,020円
	65～69歳	4,710円	5,000円	6,330円	6,620円	7,350円	7,640円	8,970円	9,260円
	70～74歳 ^(※)	5,990円	6,260円	8,100円	8,370円	9,290円	9,560円	11,400円	11,670円
	75～79歳 ^(※)	7,370円	7,640円	10,020円	10,290円	10,900円	11,170円	13,550円	13,820円
	80～84歳 ^(※)	9,090円	9,360円	12,390円	12,660円	12,620円	12,890円	15,920円	16,190円
	85～89歳 ^(※)	10,420円	10,690円	13,850円	14,120円	13,950円	14,220円	17,380円	17,650円

2025年10月

コープの団体がん保険加入申込書

帳票ID 04008V

わかやま市民生活協同組合 御中 私は、コープの団体がん保険「がん保険（1年契約用）」の「重要事項のご説明」、「健康状態告知確認書」および「ご加入内容の確認事項」に記載されている内容をホームページ上で閲覧することに同意するとともに、その内容を理解・確認し、下記のとおりコープの団体がん保険への加入を申し込みます。また、私から特段の申し出をしない限り、以降、毎年1月1日を継続日としてコープの団体がん保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。

この加入申込書に☆印が付された項目は「告知事項」です。この項目の記載内容に誤りがある場合は、保険金のお支払いができないことや保険契約を解除させていただくことがありますので正しくご記入ください。

申込日	002 令和 年 月 日	組合員区分	024 1 組合員 3 組合員と同一世帯の方	登録組合員氏名	左下の組合員（ご加入者）と異なる場合にご記入ください。	033 (フリガ) 034 (漢字)	265 加入者証番号
組合員番号	030	003 (フリガ) 005 (漢字) 006					
加入者氏名	007 (フリガ) 008 (漢字・自署)	生年月日	023 昭 S 平 H 令 R 年 月 日	電話番号	004 - - 日中の連絡先 027 - - (上記欄とは別記入)	261 22051 262 61641209000 264 8610078 267 H2001	241 令和 年 月 1 日

※毎月月末の締切日までに加入申込書をご提出いただいた場合、その締切日の3か月後の1日が保障開始日となります。

基本保障 ※ご希望のコースに1つだけ○をしてください

オプション >>>

3つのオプションから、加入コースを選択してください。

オプションなし

被保険者欄 ①

基本プラン	305 A1	B1	C1	D1	E1	F1	G1	H1
ハーフプラン 50歳以上からご加入できます	A2	B2	C2	D2	E2	F2	G2	H2
被保険者氏名 (自署)	★ 生年月日			★ 満年齢			★ 健康状態告知 (注1)	
健康状態告知欄に記載した内容は事実と相違ありません。また、加入内容を了知・同意するとともに、「重要事項のご説明」に記載されている内容に同意します。 告知日・同意日 397 令和 年 月 日 301 (フリガ) 302 (漢字・自署)	333 (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和 年 月 日			303 歳 (保障開始日における満年齢)			ご確認いただき、下記の点線に○をしてください。 右ページ 381 382 ★ 質問1 ★ 質問2 ➡ 2 がすべて「いいえ」 質問事項に1つでも「はい」がある場合はご加入いただけません	
★ 加入者からみた被保険者 (本人) の続柄			★ 性別			保 険 料		
349 ①本人 ②配偶者 ③父母 ④子 ⑤兄弟姉妹 ⑥祖父母 ⑦孫 ⑧その他親族 ⑨その他続柄			304 ①男 ②女			330 円		
★ 他の保険契約 (注2)			★ 他の保険契約のがんを保障する入院保険金日額の合計金額をご記入ください。(疾病入院保険金を含む)			385 ②有 ③有 とお答えいただいた方はこちら。 ➡ 386 円		

被保険者欄 ②

基本プラン	405 A1	B1	C1	D1	E1	F1	G1	H1
ハーフプラン 50歳以上からご加入できます	A2	B2	C2	D2	E2	F2	G2	H2
被保険者氏名 (自署)	★ 生年月日			★ 満年齢			★ 健康状態告知 (注1)	
健康状態告知欄に記載した内容は事実と相違ありません。また、加入内容を了知・同意するとともに、「重要事項のご説明」に記載されている内容に同意します。 告知日・同意日 497 令和 年 月 日 401 (フリガ) 402 (漢字・自署)	433 (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和 年 月 日			403 歳 (保障開始日における満年齢)			ご確認いただき、下記の点線に○をしてください。 右ページ 481 482 ★ 質問1 ★ 質問2 ➡ 2 がすべて「いいえ」 質問事項に1つでも「はい」がある場合はご加入いただけません	
★ 加入者からみた被保険者 (本人) の続柄			★ 性別			保 険 料		
449 ①本人 ②配偶者 ③父母 ④子 ⑤兄弟姉妹 ⑥祖父母 ⑦孫 ⑧その他親族 ⑨その他続柄			404 ①男 ②女			430 円		
★ 他の保険契約 (注2)			★ 他の保険契約のがんを保障する入院保険金日額の合計金額をご記入ください。(疾病入院保険金を含む)			485 ②有 ③有 とお答えいただいた方はこちら。 ➡ 486 円		

保険金受取人は被保険者本人となります。

親権者の承認欄

被保険者が満15歳未満の場合は、「健康状態告知書」欄へは親権者がご回答いただき、その方が「親権者の承認欄」にご署名ください。
なお、親権者がいない場合には、後見人（未成年後見人）の方が「健康状態告知書」欄にご回答いただき、「親権者の承認欄」にご署名ください。
氏名(自署)

合計保険料

760 円

(注1) 告知欄の質問はご契約をお引き受けするかどうかを決める重要な事項です。必ず被保険者本人が、ありのままを正確にのれなくご記入ください。
※満15歳未満の場合は親権者とし、親権者がいない場合は後見人（未成年後見人）
(注2) 「他の保険契約」とは、医療保険・がん保険・疾病入院特約・がん入院特約などのがんを保障する損害保険契約・生命保険契約・共済契約・特約をいいます。「他の保険契約」の加入内容によってはこの団体がん保険に加入できない場合があります。「有」と回答いただかなかった場合は「無」とご回答いただいたものとみなします。

支所・店舗コード	707
申込書受付日	
受付担当者	
受付番	

加入者証	再計上	引受承認NO.
727 726 738 739	1	
名称	項番	
その他項目	内容	
備考		

団体がん保険加入申込書

郵送用キリトリ線

(金融機関が休業日の場合は、翌営業日)

受付控え	組合員（加入者）氏名	被保険者氏名	被保険者氏名	申込書受付日	受付担当者	第1回保険料引落予定日
	様	様	様	年 月 日	印またはサイン	年 月 6 日

お問い合わせは

取扱代理店／(有)ヒューマンジョイントセンター

0120-611-873

受付時間／月～金 午前9:00～午後5:00

この「受付控え」は、加入者証をお届けするまで大切に保管してください。

団体がん保険加入申込書 記入例 ※ご加入者氏名・被保険者氏名はフルネームでご署名ください。

2025年10月 コープの団体がん保険加入申込書 申込ID 04008V

わがやま市民生活協同組合 御中 私は、コープの団体がん保険「がん保険（1年契約用）」の「重要事項のご説明」、「健康状態告知書」および「ご加入内容の確認事項」に記載されている内容をホームページ上で閲覧するとともに、その内容を理解・確認し、下記のとおりコープの団体がん保険への加入を申し込みます。また、私から特段の申し出をしない限り、以降、毎年1月1日を継続日としてコープの団体がん保険の契約を継続する手続きをあわせて申し込みます。
この加入申込書に「印が付けられた項目は「告知事項」です。この項目の記載内容に誤りがある場合は、保険金のお支払いができないことや保険契約を解除させていただくことがありますので正しくご記入ください。

1 組合員番号を忘れずにご記入ください。

2 ご希望のコースをひとつだけ○で囲ってください。

3 「健康状態告知書」の質問事項をよくお読みいただき、質問1・2とも「いいえ」の方は点線を○で囲ってください。（健康状態告知欄が「いいえ」の方に限り、ご加入いただけます。）

4 令和○年○月○日と、必ず同意日をご記入ください。

5 必ず被保険者ご本人がご署名ください。

6 保障開始日時点での満年齢をご記入ください。保障開始日は…「コープの団体がん保険パンフレット」に記載された各生協所定の毎月の申込締切日の3か月後の1日です。

7 「他の保険契約」について「有」の場合は、疾病入院保険金日額の合計金額をご記入ください。

8 保障開始日時点での満年齢に応じた月額保険料をご記入ください。

9 月額保険料の合計をご記入ください。

合計保険料 円

「被保険者欄②」の下にあります。

●加入申込書の太枠内の項目をもれなくご記入ください。 ●間違えて記入された場合は、2本線で抹消のうえ、訂正印を押印してください。余白に訂正内容を記入してください。

ご加入前に右記の二次元コードか、https://www.kyoeikasai.co.jp/jyusetsu/dantaigan_paper/のURLにアクセスして、コープの団体がん保険「がん保険（1年契約用）」に関する重要事項のご説明の内容を必ずお読みいただき、お申し込みください。書面での確認をご希望の場合は、表紙のお問い合わせ先の取扱代理店までご連絡ください。

⚠ 重要事項説明書はこちらからご確認ください。



がん保険（1年契約用） 健康状態告知書

質問事項に1つでも「はい」がある場合はご加入いただけません

【ご留意いただきたい事項】

下記質問中の「がん」には、肺がん、胃がんなどの悪性新生物・悪性腫瘍（しゅよう）のほか、白血病、悪性リンパ腫、骨肉腫、骨髄腫、骨髄異形成症候群、上皮内がん、上皮内新生物、高度異形成、HSILを含みます。

★ 質問1 今までに、「がん」と診断されたことがありますか。

はい

いいえ

★ 質問2 次の(1)・(2)のいずれかに該当しますか。

- (1) 告知日から過去3か月以内に、〈別表〉の症状や病気あるいはその疑いで、医師の診察、検査、治療、薬の処方のいずれかを受けたこと、または受けるよう指導されたこと。
※医師の診察・検査を受けた結果、〈別表〉の病気のいずれにも当てはまらなかった場合には該当しないものとみなします。
- (2) 告知日から過去2年以内に、健康診断や人間ドックなど、健康維持および病気の発見のためのあらゆる検査・健診・検診において、〈別表〉の症状や病気あるいはその疑いで下記a. またはb. のいずれかの事実があったこと。
- a. 要再検査、要精密検査、要治療を指摘された
- b. 検査・健診・検診日から6か月以内の再検査や受診を勧められた
- ※再検査や精密検査を受けた結果、〈別表〉の病気のいずれにも当てはまらなかった場合には該当しないものとみなします。
- ※告知日から過去2年以内に、検査・健診・検診を受けなかった場合にも該当しないものとみなします。

はい

いいえ

お引受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。

申し訳ありませんが、お引受けできません。

〈別 表〉

症 状	出血（便潜血・不正出血・喀血・吐血・下血・血尿）、貧血（鉄欠乏性貧血を除く）、黄疸、びらん、しこり、肝炎ウイルスキャリア	
病 気	腫瘍（しゅよう）等	「がん」、脳腫瘍（しゅよう）、異形成、ポリープ、結節、腫瘤（しゅりゅう）、消化管（口、咽頭、食道、胃、小腸、大腸、肛門）の潰瘍（かいよう）
	消化器の病気	クローン病、肝硬変、慢性肝炎、慢性膵（すい）炎、食道静脈瘤
	呼吸器の病気	慢性閉塞性肺疾患（COPD）、肺気腫、間質性肺炎、肺線維症、じん肺、けい肺
	腎臓の病気	慢性腎不全（透析を伴う場合）、尿毒症
	その他	白板症、紅板症、日光角化症（老人性角化腫）、多発性ポリープ（ポリポージス）、子宮内膜異型増殖症