

両プラン加入用記載例

全国手をつなぐ育成会連合会 加入依頼書(兼

パンフレットをご確認いただき、
ご加入のコース・保険料をご記入ください。

〈共通〉

全国手をつなぐ育成会
損害保険ジャパン株式

加入者は、募集文書または損保ジャパン損害保険の「告知書」等を確認し、本書面記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な事項(例えば、個人情報の取扱いに同意します)等を確認し、ご記入は不要です。

申込日	令和 3 年 9 月 1 日	加入日	令和 3 年 10 月 1 日
支部名	東京都		
支部コード	13 000		

フリガナ	501 トウキョウト〇〇ク〇〇 1-2-3
〒	550 123 - 4567
住所	KD1 東京都〇〇区〇〇 1-2-3
フリガナ	507 〇〇 〇〇 〇〇
氏名	KC5 〇〇 〇〇〇
TEL	504 ** (****) ****

顧客番号 (電話番号)	522 0 3 3 3 4 9 5 4 0 2
-------------	-------------------------

フリガナ	住所	〒 345 - 6789	東京都〇〇区〇〇 3-4-5
フリガナ	600 〇〇 〇〇 〇〇	★性別	★職業・職種名
氏名	KD1 〇〇 〇〇〇	602 ①男 ②女	VJ9 会社員
生年月日	6 1 月 2 日生	★	
会員(加入)との関係	共 ④親 ⑤兄弟		

〈がんのおたすけプラン〉新加入

加入コース	802 G1 型 G2 型 G3 型	月払保険料(円)	550 円
-------	--------------------	----------	-------

加入者合計保険料	542	ご記入は不要です。	円
----------	-----	-----------	---

告知日(ご記入日)	令和 3 年 9 月 1 日
-----------	----------------

告知者署名	〇〇 〇〇〇
-------	--------

代理告知者署名	被保険者との関係()
---------	-------------

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払を受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

★以下の質問事項にご回答ください。 いずれか1つでも該当がある場合はご加入いただけません。

1	今までに「がん」で医師の診察、検査、治療または投薬を受けたこと、医師にがんを指摘されたこと、または健康診断・がん診断・人間ドックでがんを指摘されたことがありますか。	いいえ	はい
2	告知日現在から過去2年以内に、〈別表〉記載の疾病により、医師の診察、検査、治療または投薬を受けたこと、医師に病気を指摘されたこと、または健康診断・がん診断・人間ドックで治療・要精密検査・1年以内の要再検査のいずれかを指摘されたことがありますか。	いいえ	はい
3	他の保険契約または共済契約に加入している場合、今回ご契約の保険金額との合計が、次の金額を超えますか。	いいえ	はい

〈別表〉告知される方(被保険者)がご認識している疾病・症状名が〈別表〉にある疾病・症状名と一致しなくても、医学的にその疾病・症状と同一と判断される場合には告知が必要です。傷病歴があり、〈別表〉に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。

ポリプ・しゅよう等	ポリプ しゅよう(良性、悪性、性状不詳) 多発性ポリプ(ポリポシス) 異形成
食道・胃・腸の疾病	胃・腸・十二指腸・食道・肛門のかいよう 腸
肝臓・胆のう・すい臓の疾病	肝硬変、肝不全、肝炎、肝肥大、肝のうよう、
腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 慢性腎不全 前立腺肥大 水腫
気管支・肺の疾病	慢性閉塞性肺疾患(COPD) 間質性肺炎 肺炎腫 じん肺
子宮筋腫、卵巣のう腫、乳腺症、乳腺炎、子宮内膜炎、子宮内膜増殖症	結核、肺線維症、胸膜炎、真菌症
糖尿病 白板症 出血(便せん血・不正出血・嘔血・吐血・下血・血尿) 貧血(鉄欠乏性貧血を除く) 皮膚筋炎(多発性)	びらん しこり 黄疸 アルツハイマー病

〈おたすけプラン・日ごろの備え〉傷害総合保険

加入コース・保険料	800 型 OAO 月払保険料	800 型 OAO 月払保険料
	N12 490 円	NB12 660 円
がんのおたすけプランにあわせてご加入の場合は	月払	
おたすけプラン・日ごろの備えのみご加入の場合は	一時払	ご記入は不要です。

会社名	満期日	左記に書ききれない場合、別紙添付
	〇令和 〇平成 年 月 日	520
保険種類	保険金額	⑨あり (別紙添付)
	()万円	

前頁からの続き	527 ①	特殊 108 ① 109 ② 確認	021
		指示 不備	024
			025
			022

がんのおたすけプランのみ加入記載例

全国手をつなぐ育成会連合会 加入依頼書(兼

パンフレットをご確認いただき、
ご加入のコース・保険料をご記入ください。

〈共通〉

全国手をつなぐ育成会
損害保険ジャパン株式

加入者は、募集文書または損保ジャパン損害保険の「告知書」に記載の「告知に関する事項」等を確認し、本書面記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な個人情報を取得・提供することに同意します。

支部名・支部コードがご不明な場合は、
ご記入は不要です。

申込日	令和 3 年 9 月 1 日	加入日	令和 3 年 10 月 1 日
支 部 名	KG6 東京都		
支部コード	521 13 000		

フリガナ	S01 トウキョウト〇〇ク〇〇 1-2-3
〒	550 123 - 4567
住所	KD1 東京都〇〇区〇〇 1-2-3
フリガナ	S07 〇 〇 〇 〇 〇
氏名	KC5 〇 〇 〇 〇 〇
TEL	S04 ** (****) ****

顧客番号 (電話番号)	S22 0 3 3 3 4 9 5 4 0 2
-------------	-------------------------

フリガナ	S00 トウキョウト〇〇ク〇〇 3-4-5
住所	KD1 〒 345 - 6789 東京都〇〇区〇〇 3-4-5
フリガナ	S00 〇 〇 〇 〇 〇
氏名	KD1 〇 〇 〇 〇 〇 (印)
生年月日	S03 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 7 年 1 月 2 日生
職業・職種名	VJ9 会社員
性別	S02 ①男 ②女
年齢(加入日時点)	満 27 歳
会員(加入申込人)との関係	VG2 ①本人 ②配偶者 ③子供 ④親 ⑤兄弟姉妹 ⑥その他同居親族

ご記入は不要です。

加入依頼書(兼

〈がんのおたすけプラン〉新加入依頼書(兼)

加入コース	802 G1 型 G2 型 G3 型	月払保険料(円)	0A2 550 円
-------	--------------------	----------	-----------

加入者合計保険料	S42 542 円	ご記入は不要です。
----------	-----------	-----------

告知日(ご記入日)	令和 3 年 9 月 1 日
告知者署名	〇 〇 〇 〇 〇
代理告知者署名	被保険者との関係()

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払を受けられなくなったりしても異議を申し立てません。

★以下の質問事項にご回答ください。 いずれか1つでも該当がある場合はご加入いただけません。

1	今までに「がん」(※1)「上皮内がん」で医師の診察、検査、治療または投薬を受けたこと、医師にがんを指摘されたこと、または健康診断・がん診断・人間ドックでがんを指摘されたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
2	告知日現在から過去2年以内に、〈別表〉記載の疾病により、医師の診察、検査、治療または投薬を受けたこと、医師に病気を指摘(※2)されたこと、または健康診断・がん診断・人間ドックで治療・要精密検査・1年以内の要再検査のいずれかを指摘されたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
3	他の保険契約または共済契約(※3)に加入している場合、今回ご契約の保険金額との合計が、次の金額を超えますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい

〈別表〉告知される方(被保険者)がご認識している疾病・症状名が〈別表〉にある疾病・症状名と一致しなくても、医学的にその疾病・症状と同一と判断される場合には告知が必要です。傷病歴があり、〈別表〉に該当するか不明な場合は、主治医(担当医)に確認のうえ、ご回答ください。

ポリプ・しゅよう等	ポリプ しゅよう(良性、悪性、性状不詳) 多発性ポリプ(ポリポージス) 異形成	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
食道・胃・腸の疾病	胃・腸・十二指腸・食道・肛門のかいよう 腸炎	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
肝臓・胆のう・すい臓の疾病	肝硬変、肝不全、肝炎、肝肥大、肝のうよう、胆嚢炎	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 慢性腎不全 前立腺肥大 水腫	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
気管支・肺の疾病	慢性閉塞性肺疾患(COPD) 間質性肺炎 肺気腫 じん肺	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
女性の疾病	子宮筋腫、卵巣のう腫、乳腺症、乳腺炎、子宮内膜炎、子宮内膜増殖症	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい
その他	糖尿病 白板症 出血(便せん血・不正出血・喀血・吐血・下血・血尿) 貧血(鉄欠乏性貧血を除く) 皮膚筋炎(多発性筋炎) ひらん しこり 黄疸 アルツハイマー病	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい

該当のある場合のみ
ご記入ください。

会社名	満期日	左記に書ききれない場合、別紙添付
〇 〇 〇 〇 〇 〇	〇 令和 〇 平成 年 月 日	520
保険種類	保険金額	⑨ あり (別紙添付)
() 万円	() 万円	

前頁からの続き	S27 ①	特殊指示	108 ① 109 ② 確認	〇21 〇24 〇25	〇22
---------	-------	------	----------------	-------------	-----

おたすけプラン・日ごろの備えのみ加入用記載例

全国手をつなぐ育成会連合会 加入依頼書(兼健康状態告知書)

〈帳票 55166〉

①保険会社用

証券番号	912119G081
団体名	全国手をつなぐ育成会連合会
保険期間	令和3年10月1日から 令和4年10月1日まで

〈共通〉

全国手をつなぐ育成会
損害保険ジャパン株式

支部名・支部コードがご不明な場合は、
ご記入は不要です。

加入者は、募集文書または損保ジャパンのホームページに掲載の「加入依頼に関する事項」等を確認し、本書面記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な個人情報を取得し、個人情報の取扱いに同意します。

申込日	令和 3 年 9 月 1 日	加入日	
支部名	K66 東京都		
支部コード	S21 13 000		令和 3 年 10 月 1 日

フリガナ	S01 トウキョウト〇〇ク〇〇 1-2-3
〒	550 123 - 4567
住所	KD1 東京都〇〇区〇〇 1-2-3
フリガナ	S07 〇〇 〇〇〇
氏名	KC5 〇〇 〇〇〇
	加入者で署名またはご捺印欄 告知義務などの内容を確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を依頼します。 署名欄(法人の場合はご捺印)
	※加入申込人は会員にかぎります。(法人可) 訂正(あり)
TEL	S04 ** (****) ****

顧客番号(電話番号)	S22 0333495402
	※携帯電話の場合は頭の「0」を除く。

フリガナ	住所	フリガナ	★性別	★職業・職種名
トウキョウト〇〇ク〇〇 3-4-5	〒 345 - 6789 ※加入申込人住所に同じ場合は記入不要	〇〇 〇〇〇	602 ①男 ②女	VJ9 会社員
フリガナ	住所	フリガナ	★性別	★職業・職種名
〇〇 〇〇〇	東京都〇〇区〇〇 3-4-5	〇〇 〇〇〇	602 ①男 ②女	VJ9 会社員
生	会	と	2日	5

おたすけプラン・日ごろの備えのみ
ご加入の場合、一時払いとなります。

ご加入の加入コース・保険料に
〇をご記入ください。

ご記入は不要です。

〈おたすけプラン・日ごろの備え〉 傷害総合保険

がんのおたすけプランにあわせてご加入の場合は	月払	加入コース・保険料	ご記入は不要です。
おたすけプラン・日ごろの備えのみご加入の場合は	一時払	一時払保険料	800 型 OAO N1 5,490 円 800 型 OAO NB1 7,160 円