

# 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		

### 〈がんのおたすけプラン〉

加入コース	月払保険料(円)
G1 型	
<b>G2 型</b>	<b>550</b> 円
G3 型	

加入者合計保険料	542	<b>ご記入は不要です。</b>	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。  
また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに告知書の告知者控の裏面に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報を取得・利用・提供することに、加入者、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。

★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・人間ドックで要治療・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

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
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	トウキョウト〇〇ク〇〇 3-4-5	
住所	〒 345 - 6789	
フリガナ	600	〇〇 〇〇〇
氏名	KD1	〇〇 〇〇〇
★性別	602	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
★職業・職種名	VJ9	会社員
生年月日	6	1 月 2 日生
会員(加入者との関係)	共	<input checked="" type="radio"/> 4 親 <input type="radio"/> 5 兄弟

### 〈別表〉

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 け
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(多発性筋炎) ひらん 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	月払保険料
800 型 N12	490 円
800 型 NB12	660 円

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
指示	不備	確認
	021	
	024	
	025	022

振票 55166)  
株式会社  
G081  
育成会連合会  
令和 4 年 10 月 1 日から  
令和 4 年 10 月 1 日まで

会員名(加入申込人)

被保険者

両プランご加入の場合、  
月払となります。

ご加入の加入コース・保険料に  
〇をご記入ください。

ご自身の電話番号が顧客番号となります。  
携帯番号の場合は、頭の「0」を除いてご記入ください。

該当のある場合のみ  
ご記入ください。

「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部について  
支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。  
(※)傷害保険の場合、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保  
険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同  
じである他の保険契約または共済契約をいいます。  
(※)団体用医療保険の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種  
商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して  
支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をい  
います。

# 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		

### 〈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)	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。  
また、「健康状態に関する告知にあたってご注意いただきたいこと」の内容について確認・同意し、ならびに告知書の告知者の裏面に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、加入者、告知者、被保険者(保険の対象となる方)ともに同意します。

★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

会員名(加入申込人)

フリガナ	501 トウキョウト〇〇ク〇〇 1-2-3
住所	550 〒123 - 4567 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 ** (****) ****

ご自身の電話番号が顧客番号となります。  
携帯番号の場合は、頭の「0」を除いてご記入ください。

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

被保険者

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	600 〇〇 〇〇〇〇	602 ①男 ②女	VJ9 会社員
フリガナ	氏名	生年月日	★年齢(加入日時点)	
600 〇〇 〇〇〇〇	KD1 〇〇 〇〇〇	603 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 7年 1月 2日生	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			

〈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	
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 肺気腫 じん肺	結核、肺線維症、胸膜炎、真菌症
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	
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	

該当のある場合のみ  
ご記入ください。

「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部について支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。 (※)傷害保険の場合、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。 (※)団体用医療保険の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。	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		

ご記入は不要です。

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

# 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提供し、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	加入日	令和 3 年 10 月 1 日
支部コード	S21 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
	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) 〇〇 〇〇〇
	*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
S00 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	S00 〇〇 〇〇〇	S02 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
KD1 〇〇 〇〇〇	東京都〇〇区〇〇 3-4-5	S00 〇〇 〇〇〇	S02 ①男 ②女	VJ9 会社員
生	会	と	見	〇

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