

両プラン加入用記載例

全国手をつなぐ育成会連合会

加入申込書(被保険者・被保険者)

〈共通〉

全国手をつなぐ育成会連合会 御中
損害保険ジャパン株式会社 宛

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト(https://www.sompo-japan.co.jp/)に掲載の「個人情報の取扱いに関する事項」等を確認し、本書面記載の加入者以外の者(被保険者等)より必要な同意を得たうえ、個人情報の取扱いに同意します。

申込日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	加入日	
支部名	KG6 東京都	令和 △ 年 △ 月 1 日	
支部コード	521 13 000		

中途加入する月をご記入ください。

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。

(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 年 月 日から 令和 4 年 10 月 1 日まで

加入コース	月払保険料	即時保険料
B02 G1 型 G2 型 G3 型	OA2 1,430 円	OA3 ご記入は不要です。
加入者合計保険料	542 円	ご記入は不要です。
即時合計保険料	058 円	ご記入は不要です。

会員名(加入申込人)

フリガナ	S01 トウキョウト○○ク○○ 1-2-3
〒	550 123 - 4567
住所	KD1 東京都○○区○○ 1-2-3
フリガナ	S07 ソンポ タロウ
氏名	KC5 損保 太郎
加入者ご署名 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) 損保 太郎
生年月日	S13 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 37 年 5 月 1 日生
TEL	S04 03 (3349) 5402
顧客番号(電話番号)	S22 0333495402

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。

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○○ク○○	〒 345 - 6789	S00 ソンポ ハナコ	602 ①男 ②女	VJ9 会社員
氏名	KD1 損保 花子	生年月日	603 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 61 年 5 月 1 日生	年齢(加入日時点) 満35歳
会員(加入申込人)との関係	V02 ①本人 ②配偶者 ③子供 ④親 ⑤兄弟			

ご加入の加入コース・保険料に
○をご記入ください。

〈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	加入コース・保険料
月払保険料	B00 型 OAD 円 B00 型 OAD 円
	N12 490 NB12 620
即時保険料	ご記入は不要です。

告知日(ご記入日)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
告知者署名	損保 花子
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。事実と相違している場合は、ご契約が解除となったり、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ください」との内容について確認し、ならびに告知書の告知者側の裏面に記載の「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・提供に同意し、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

- 今までに「がん(※1)」「上皮内がん」と、または健康診断「がん診断」を受けたことがありますか。
- 告知日現在から過去2年以内に「がん」に病気を指摘(※2)されたことがありますか。
- 他の保険契約または共済契約(※3)に加入していますか。

(例)代理告知を行う場合
加入申込人ご本人がご記載ください。

告知日(ご記入日)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
告知者署名	損保 花子
代理告知者署名	損保 太郎
	被保険者との関係(父)

いいえ	はい
いいえ	はい
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、性状不詳または不明を含む)
食道・胃・腸の疾病	胃・腸・十二指腸・食道・肛門のかいよう 腸閉塞 かいよう
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、肝機能障害(※)
腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 慢性腎不全 前立腺肥大 水腎症 のう胞腫
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 けい肺 結核、肺がん 胸膜炎、真菌症
女性の疾病	子宮筋腫、卵巣のう腫、乳腺炎、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(便せき血・不正出血・咯血・吐血・血尿)貧血(鉄欠乏性貧血を除く) 皮膚筋炎(多発性筋炎) びらん創り 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。

会社名	満期日	左記に書ききれない場合、別紙添付
	○令和○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
指示	不備
不備	