

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

加入申込書(被保険者・加入者別)

〈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。

フリガナ	501 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	507 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	513 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 37 年 5 月 1 日生
TEL	504 03 (3349) 5402
顧客番号(電話番号)	522 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。

フリガナ	住所	〒 345 - 6789	東京都○○区○○ 3-4-5
フリガナ	600 ソンポ ハナコ	★性別	★職業・職種名
氏名	KD1 損保 花子	602 ①男 ②女	VJ9 会社員
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	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。

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	502 G1 型 G2 型 G3 型	月払保険料	0A2 1,430 円	即時保険料	0A3 円 ご記入は不要です。
加入者合計保険料	542				円
即時合計保険料	058				円

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いただきたいこと」の内容について確認し、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」または健康診断がん診断人
- 告知日現在から過去2年以内に肺に病気を指摘(※2)されたこと
- 他の保険契約または共済契約(※3)

(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
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
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(便せん血・不正出血・咯血・吐血・下血・血尿)貧血(鉄欠乏性)しりり 黄疸 アルトハイマー病

該当のある場合のみ
ご記入ください。

★他の保険契約等

「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、補正傷害保
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
支払責任が同じ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
	○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
不備	指示	不備	