

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(兼健康状態告知書)

(帳票 55166)

〈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

申込人(加入者)および被保険者は、募集文書または損保ジャパンの公式サイト(https://www.sampo-japan.co.jp/)に掲載の「個人情報の取扱いに関する事項」, 個人情報の取扱いに同意します。

申込日	令和 4 年 〇 月 〇 日	加入日	
支部名	東京都	令和 4 年 10 月 1 日	
支部コード	13 000		

フリガナ	SD1	トウキョウト〇〇ク〇〇 I-1-1
〒	123 - 4567	
住所	KD1	東京都〇〇区〇〇 1-1-1
フリガナ	SD7	ソンボ タロウ
氏名	KD6	損保 太郎

※加入申込人は会員にかぎります。(法人可)

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(法人の場合は捺印)

加入者ご署名
またはご捺印欄

損保 太郎

生年月日

②大 ③昭 ④平 ⑤令 37 年 5 月 1 日生

TEL

03 (3349) 5402

顧客番号(電話番号)

0 3 3 3 4 9 5 4 0 2

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

フリガナ	SD0	ソンボ ハナコ	★性別	★職業・職種名
住所	KD1	〒 123 - 7654	①男 ②女	会社員
フリガナ	KD1	ソンボ ハナコ		
氏名		損保 花子		
生年月日	SD3	②大 ③昭 ④平 ⑤令 6 1 年 7 月 1 日生	年齢(加入日時点)	満36歳
会員(加入申込人)との関係	VS2	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

〈がんのおたすけプラン〉

加入コース	加入保険料	即時保険料
G1 型 G2 型 G3 型	1,430 円	ご記入は不要です 円
加入者合計保険料		円
即時合計保険料		円

パンフレットをご確認いただき、
ご希望の加入コース・保険料をご記入ください

告知日(ご記入日)	令和 4 年 〇 月 〇 日
告知者署名	損保 花子
代理告知者署名	

(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 4 年 〇 月 〇 日	いいえ	はい
告知者署名	損保 花子	いいえ	はい
代理告知者署名	損保 太郎	いいえ	はい

保険料: 300万円 ◆がん入院保険金: 日額30,000円
※がん入院保険金は、がんによる入院を前提とし、がん以外の入院は対象外です。

〈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・しよよう等	ポリプ しよよう(良性、悪性、性状不詳または不明を含みます。)	結節 しよよう(腫瘍)	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	胆嚢炎	かいよう性大腸炎	食道静脈瘤 クローン病 GiST(ジスト)
肝臓・胆のうの疾病	肝硬変、肝不全、肝炎、肝臓大、肝のうよう	肝臓腫瘍(上皮性・非上皮性)	胆のう炎、慢性胆のう炎、胆のう癌	
腎臓・泌尿器の疾病	慢性腎炎 慢性腎不全 前立腺肥			
気管支・肺の疾病	慢性気管支炎(喘息) COPD	間質		
女性の疾病	子宮筋腫、卵巣のう腫、乳腺腫、乳腺			
その他	白板症 出血(便せん血不正出血、黄疸 アルトハイマール病)			

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」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。	被保険者	告知日	告知に書ききれない場合、別紙添付
(※)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。	〇令和 〇平成 年 月 日	520	
(※)団体用医療保険の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種費用入院特約等、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。	保険種類	保険金額	⑨ あり (別紙添付)

前頁からの続き	527 ①
---------	-------