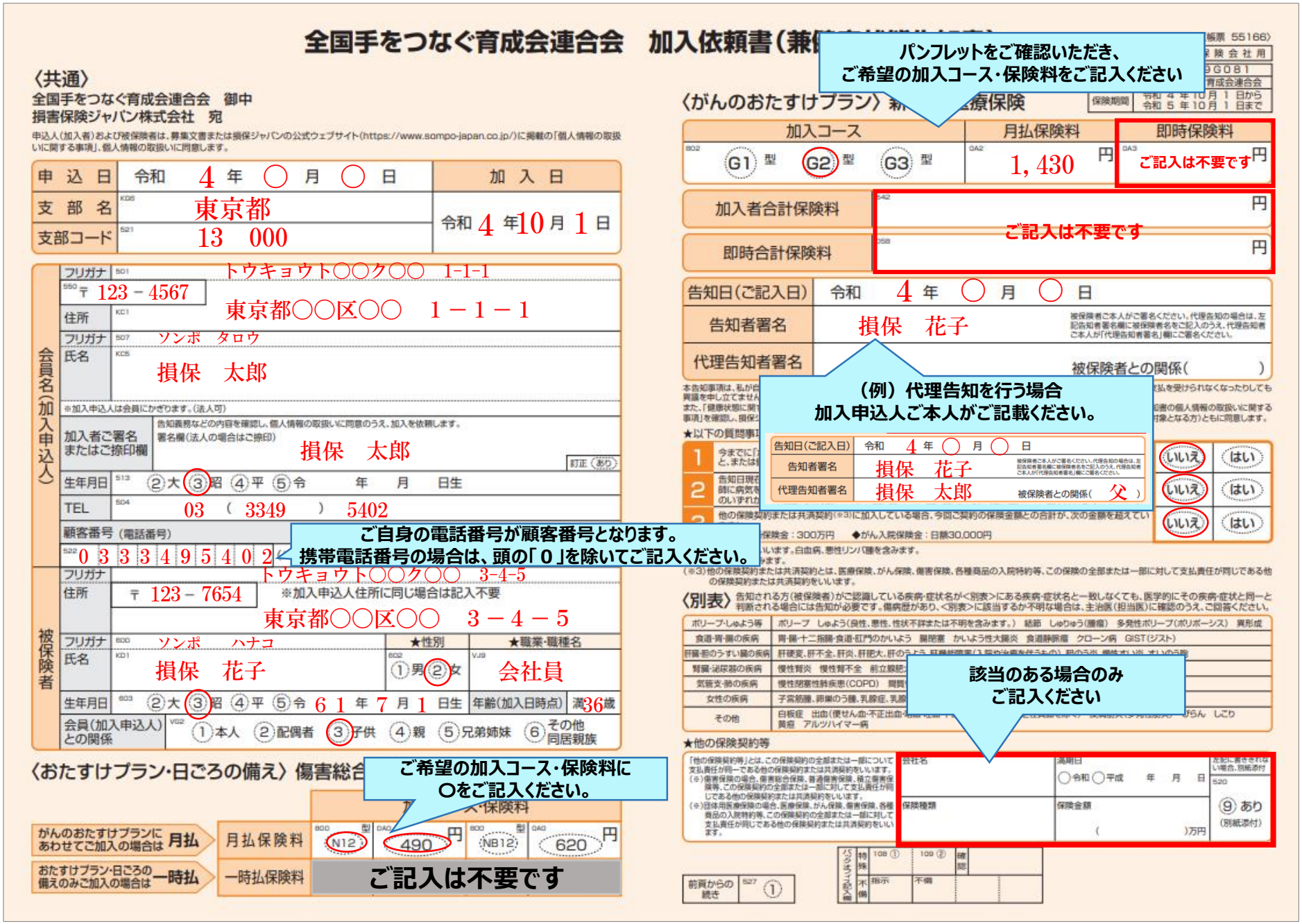
両プラン用加入依頼書



全国手をつなぐ育成会連合会　加入依頼書（兼

〈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」、個人情報の取扱いに同意します。

申込日	令和　4　年　○　月　○　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	

会員名（加入申込人）

フリガナ	トウキョウト○○ク○○　1-1-1
〒	〒 123 － 4567
住所	東京都○○区○○　1－1－1
フリガナ	ソンポ　タロウ
氏名	損保　太郎
※加入申込人は会員にかぎります。（法人可）	
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　訂正（あり）
生年月日	②大 ③昭 ④平 ⑤令　年　月　日生
TEL	03　（　3349　）　5402
顧客番号（電話番号）	0 3 3 3 4 9 5 4 0 2

被保険者

フリガナ	トウキョウト○○ク○○　3-4-5
住所	〒 123 － 7654　※加入申込人住所に同じ場合は記入不要 東京都○○区○○　3－4－5
フリガナ	ソンポ　ハナコ
氏名	損保　花子
★性別	①男 ②女
★職業・職種名	会社員
生年月日	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	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

〈おたすけプラン・日ごろの備え〉傷害総合

がんのおたすけプランにあわせてご加入の場合は 月払	月払保険料	N12	490 円	NB12　620 円
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	ご記入は不要です		

ご希望の加入コース・保険料に○をご記入ください。

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

〈がんのおたすけプラン〉新　療保険　保険期間　令和 4 年 10 月 1 日から 令和 5 年 10 月 1 日まで

加入コース	月払保険料	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	ご記入は不要です 円
即時合計保険料	円

告知日（ご記入日）	令和　4　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（　）

（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 ○ 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 ）

★以下の質問事項

1	今までに「 と、または	いいえ	はい
2	告知日現在 師に病気を のいずれか	いいえ	はい
	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、次の金額を超えてい	いいえ	はい

◆がん入院保険金：300万円　◆がん入院保険金：日額30,000円
いいます。白血病、悪性リンパ腫を含みます。
ます。
（※3）他の保険契約または共済契約とは、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。

〈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。

ポリープ・しゅよう等	ポリープ　しゅよう（良性、悪性、性状不詳または不明を含みます。）　結節　しゅりゅう（腫瘤）　多発性ポリープ（ポリポーシス）　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　腸閉塞　かいよう性大腸炎　食道静脈瘤　クローン病　GIST（ジスト）
肝臓・胆のうまたは膵の疾病	肝硬変、肝不全、肝炎、肝肥大、肝のう胞、肝機能障害（入院や治療を伴うもの）、胆のう炎、膵炎すい炎、すいのう胞
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	慢性閉塞性肺疾患（COPD）　間質
女性の疾病	子宮筋腫、卵巣のう腫、乳腺症、乳
その他	白板症　出血（便せん血・不正出血・ がん　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

「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　○令和 ○平成　年　月　日	左記に書ききれない場合、別紙添付　⑨ あり（別紙添付）
	保険種類	保険金額　（　）万円	

前頁からの続き	①	特殊	108 ①	109 ②	確認	
		不備	指示	不備		