＜日ごろ＞のみ
ご加入の場合記載例

- 必要事項を黒のボールペンを使用して、楷書でご記入ください。
- 訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。
  修正液や重ね書きでの訂正はできません。

手をつなぐおたすけプラン　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	912319G081
団体名	全国手をつなぐ育成会連合会
保険期間	令和　年　月 1 日から 令和 6 年 10 月 1 日まで

〈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同意します。

申込日	令和 5 年 X 月 X 日	加入日	令和 5 年 X 月 1 日
支部名	K28 東京都		
会員名	521 全育　花子		

加入申込人

フリガナ	501 トウキョウトシンジュククニシシンジュク1-1-1
〒	550 〒160－8338
住所	K01 東京都新宿区西新宿１－１－１
フリガナ	507 ゼンイク　ハナコ
氏名	K05 全育　花子
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）　全育　花子　訂正（あり）
生年月日	513 ②大 ③昭 ④平 ⑤令 X 年 X 月 X 日生
TEL	504 090（2345）6789
顧客番号（電話番号）	522 90234567 89（ハイフン除く）　※携帯電話の場合は頭の「0」を除く。

被保険者

住所	〒　－　※加入申込人住所に同じ場合は記入不要		
フリガナ	600	★性別	★職業・職種名
氏名	K01 全育　太郎	602 ①男 ②女	VJ0 会社員
生年月日	603 ③昭 ④平 ⑤令 X 年 X 月 X 日生	年齢（加入日時点）	満21歳
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		

〈日ごろ〉傷害総合保険

	加入コース・保険料			
月払保険料	B00 型 N12	OA0 490 円	B00 型 NB12	OA0 620 円
即時保険料		OA1 円		OA1 円
一時払保険料	B02 型 N1	OA2 5,200 円	B02 型 NB1	OA2 6,770 円

がんと一緒にご加入または中途加入の場合

日ごろのみご加入の場合
＊中途加入時、一時払不可

〈がん〉新・団体医療保険

加入コース	月払保険料	即時保険料
B04 G1 型　G2 型　G3 型	OA4 円	OA5 円
加入者合計保険料	542 円	即時合計保険料 058 円

告知日（ご記入日）	令和　年　月　日
告知者署名	被保険者ご本人がご署名ください。被保険者が15歳未満の場合は、親権者がご記入、ご署名ください。申込人ご本人以外のご家族（配偶者、子供、両親、同居の家族（兄弟姉妹、親族））の方が加入されるときは、加入されるご家族に代わって、申込人ご本人が加入されるご家族の健康状態等をご確認のうえ、ご記入、ご署名することができます。
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、事実に相違ありません。事実に相違していた場合は、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・同意し、ならびに加入依頼書兼証に記載の「告知者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、申込人（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。	いいえ	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。	いいえ	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、次の金額を超えていますか。 ◆がん診断保険金：300万円　◆がん入院保険金：日額30,000円	いいえ	はい

（※1）悪性新生物をいいます。白血病、悪性リンパ腫を含みます。
（※2）経過観察を含みます。
（※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（腫瘍）　多発性ポリープ（ポリポーシス）　異形成
食道・胃・腸の疾病	胃潰・十二指腸・食道・肛門のかいよう　潰瘍型　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・すい臓の疾病	肝硬変、肝不全、肝炎、肝記大、肝のうよう、肝機能障害（入院や治療を伴うもの）、胆のう炎、慢性すい炎、すいのう腫
腎臓・泌尿器の疾病	
気管支・肺の疾病	真菌症
女性の疾病	子宮筋腫、卵巣のう腫、乳腺症、乳腺炎、子宮内膜症、子宮内膜増殖症
その他	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）　ぴらん　しこり　黄疸　アルツハイマー病

該当のある方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。 （※）団体所属型傷害保険の場合、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	記載に書ききれない場合、別紙添付 520 ⑨ あり（別紙添付）
	保険種類	保険金額（　）万円	

前頁からの続き	527 ①	特約	108 ①	109 ②
		不備	指示	不備

＜日ごろ＞
ご希望の加入コース・保険料に○を記入ください。

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」を除いて記載ください。