

加入のお申込みをされる方(ご加入者)

ご記入日	平成 年 月 日	保険期間	平成 年 月 16日 ~ 平成 32年 2月 16日	払込方法	回数	団体・引去	月払
ご住所	〒 ー	連絡先(TEL)	(自宅または携帯)	生年月日	昭和 1 平成 2 年 月 日	始期日時点での年齢	性別
氏名	カナ	ご署名(自署)欄: 私は「ご加入時の同意内容について」を確認し、団体に対して加入を希望します。	会社名	事務所名	社員コード	加入者1回分合計保険料	枚目区分
取扱区分	新規加入 1	ご家族のどなたかが既に加入している場合 → 被保険者追加	加入内容変更の場合は、別紙A4加入依頼書をご使用ください。	加入者1回分合計保険料	円	枚目区分	枚目

保険の対象となる方(被保険者)

1 保険の対象となる方(被保険者)の情報を記載ください。

ご加入者と同じ	本人のお名前	カナ	漢字	ご加入者と同じ	本人のご住所	カナ	漢字
異なる場合のみ右欄にご記入ください。	生年月日	昭和 1 平成 2 年 月 日	始期日時点での年齢	異なる場合のみ右欄にご記入ください。	住宅(建物)所在地	漢字	
	性別	男性 1 女性 2					

加入者からみた続柄コード	他の保険契約等	職業・職務コード	職業が「その他」の場合	職種別	基本級
続柄は右上[コード一覧]でご確認ください。	ありの場合は○をつけた上で裏面へご記入ください。	所得補償ご加入の方 職業・職務コードと基本級別	傷害補償ご加入の方 職業・職務コードと職種級別	のみご記入ください。	

2 ご加入タイプをご選択のうえ、医療・がん・介護・所得補償にご加入の方のみ告知事項質問書をご確認いただき、下記にご回答ください。

医療	121 医療	122 がん	123 介護	124 所得補償
121 医療	122 がん	123 介護	124 所得補償	125 傷害
126 生活用財産	127 携行品	128 ホールインワン	129 告知日	130 被保険者本人または親権者・後見人等

私は上記告知内容と、ご加入時の同意内容について、確認・同意します。
 ※がん補償に加入の場合は、下記がん保険金受取人の指定の内容*2についても、確認・同意します。

告知日 平成 年 月 日 被保険者本人または親権者・後見人等*3 (自署)

3 がん保険金受取人指定欄(被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合に記入)

カナ氏名	被保険者本人からみた続柄
101 取扱区分	102 旧加入者証券番号

保険の対象となる方(被保険者)が2名以上の場合は、コピーしてお使いください。

[コード一覧]

①加入者・被保険者本人からみた続柄コード

01 本人	04 子	07 孫
02 配偶者	05 兄弟姉妹	08 その他親族
03 父母	06 祖父母	

②職業・職務コード

010 事務職	040 運輸従事者	070 家事従事者	990 その他
020 営業職	050 金属製造加工作業者	080 学生	
030 自動車運転者	060 建設作業員	090 無職者	

営業店	1319	契約者
代理店	7627	
項目	コード	内容

記入例をご参照いただきご記入ください。

記入内容をご訂正する場合は二重線で抹消のうえ、余白に記入をお願いします。なお、訂正印が必要な項目は下記の通りです。
 ①ご署名欄、②ご加入タイプ、③告知回答欄

ご署名欄(自署欄) ご加入内容および裏面「ご加入時の同意内容について」をご確認のうえ、フルネームで自署をお願いします。

加入者1回分合計保険料 被保険者明細が複数部の場合には、合算した1か月分の保険料を記入してください。

続柄コード 加入者・被保険者本人からみた続柄コード欄には、右上[コード一覧]から「①続柄」の該当コードをご記入ください。

★他の保険契約等 他の保険契約等(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保険契約または共済契約をいいます)がある場合には○をし、裏面に詳細をご記入ください。

所得補償、傷害補償にご加入の場合

【共通】	【所得補償のみ】	【傷害補償のみ】
職業職務: 右上[コード一覧]から「②職業職務」の該当コードをご記入ください。	基本級別: 一般事務従事者の方は「1」をご記入ください。一般事務従事者以外の方につきましては、パンフレット記載の代理店までご照会ください。	職種級別: 重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容を確認のうえ、必ず○を付けてください。

告知事項質問書

医療補償、所得補償にご加入の方

質問1 ●告知日(ご記入日)より過去3か月以内に入院をしたこと、または手術を受けたことはありますか。
 ●現在入院または手術の予定(医師からすすめられている場合を含みます)はありますか。
 ※正常分娩に伴う入院・手術は質問1の対象外となります。

質問2 告知日(ご記入日)より過去2年以内に
 ●【A表】の病気・症状であると医師に診断されたこと、または【A表】の病気・症状のため医師の指示による検査※・治療(投薬の指示を含みます)を受けたことはありますか。 ※健康診断・人間ドックを含みます。検査の結果が異常な場合は「なし」となります。

【A表】お引受けできない病気・症状

悪性新生物	がん(悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫を含む) 上皮内がん(上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成を含む)	泌尿・生殖器系の病気・症状	腎不全・腎硬化症・慢性腎炎・ネフローゼ
循環器系の病気・症状	脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓を含む) 心臓病(狭心症、心筋梗塞、不整脈、心房細動、心室細動、心不全、心筋炎、心肥大、弁膜症を含む) 動脈の疾患(動脈瘤、動脈の閉塞・狭窄を含む)	眼の病気・症状	眼底出血・網膜の病気
消化器系の病気・症状	胃潰瘍・十二指腸潰瘍・肝炎(A型肝炎をのぞく) 肝硬変・慢性膵炎	その他の病気・症状	糖尿病(高血糖・糖尿病の合併症を含む)・結核・免疫不全症 メニエール病・認知症(アルツハイマー病を含む) 精神の病気(アルコール・薬物依存を含む) 脳・神経の病気(アルコール・薬物依存を含む) 膠原病(全身性エリテマトーデス、リウマチ、皮膚筋炎、強皮症、多発性動脈炎を含む) 厚生労働省指定の難病(指定難病に対する医療受給者証の交付を受けている方)
呼吸器系の病気・症状	ぜんそく(気管支喘息)(プレドニゾン、プレドニン、メドロール、レダコート、リンデロン等の経口ステロイドを処方された場合) 慢性気管支炎・肺炎腫		

質問3 告知日(ご記入日)より過去2年以内に
 ●【B表】の病気・症状であると医師に診断されたこと、または【B表】の病気・症状のため医師の指示による検査※・治療(投薬の指示を含みます)を受けたことはありますか。
 ※健康診断・人間ドックを含みます。検査の結果が異常な場合は「なし」となります。

【B表】条件付でお引受けできる病気・症状

ア	高血圧症、脂質異常症(高脂血症)
イ	白内障、緑内障
ウ	脊椎、背骨および椎間板の障害(脊椎分離症、脊椎すべり症、椎間板ヘルニア、むちうち症を含む)
エ	前立腺肥大、子宮筋腫

告知日 平成 年 月 日 被保険者本人または親権者・後見人等*3 (自署)

お引受けが「あり」の場合には、ア～エのうち該当するもの全てに○をつけてください。

お引受けできます。加入依頼書「署名欄」にご署名ください。

お引受けすることができませんが、質問3で、○をつけたア～エに対応する【C表】の病気・症状が補償対象外(特定疾病等不担保特約セット)となります。ご同意いただける場合は、加入依頼書「署名欄」にご署名ください。

【C表】補償対象外となる病気・症状 *1

ア	脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓)、狭心症、心筋梗塞、不整脈*2、心室細動、心不全、心筋炎、心肥大、弁膜症、動脈瘤、動脈の閉塞・狭窄
イ	白内障、緑内障(質問3で告知いただいた内容が片眼だけの場合でも、両眼が補償対象外となります。)
ウ	脊椎分離症、脊椎すべり症、椎間板ヘルニア、むちうち症
エ	前立腺肥大、前立腺炎、前立腺がん、子宮筋腫

*1 主治医が上記の病気・症状と医学的に同一であると診断した病気・症状に関しては、補償の対象外となりますのでご注意ください。
 *2 心房細動は補償の対象となります。

がん補償、介護補償にご加入の方は、裏面をご確認ください。

