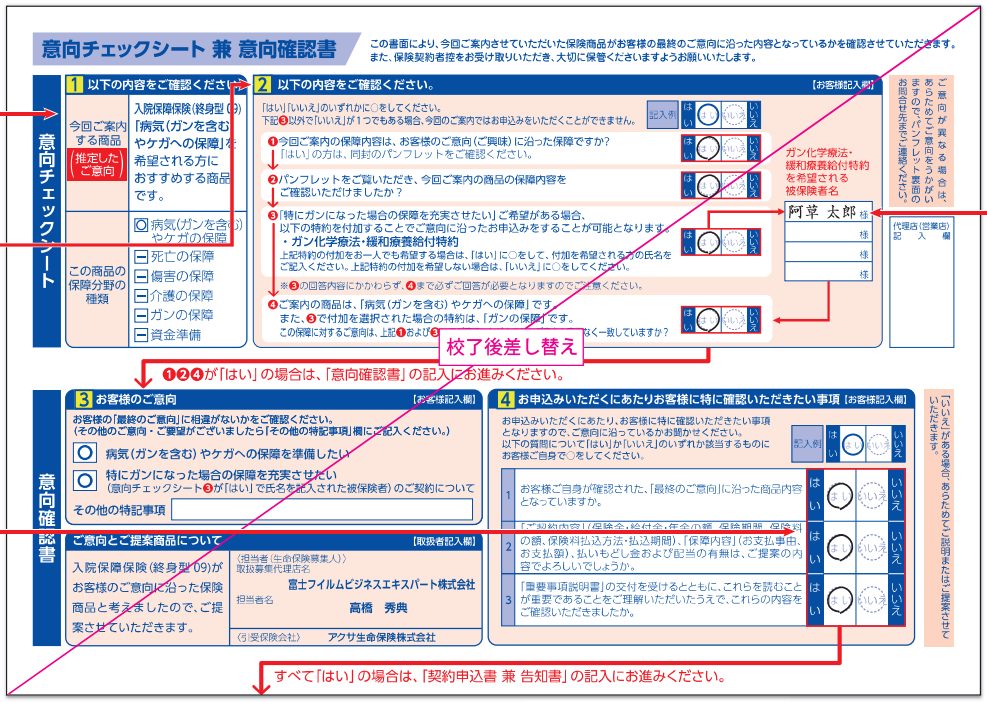
入院保障保険（プライム60）　意向チェックシート兼意向確認書 ご記入例

●黒のボールペンで楷書にてご記入ください。
●ご記入に誤りがある場合は、記入者ご自身が訂正のうえ、ご自身の印鑑で訂正印を押印してください。

1
当初のご希望の保障分野・商品をご確認ください。

2
❶～❹の内容をご確認いただき、「はい」「いいえ」のいずれかに○を付けてください。「いいえ」が一つでもある場合、本保険商品へのお申込みはできません。

3
お申込みいただくにあたり、**3**の内容をご確認のうえ、**4**の設問内容をご確認いただき、「はい」「いいえ」のいずれかに○をしてください。「いいえ」が一つでもある場合、本保険商品へのお申込みはできません。



2
❸はガン化学療法・緩和療養給付特約の付加を希望する場合、「はい」に○をして、付加を希望される方の氏名をご記入ください。
付加を希望しない場合は、「いいえ」に○をしてください。

入院保障保険（プライム60）　契約申込書兼告知書 ご記入例

ご記入前に必ずお読みください

氏名（フリガナ）・生年月日などの各種情報が打出しされている場合は、誤りがないか必ずご確認ください。
保険契約者とは、契約を申込まれる方です。被保険者とは、保障の対象となる方です。

●**5**～**13**欄の各項目を、黒のボールペンで楷書にてご記入のうえ、印鑑を押印（2枚とも）ください。※スタンプ印は使用できません。
●記入内容を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、必ず「保険契約申込印」（**10**被保険者欄および**13**被保険者告知欄は「被保険者印」）で訂正（2枚とも）してください。修正液や重ね書きでの訂正はしないでください。
●ご記入・押印をされましたら、「意向チェックシート兼意向確認書」「契約申込書兼告知書」 保険会社提出用 をご提出ください。「保険契約者控」は、保険証券がお手元に届くまで大切に保管してください。

5
契約申込書兼告知書を記入した日をご記入ください。

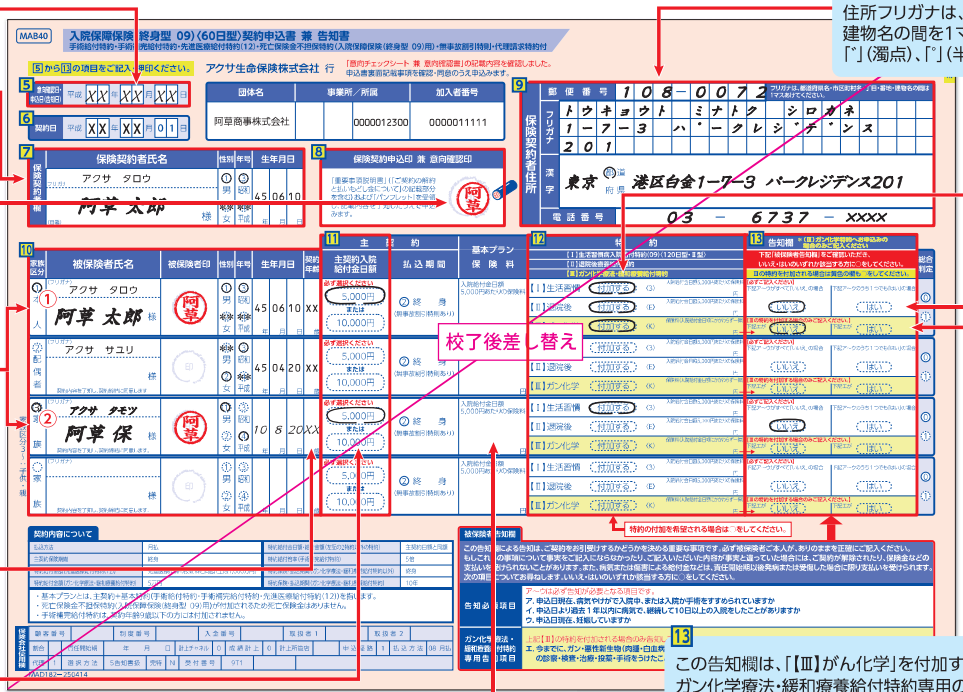
7
保険契約者ご本人が署名してください。

8
印鑑を押印（2枚とも）ください。
ご家族の同一印使用は可です。
ただし、本人以外のフルネーム印は使用不可です。
※スタンプ印は使用できません。

10
①打出しされている方で、お申込みされる場合のみ、漢字氏名をご記入のうえ、印鑑を押印（2枚とも）ください。
性別・年号に○をしてください。
②打出しされていない方がお申込みされる場合は、必要事項をご記入のうえ、印鑑を押印（2枚とも）ください。

10
契約年齢をご確認（ご記入）ください。
契約年齢は、ご契約日における満年齢です。

11
ご希望の入院給付日額に○をしてください。
なお、お取扱範囲には制限がありますので、パンフレットに記載の「ご契約のお取扱い」をご参照ください。



9
住所フリガナは、都道府県名・市区町村名・丁目/番地・建物名の間を1マスあけてください。
「゛」（濁点）、「゜」（半濁点）は1マス使用してください。

12
特約の付加を希望される場合は○をしてください。
※ご年齢により付加できない場合がありますので、パンフレット、保険料表などでご確認ください。

13
告知欄は全員ご記入が必要です。
12で特約を付加されない方もご記入ください。
契約申込書兼告知書の下段に「被保険者告知欄」の記載がありますので、お読みいただき、告知欄の（いいえ）（はい）いずれか該当する方に○をしてください。
※ご記入にあたりまして、申込書兼告知書の（保険契約者控）の裏面に「被保険者告知欄記入上の留意事項」の記載がありますので、ご参照ください。

11
入院給付金日額5,000円コースの保険料を打出しています。

13
この告知欄は、「【Ⅲ】がん化学」を付加する方のみご記入ください。
ガン化学療法・緩和療養給付特約専用の告知欄です。
特約の付加を希望される場合のみ「被保険者告知欄」の「エ.」をお読みいただき、（いいえ）（はい）いずれか該当する方に○をしてください。