

# 申込書記入例

01001 大樹生命保険株式会社 御中

## 富士ゼロックスグループ 生活習慣病保障プラン申込書兼告知書

大樹生命提出用

|                  |                     |                           |                           |                          |                                  |  |
|------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|--|
| 1 異動コード<br>58873 | 96 団体番号<br>300483-0 | 保険契約者(団体名)<br>富士ゼロックス株式会社 | (無配当医療保障保険(団体型))          | 11 申込日<br>2021年 2月 12日   | 12 申込日<br>(告知日)<br>2021年 01月 29日 | 保険契約者<br>富士ゼロックス株式会社<br>記入押印の必要はございません。<br>(お届け印)<br>下記の者が加入資格を有することを確認しました。 |
| 13 結合番号<br>00000 | 17 事業所番号<br>00310   | 所属番号<br>00310             | 44 被保険者(職員)番号<br>00654321 | 18 申込締切日<br>2021年 2月 12日 | 20 加入日<br>(効力開始日)<br>2021年 4月 1日 |  |

必ず押印願います。

私は以下の「被保険者同意事項」を確認し、また、告知欄の内容が事実と相違ないことを誓約のうえ、この保険契約③:申し込みます。

| 家族区分 | 被保険者名                   | 被保険者種別 | 追加告知 | 性別 | 生年月日           | 基本プラン    |                | オプション保障プラン |            | 現在のご加入内容 |  |
|------|-------------------------|--------|------|----|----------------|----------|----------------|------------|------------|----------|--|
|      |                         |        |      |    |                | 基本プラン    | オプション保障プラン     | 基本プラン      | オプション保障プラン |          |  |
| 本人   | フリガナを記入してください<br>フジ タロウ | 富全     | 1    | 男  | 昭和 57年 09月 12日 | 5口 3口 1口 | ③ 同親継続<br>② 脱退 |            |            | 3口       |  |
| 配偶者  | フリガナを記入してください<br>フジ サクラ | 富全     | 1    | 女  | 昭和 58年 01月 31日 | 5口 3口 1口 | ③ 同親継続<br>② 脱退 |            |            | 1口       |  |

5 新規加入・増額のお申し込み手続きにあたっては、以下の「被保険者同意事項」を必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえお申し込みください。

被保険者同意事項  
 ・本協会の記載内容は事実と相違ないことを誓約します。  
 ・通知・配布された説明資料(以下、「説明資料」)により、保障内容等が意向に沿っていることを確認しました。  
 ・説明資料により契約内容および告知に関する重要事項や注意喚起情報等を確認し同意します。  
 ・個人情報取扱について説明資料の記載内容を代理請求人とともに確認し同意します。  
 ・医療保障保険契約内容登録制度に基づく個人情報の取扱について、詳細を説明資料で確認し同意します。

7 本人の代理請求人について  
 ご指定される場合、氏名(カタカナ)・続柄をご指定ください。また、続柄は以下の番号より選択ください。  
 1:配偶者 2:子ども 3:父母 4:祖父母 5:兄弟姉妹  
 代理請求人指定可能な特約に申し込みのない場合、代理請求人の指定は無効です。

④ フジ サクラ 1

6 新規加入・増額(配偶者を含む)の方で、告知事項1. 2. 3. 4. にひとつでも該当するときは、追加告知欄に○印をつけ、別紙被保険者告知書に詳細をご記入のうえ提出してください。

告知事項  
 私は告知事項1. 2. 3. 4. のいずれにも該当しません。該当する場合は追加告知欄に記入します。  
 1. 告知日から過去3ヵ月以内に、医師・歯科医師の検査・治療(指示・指導を含む)・薬の処方を受けたことがある。または、経過観察中である。(※虫歯は除く)  
 2. 告知日から過去5年以内に、高血圧やけがで手術を受けたことがある。  
 3. 告知日から過去5年以内に、肺炎やけがで7日間以上の期間にわたる医師・歯科医師の検査・治療(指示・指導を含む)、あるいは7日間以上の薬の処方を受けたことがある。(※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含む、正常分娩、人工妊産中絶、虫歯炎手術、虫歯は除く)  
 4. 下記の病気で告知日から過去5年以内に、医師・歯科医師の検査・治療(指示・指導を含む)・薬の処方を受けたことがある。  
 <がん・肉腫>・白血病・腫瘍・骨髄腫・骨肉腫・リンパ腫・異形上皮・潰瘍性大腸炎・肝炎・肝硬変・肺炎・腎炎・ネフローゼ・腎不全・子宮頸癌・狭心症・心筋梗塞・心臓弁膜症・先天性心疾患・心筋症・脳卒中(脳出血・脳梗塞・くも膜下出血)・不整脈・てんかん・糖尿病・高血圧症>

治療給付率 : 0%  
 給付金受取人 : 主契約の被保険者様 (0000)

01001 R971446-00-RS000008-000002 B1

**新規加入、増口される方は告知事項をご確認の上、該当する場合は、追加告知「1該当する」に○印を記入し、別途被保険者告知書をご提出願います。該当しない場合はチェックは不要です。**

- ① 申込書記入日をご記入願います。
- ② 氏名(漢字・フリガナ)・性別・生年月日をご記入の上、必ず押印願います。
- ③ 新規加入・口数変更される方は、希望口数(5口 3口 1口)に○印をご記入願います。脱退の方は、「②脱退」に○印をご記入願います。
- ④ 本人の代理請求人は、本人が三大疾病診断給付金をご請求できない特別な事情があるときに代理人としてご請求できます。指定しない場合は、空欄のままにしてください。