

異動コード	1	58876	5
異動年月日 (西暦)	6	20	13
団体番号	14		20
結合番号	21		25
事業所番号	26		35

本帳票の記載内容および告知内容は事実と相違ないことを誓約し、下記の者の同意を得て、この保険契約への加入・保険金額変更を申し込みます。また、脱退者について通知します。

【ご注意】

- 告知内容が万一事実と相違している場合、ご契約の継続や保険金・給付金などのお支払いができないことがあります。
- 加入資格を有しない方は、ご契約への加入・継続はできません。
- 団体定期保険に特約が付加されている場合は、各特約の保険金額決定方法に基づき取扱います。
- 本人が脱退の場合は家族全員が脱退となります。

○下記の者が加入資格を有することを確認しました。

保険契約者 団体名 (お届け印)

代表者名 印

※必ず記入・押印ください。

○加入申込みにあたり、保障内容等が意向に沿っていることを確認しました。

事業所名 印

事業主名

※事業所の役職員が加入・変更される場合は、記入・押印ください。

私は裏面「被保険者同意事項」を確認のうえ、この保険契約への加入を申し込みます。

申込区分	所属番号	被保険者番号	1 家族	被保険者名 (カナ) (漢字)	被保険者 押印欄	性別	生年月日				主契約 保険金額	死亡保険金受取人名 (カナ) (漢字)	2		業種	3 追加告知
							元号	年	月	日			続柄	人数		
①加入・変更 ②脱退	45	54 55	64 65 66		印	①女 ②男	92	98	99	103	104	128	129 130	131 非適用	132 133	135 該当する ①
①加入・変更 ②脱退	45	54 55	64 65 66		印	①女 ②男	92	98	99	103	104	128	129 130	131 非適用	132 133	135 該当する ①
①加入・変更 ②脱退	45	54 55	64 65 66		印	①女 ②男	92	98	99	103	104	128	129 130	131 非適用	132 133	135 該当する ①
①加入・変更 ②脱退	45	54 55	64 65 66		印	①女 ②男	92	98	99	103	104	128	129 130	131 非適用	132 133	135 該当する ①
①加入・変更 ②脱退	45	54 55	64 65 66		印	①女 ②男	92	98	99	103	104	128	129 130	131 非適用	132 133	135 該当する ①

1 家族区分 0.本人 1.配偶者 2~9.子ども

2 受取人続柄 1.配偶者 2.子ども 3.父母 4.祖父母  
5.兄弟姉妹 6.雇主 7.その他

3 契約者告知欄

新規加入・増額申し込み者のうち、告知事項1, 2. にひとつでも該当する方がいるときは、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。

新規加入・増額を申し込む者は、当団体に所属しており告知事項1, 2. のいずれにも該当しません。該当する者がいる場合は、追加告知欄に記入します。

告知事項	<ol style="list-style-type: none"> <li>正常に勤務していない者(注1)、もしくは健康な日常生活を営んでいない者(注2)がいる。</li> <li>告知日から過去1年以内に、病気やけがにより2週間以上欠勤した者(注3)がいる。</li> </ol>
------	--

(注1) 正常に勤務していない者とは、傷病治療のため公休・休暇等で欠勤している者、または、傷病治療のため勤務先・医師・歯科医師等により就業の制限(労働時間の短縮・出張の制限・時間外労働の制限・労働負荷の制限等)を指示されている者をいいます。

(注2) 健康な日常生活を営んでいない者とは、医師・歯科医師の治療(指示・指導を含みます)・投薬を受けている者をいいます。

(注3) 病気やけがにより2週間以上欠勤した者とは、傷病治療のため継続して2週間以上にわたり欠勤(公休・休暇等を含みます)した者をいいます。

裏面「被保険者同意事項」を必ずお読みいただき、内容を確認・ご了解のうえお申し込みください。

大樹生命 本店  
受付 入力日 受付  
2019年3月改訂 2019.3 30×300 TF



## 被保険者同意事項

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

- ・本帳票の記載内容は事実に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。
- ・個人情報の取扱いについて説明資料の記載内容を指定受取人とともに確認し同意します。

## ご記入項目の説明

ご記入項目	ご説明
異動年月日	加入・変更のときは申込日以降（脱退のときは脱退申出日の直後）に到来する以下の保険料払込方法に応じた契約応当日を西暦でご記入ください。 (例)・月払のときは、毎月の契約応当日（契約応当日が4月1日のときは、毎月の1日） ・3ヵ月払のときは、3ヵ月毎の契約応当日（契約応当日が4月1日のときは、4・7・10・1月の1日） ・半年払のときは、6ヵ月毎の契約応当日（契約応当日が4月1日のときは、4・10月の1日） ・年払のときは、毎年の契約応当日（契約応当日が4月1日のときは、毎年の4月1日）
団体番号	団体番号はもれなくご記入ください。
結合番号	結合番号を使用する場合のみご記入ください。
事業所番号	事業所番号を使用する場合のみご記入ください。
申込日(告知日)	この申込書を記入した日付を西暦でご記入ください。
保険契約者(団体)名記入・押印欄	ご契約者様が契約者（団体）名・代表者名をご記入のうえ、お届け印を押印ください。
事業所名記入・押印欄	事業所の役職員が加入・変更される場合は、事業主様が事業所・事業主名をご記入のうえ、事業主印を押印ください。
申込区分	該当する区分に○印をご記入ください。
所属番号	所属番号を使用する場合のみご記入ください。
被保険者番号	被保険者番号はもれなくご記入ください。
家族区分	該当する区分をご記入ください。 0. 本人 1. 配偶者 2~9. こども
被保険者名	姓名を漢字とフリガナでご記入ください。

ご記入項目	ご説明
被保険者押印欄	被保険者ご自身が「被保険者同意事項」を確認のうえ、押印してください。
性別	性別は該当する番号に○印をご記入ください。
生年月日	生年月日は該当する元号に○印のうえ、年月日は和暦でご記入ください。
主契約保険金額	申込区分が「1. 加入・変更」のときは、加入・変更保険金額を万単位でご記入ください。また、申込区分が「2. 脱退」のときは、記入不要です。
死亡保険金受取人名	死亡保険金受取人をご指定される場合は、死亡保険金受取人氏名（漢字・フリガナ）・受取人続柄・受取人数をご記入ください。死亡保険金受取人が前回と相違するときは、本申込書の異動年月日よりご記入の受取人に変更します。また、死亡保険金受取人を本申込書の異動年月日より前に変更する場合、または、死亡保険金受取人を複数指定する場合は、別途死亡保険金受取人変更通知書をご提出ください。 (続柄) 1. 配偶者 2. こども 3. 父母 4. 祖父母 5. 兄弟姉妹 6. 雇主 7. その他
続柄・人数	
労災非該当	労働災害保障特約を付加する契約のみ、役員等で労災保険非適用の被保険者に○印をご記入ください。
業種	労働災害保障特約を付加する契約のみ、業種コードをご記入ください。
追加告知	新規加入・増額申し込み者のうち、告知事項にひとつでも該当する方がいるときは、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。