

無配当医療保障保険(団体型) 被保険者申込書兼告知書

無配医療(A型B)

異動コード	1	58872	5
団体番号	6	300420-1	12
結合番号	13		17
異動年月日	18	20 年 月 日	25
事業所番号	34		43

申込日(告知日) 西暦でご記入ください。 20 年 月 日 33

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のうえ、この保険契約への加入・変更を申し込みます。

なお、被保険者同意の重要性を理解し、被保険者となるべき者全員に対して、別途貴社に提出する書面のとおり、契約内容の通知を行い、この保険契約への加入同意を得ました。また、脱退者について通知します。

○必ず記入・押印ください。

保険契約者 団体名 (お届け印)

代表者名

○下記の者が加入資格を有することを確認しました。

事業所名 事業主名

○加入申し込みにあたり、保障内容等が意向に沿っていること、下記の者が加入資格を有することを確認しました。

私は裏面「被保険者同意事項」を確認のうえ、この保険契約の被保険者になることに同意します。

[54~93 かつA BLK]										[142~417 かつA BLK]									
所属番号	被保険者番号	家族	被保険者名	追加告知	被保険者押印欄	性別	生年月日	入院給付金日額	給付金受取人	医療保険制度									
44	53 94	103 104 105	カナ 漢字	129 130	該当する ①	0 女 1 男	3 昭和 4 平成 年 月 日	139 ① 新規加入・変更 ③ 同額継続 ② 脱退 千円	主契約の被保険者	418									
44	53 94	103 104 105	カナ 漢字	129 130	該当する ①	0 女 1 男	3 昭和 4 平成 年 月 日	139 ① 新規加入・変更 ③ 同額継続 ② 脱退 千円	主契約の被保険者	418									
44	53 94	103 104 105	カナ 漢字	129 130	該当する ①	0 女 1 男	3 昭和 4 平成 年 月 日	139 ① 新規加入・変更 ③ 同額継続 ② 脱退 千円	主契約の被保険者	418									
44	53 94	103 104 105	カナ 漢字	129 130	該当する ①	0 女 1 男	3 昭和 4 平成 年 月 日	139 ① 新規加入・変更 ③ 同額継続 ② 脱退 千円	主契約の被保険者	418									
44	53 94	103 104 105	カナ 漢字	129 130	該当する ①	0 女 1 男	3 昭和 4 平成 年 月 日	139 ① 新規加入・変更 ③ 同額継続 ② 脱退 千円	主契約の被保険者	418									

1 契約者告知欄

新規加入・増額申込み者のうち、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
1. 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。
 2. 告知日から過去5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。

この契約に一律付加される特約

短期入院特約 手術給付特約

- (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週間以上を欠勤(公休・休暇等を含みます)した者をいいます。

2 医療保険制度

1.組合保険 2.協会けんぽ 3.国民健康 4.国民健康(退職者)
5.共済組合 6.船員保険 7.後期高齢者医療制度

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・ご了解のうえお申込みください。

大樹生命使用欄

445 454

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・ご了解のうえお申込みください。

- 本保険契約の内容の通知を受け、本帳票の記載内容は事実と相違ないことを誓約します。
- 個人情報の取扱いについて、通知・配布された説明資料（以下、「説明資料」）の記載内容を確認し同意します。
- 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いについて、詳細を説明資料で確認し同意します。
- 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。

ご記入項目の説明

ご記入項目	ご説明
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。 また、結合番号毎にご起票ください。
異動年月日	申込日以降の日付で、被保険者が加入資格を取得した日、喪失した日、または、保険金・給付金額の変更を伴う昇格・昇給等の日の直後に到来する月単位の契約応当日を西暦でご記入ください。 (例) 契約応当日が4月1日のときは、毎月の1日 ・5月15日に加入資格を喪失した方の異動年月日(脱退日)は、6月1日 ・6月20日に加入資格を取得した方の異動年月日(加入日)は、7月1日
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。 また、事業所番号毎にご起票ください。
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(ゴム印でも可)のうえ、お届け印を押印ください。
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。 ただし、弊社で被保険者番号を自動付番する方式のときは記入不要です。
家族区分	本人のみの加入となりますので"0"となります。
被保険者名	姓名を漢字とフリガナでご記入ください。
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本申込書に添付してご提出ください。

ご記入項目	ご説明
被保険者押印欄	各加入予定者から個々に同意を得る場合は、保険契約の内容および個人情報の取扱いを通知のうえ、各加入予定者の同意確認印をお取付けください。また、金額変更のときも同意確認印が必要です。(脱退のときは押印不要)
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。
入院給付金日額	加入または変更後の日額を千円単位でご記入ください。 また、申込区分が「2. 脱退」「3. 同額継続」のときは、記入不要です。
医療保険制度	該当する公的医療保険制度を番号でご記入ください。 1. 組合保険 2. 協会けんぽ 3. 国民健保 4. 国民健保(退職者) 5. 共済組合 6. 船員保険 7. 後期高齢者医療制度

【ご注意】

1. 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。
2. 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。
3. 誤記入等による訂正は、二重線で抹消(修正液は不可)のうえ訂正印を押印ください。
なお、訂正印はお届けの契約者印をご使用ください。