



団体定期保険「申込書兼告知書」記入要領

お申込み手続き

- 新規に加入される方は、「申込書兼告知書」を一般社団法人全国高圧ガス溶材組合連合会へご提出ください。
 - すでに加入されている方で、死亡保険金受取人を変更される場合は、「死亡保険金受取人指定書」をご提出ください。
(「申込書兼告知書」での受取人変更のお取扱いはできません。)
この場合、死亡保険金受取人変更の効力発生日は、保険契約者(団体)が引受保険会社に「死亡保険金受取人指定書」を送付した日です。
 - 加入内容の変更(脱退を含みます。)がある方は、「申込書兼告知書」をご提出ください。内容に変更のない方は従来の加入内容で継続されますので、提出いただく書類はありません。
 - 必要事項が記入・押印されているか、ご提出前にご確認ください。
内容を訂正される場合は訂正箇所を二重線で抹消後、訂正印(同意印と同一の個人印)を押印のうえ、正当内容をご記入ください。
ただし、脱退の場合は申込区分5に○印のみご記入ください。**(二重線での抹消を行わないでください。)**
なお、退職や変更があった場合は、その都度、発生の翌月までに一般社団法人全国高圧ガス溶材組合連合会へお申し出ください。
- ※事業所として新規に加入される場合は、「預金口座振替依頼書」もあわせて一般社団法人全国高圧ガス溶材組合連合会へご提出ください。

希望者グループ保険(団体定期保険) 申込書兼告知書

日本生命保険相互会社 行

加力発生日: 令和 6 年 1 月 1 日 申込締切日: 令和 5 年 11 月 2 日

②ご契約者用

①ニッセイ用

1 加入申込書兼告知書の記載の内容が事実と相違した場合は、契約(特約が付加されている場合は、特約を含みます。)の全頁または一部を削除して下さい。また、この取扱いについては、引受保険会社からお問い合わせ下さい。

2 申込日(告知日) 令和 5 年 10 月 20 日

3 事業所コード・所属コード・被保険者番号の記入は不要です。

4 被保険者氏名(カタカナ) ヤマダ タロウ

5 生年月日 13 4 9 0 4 2 9

6 死亡保険金受取人 氏名(カタカナ) ジギョウヌシ 71

7 申込区分 1

8 告知金額 800 万円

9 ニッセイ処理種別

事業所所在地: 東京都港区芝大門〇-△-〇
事業所名: ヤマダ溶材株式会社
代表取締役: 山田太郎

この保険制度および保険契約の内容ならびに、この保険にかかわる個人情報の取扱いについて、加入申込時に説明資料等を通知・配付され、了解したうえで、この保険契約の被保険者となることに同意し押印します。

男性-1 年齢-3 昭和-4
女性-2 年齢-5 平成-4

1 2 3 4 5 6 7 8 9

申込金額: 1000 900 800 700 600 500 400 300 200 100 万円

小人数 人数 合計 保険金 万円

人数 合計 保険金 万円

日本生命保険相互会社

※当「申込書兼告知書」は記入要領用のものであり、配付されたものと内容が異なる場合があります。

- ◆ 内容に変更のない場合は、従来の加入内容で継続されますので「申込書兼告知書」のご提出は不要です。
- ◆ 当「申込書兼告知書」が2枚綴りの場合は1枚目の「①ニッセイ用」のみご提出ください。2枚目の「②ご契約者用」は「加入事業所控」として保管してください。また、「②ご契約者用」がない「申込書兼告知書」はコピーを「加入事業所控」として保管してください。

※お送りしている「申込書兼告知書」の印字内容については、2023年8月25日（金）日本生命保険相互会社受理分までの状況を反映しております。その後追加加入・脱退等の異動の手続きをされたものについては反映されておりませんので、ご注意ください。



確認項目

チェック欄

注意!



- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | 事業所所在地・事業所名・代表者名を完記のうえ、社印を押印してください。
※「ニッセイ用」と印字されているページには必ず社印を押印してください。 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | この「申込書兼告知書」を記入された日を必ずご記入ください。 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 氏名はカタカナでご記入ください。 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ご本人の印を必ず押印してください。(認印可) | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 性別・生年月日をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 死亡保険金受取人をカタカナでご記入ください。
続柄コード・人数もご記入ください。 | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 該当する申込区分に○印をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | パンフレット1ページに記載の保険金額から各事業所の保険金決定基準に従って金額をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> |
| 9 | 「申込書兼告知書」左上の告知事項に対して「有」または「無」に○印をご記入ください。
記入もれのないようご注意ください。
※「有」の場合は、項目番号に○印のうえ、別途「被保険者の告知書」をご提出ください。 | <input type="checkbox"/> |
| 注 | 内容を訂正される場合は訂正箇所を二重線で抹消後、訂正印（同意印と同一の個人印）を押印のうえ、正当内容をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> |



希望者グループ保険（団体定期保険）申込書兼告知書

①ニッセイ用

No. _____

日本生命保険相互会社 行

下記被保険者について加入(増額)の申込みをします。なお、加入申込書兼告知書の記載の内容が事実と相違した場合は、契約(特約が付加されている場合は、特約を含みます。)の全部または一部を解除されても異議を申しません。この申込みについては、被保険者の加入同意印をもって同意確認を行いました。

告知事項	1	2	3
告知日現在、病気やけがにより欠勤の方がいますか。(病気やけがの治療のため公休・普通休暇等で欠勤している方を含む)	告知日から過去1年以内に、病気やけがにより継続して2週間以上欠勤された方がいますか。(病気やけがの治療のため公休・普通休暇等で欠勤した方を含む)	告知日現在、健康上の理由で勤務の特別扱(※)を受けている方がいますか。 ※健康上の理由で勤務に制限を加える必要のある方で、勤務先または医師等の指示により労働時間(日数)短縮の特別扱を受けている場合をいいます。	
上記告知事項(項目番号「1」)に該当する場合は、加入(増額)できません。	上記告知事項(項目番号「2」「3」)を確認のうえ、下記の告知欄(※)に記入ください。 ・該当しない場合……「無」を○で囲んでください。 ・該当する場合……①「有」を○で囲んでください。 ②該当の項目番号を○で囲んでください。 ③被保険者の告知書をあわせて提出ください。		

効力発生日(加入日)
令和 年 月 日

申込締切日
令和 年 月 日

- ※留意点
- 被保険者同意の重要性を十分ご理解いただき、中途加入者、増減額者全員に対して契約内容の通知を行い、同意確認を実施いただくようお願いいたします。
 - 生命保険会社の職員・代理店がお客様の告知に際し、事実を告知することを妨げたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧めることはありません。
 - 次の方の新規加入・保険金増額等の際には、左記告知事項2項・3項に該当しない場合でも、「被保険者の告知書」をご提出ください。
・非常勤役員等の加入が認められた制度で、常勤ではない等の理由で、左記告知事項に該当するかどうかの判断が困難な方

団体名・代表者名 _____ 届出印 (印)
1枚目のみ押印ください。

事業所所在地 _____
事業所名 _____
代表者名 _____ (印)
1枚目のみ押印ください。

事業所コード*	所 属 コ ー ド
16 _____ 21 _____ 35 _____	

申込日(告知日) 令和 年 月 日
2枚目にも押印ください。

1つだけ○印ください。 特約付加のとき記入ください。

被保険者番号	被保険者氏名(カタカナ)	加入同意印	性別	生年月日	死亡保険金受取人氏名(カタカナ)	続柄	現在加入保険金額(万円)	申込区分	申込保険金額(万円)	告知欄*		ニッセイ処理欄				
										告知事項「2」「3」に該当する場合は記入ください。	労災コード	一括告知	個別告知内容	保険年齢		
36	セイ _____ メイ _____	(印)	68	69 70 _____	76 _____	90 91 _____		92 ①新規加入 ②増減 ③同脱 ④退 ⑤退	93 _____	97 告知事項「2」「3」に該当する場合は記入ください。	98 _____	115	116	117	歳	
		(印)														
		(印)														
		(印)														
		(印)														
5		(印)														
36		(印)														
		(印)														
		(印)														
8		(印)														

この保険制度および保険契約の内容ならびに、この保険にかかわる個人情報の取扱いについて、加入動員時に説明資料等を通知・配付され、了解したうえで、この保険契約の被保険者となることに同意し押印します。

男性…1 女性…2 昭和…3 平成…4 令和…5

配偶者	子ども	父母	祖父母	兄弟姉妹	法定相続人	事業主	契約者	その他
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ニッセイ処理欄	支社	コード	支社
	営業部	コード	営業部
	取扱者	コード	氏名

支社受付印 (印)
取扱印 決定印

「申込保険金額欄」へは右の保険金ランクから1つ選んで「右づめ」で記入ください。

万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円
万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円

小人数 名
合計 保険金 万円

合人数 名
合計 保険金 万円