

傷害補償・医療補償（加入申込票）記入要領

団体総合生活補償保険加入申込票 兼 被保険者明細書 兼 健康状態告知書 (MS&AD型・個賠型)

※この項目は、一般的に際して引換保険会社がおこなう事務に重要な事項（告知事項）です。事実と相違する場合は、ご契約が無効となり、保険金を支払いたないこととなりますので、十分に確認の上で「記入」してください。

① 加入申込日 令和5年10月20日

② ヤマダ溶材株式会社

③ タナカ タロウ 田中 太郎

④ 52歳

⑤ 加入セット名 XD P

⑥ 口数 1

⑦ 告知日 令和5年10月20日

田中 太郎

令和5年10月1日以降始期契約に使用

「過去の健康状態告知内容」欄に印字がある方は、再告知により特定疾病等を補償対象外とする条件を削除することができる場合があります。詳細は別冊「特に重要なお知らせ」の健康状態告知のご案内をご確認ください。

注意 医療補償に加入する場合のみ記入

※上記、加入申込票は記入要領用のものであり、実際に配布されたものと内容が異なることがあります。

○事業所(会社)として新規加入される場合・追加加入される場合
加入申込票に追加加入される被保険者の「氏名・生年月日・年令・性別・加入セット名・口数」をご記入ください。

継続加入の場合の手続き方法

- 加入内容に変更がない場合 ⇒ 特に手続きは必要ありません。
- 加入申込票記載内容に変更・訂正がある場合 ⇒ 該当箇所を二重線で抹消し、訂正のうえ、被保険者ご自身でご署名ください。
- 脱退される場合
「継続しない」に○をして、ご提出ください。
※上記加入申込票は、新規加入される方用の加入申込票です。現在加入している方の加入申込票には「○」をする箇所があります。
- 異動・解約手続きについて
ご加入後の被保険者の変更・加入・脱退につきましては、その都度ご通知いただきますようお願いいたします。

お申し込み方法

- 申込方法
「加入申込票」と「預金口座振替依頼書」に必要事項を記入し、押印のうえ、各組合事務局または全溶連までご提出ください。
- 更新の手続きについて
 - ・「加入申込票」「預金口座振替依頼書」とともに、前年内容に変更がない場合のみ提出不要です。（自動更新）
 - ・「加入申込票」記載内容に変更・訂正箇所がある場合は必ずご提出が必要となります。詳細は別紙をご参照ください。
 - ※「加入申込票」記載内容は印刷日時点の内容ですので、現在の内容と異なっている場合があります。
- 新規加入の場合
加入申込票に必要事項を記入し、押印のうえ、ご提出ください。

<預金口座振替依頼書>の提出について
損害保険加入用として別途、<預金口座振替依頼書>（収納代行：三菱UFJニコス(株)・損害保険用）のご提出をお願いいたします。ご記入にあたっては、<預金口座振替依頼書>の表紙裏面にある「記入例」をご参照ください。
※新規加入の事業所（企業）が対象です。継続加入の事業所（企業）で、現在既に口座振替が行われている場合は、提出不要です。

- 保険期間（ご契約期間）
2024年1月1日午後4時～2025年1月1日午後4時までの1年間
※中途加入の場合、毎月10日までに加入申込票を提出したものは翌月の1日～2025年1月1日午後4時となります。
- 掛金の払込方法
毎月27日（休日の場合は翌営業日）にご指定の預貯金口座から引き落としとなります。<収納代行：三菱UFJニコス(株)>
①第1回目の掛金の口座振替が不能だった場合、本保険のお申し込みは無効となりますのでご注意ください。
②第2回目以降の掛金の口座振替が不能だった場合は翌月に再請求となり、その翌月分掛金と共に口座振替が行われます。
③上記②の集金が出来なかったときは、最初に振替不能となった口座振替日の属する月の1日にさかのぼって本保険は脱退となります。

傷害補償
医療補償

●新規で加入される場合はお手数ですが、コピーをお取りいただき控として保管ください。

●既にご加入いただいている会員の皆さまへ

変更等がある場合にご提出いただく「団体総合生活補償保険更改加入申込票兼被保険者明細書兼健康状況告知書」は、1～3枚目をご提出ください。

4枚目の「お客様控」は加入事業所様の控として保管ください。

ご継続確認用にお送りしております、「団体総合生活補償保険更改加入申込票兼被保険者明細書兼健康状況告知書」の印字内容につきましては2023年6月30日（金）あいおいニッセイ同和損害保険株式会社受付分までの状況を反映しております。その後に追加加入・異動・脱退等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。



✓記入チェックリスト①～⑦

チェック欄	確認事項
<input type="checkbox"/>	① お申込日をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	② 氏名(カナ・漢字)をフルネームでご署名ください。
<input type="checkbox"/>	③ 被保険者（補償対象となる方）の氏名をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	④ 団体との関係を、申込票下部の◆欄をご参照のうえ、ご記入ください。
<input type="checkbox"/>	⑤ 年齢（2024年1月1日時点の）・性別・生年月日をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	⑥ ご希望のセット名（AA・BA・CA・DA・EA・XD・YD）・口数（傷害補償は最大10口まで、医療補償は1口まで）をご記入ください。 医療補償のオプションPへ加入希望の場合は、オプション欄へオプション名(P)・口数(1口のみ)をご記入ください。 ※医療補償(XD・YD)へ加入される場合のみ、オプションPの追加が可能です。
<input type="checkbox"/>	⑦ 他の保険契約等にご加入の場合は、「あり」に○印のうえ、「※他の保険契約等」欄にご記入ください。

傷
害
補
償

医
療
補
償

医療補償に加入する場合のみ記入

注意

注 医療補償に加入される場合は「加入申込票」裏面を参照し、健康状態告知書質問事項回答欄をご記入ください。

- ・質問1、2をご回答ください。
- ・被保険者が15才未満の場合、親権者の方が告知、ご署名ください。

団体総合生活補償保険加入申込票 兼 被保険者明細書 兼 健康状態告知書 (MS & AD型・個賠型)

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項（告知事項）です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご確認のうえご回答（記入）ください。
 ただし、「生年月日」、「年齢」、「健康状態告知欄は」「疾病補償」、「がん補償」、「介護一時金」、「親介護一時金」、「親の介護による休業補償」、「所得補償」、「医療費用補償」をセットされない場合、告知事項に該当しません。「職業名・職種名」欄は「所得補償」をセットされない場合、告知事項に該当しません。

私（申込人）は、自分が所属する企業または団体に対して、当該企業または団体が引受保険会社（共同保険契約の場合は共同保険会社を含みます。以下同様とします。）と締結する団体保険契約への加入を、以下のとおり依頼します。以下加入申込票に記載のない加入条件（適用約款・特約・保険期間・保険金額など）は、当該企業または団体により定められているものであることを確認します。私および被保険者は、団体保険契約に関する情報を引受保険会社に提供することに同意します。また、私および被保険者は引受保険会社に提供された情報が、適切な保険の引受、万一保険事故が発生した場合の円滑かつ適切な保険金の支払い、保険契約に付帯されるサービスの提供のほか、保険制度の健全な運営（再保険契約に伴う諸手続きを含みます。）、更改のご案内、商品提案、グループ会社（海外にあるものを含みます。）、および提供先への商品・サービスの提案・提供等に利用されることに同意します。（引受保険会社は、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社となります。なお、詳細は弊社ホームページ<https://www.aiomisaydowa.co.jp/>をご参照ください。）

000 AAA 020 994
 R154 03 88 LF 354 (7)

<ご記入にあたって>
 1. ◎今年度は保険始期日時点の年齢をご記入ください。（保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日時点ではなく、団体契約の保険始期日時点の年齢をご記入ください。）
 2. 職種コードは裏面または別紙をご参照ください。
 3. 被保険者住所が申込人（加入者）の住所と同じ場合、「申込人住所と同じ」に○印をしてください。

あいおいニッセイ同和損保 DN1 センター送付

前契約代表証券番号		
代表証券番号		
部店課支社	代理店・扱者/仲立人	団体コード

傷害補償

医療補償

保 険 契 約 者 (団 体 名)	
加入申込日 010 令和 R 年 月 日	011 電話番号 — —
012 郵便番号 317 カナ	399 漢字
住所 〒 —	307 カナ
氏名 「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。	
フルネームでご署名ください。	980 生年月日 大正 T 昭和 S 平成 H 令和 R
018 所属名 カナ	019 所属コード
017 社員番号	

保 険 期 間	
令和 年 月 日から	098 加入者番号
令和 年 月 日まで	

099 前契約加入者番号	L05 加入者識別コード
--------------	--------------

- (注1) あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 宛 裏面または別紙の健康状態告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違した場合、保険契約を解除され保険金のお支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。
 (注2) 傷害死亡・後遺障害受取人に関する特約をセットする場合のみご記入ください。被保険者が未成年の場合、親権者を傷害死亡保険金受取人に指定することはできません。
 (注3) 父母、祖父、祖母、孫および兄弟姉妹をいいます。
 (注4) 企業等の保険金受取に関する特約をセットする場合は、この特約により傷害死亡・後遺障害受取人に支払う旨が規定されているその他の保険金を含みます。
 (注5) スキー・スキーボード賠償責任保険特約をセットした場合、被保険者が競技または指導を職務としている場合は、○印をしてください。
 (注6) スポーツ賠償責任保険特約をセットした場合、下記(例)のとおり、スポーツの種類を必ずご記入ください。
 (例) スポーツの種類が卓球の場合「スポーツ・ 탁구」

(注7) 「健康状態告知についてのご案内」をお読みいただき、健康状態告知をされる場合は、裏面または別紙の「健康状態告知書質問事項」を参照のうえ、下記に回答と告知日をご記入いただき、告知者ご署名欄にご署名ください。

必ずご記入ください。

被 保 険 者 ご 本 人 (基 本 部 分)		加 入 セ ャ ッ ト 選 択 欄					※ 健康状態告知書質問事項回答欄 (被保険者ご本人用) (注7)									
符号 390	(注)「介護一時金支払特約」付のセットに加入される場合、「介護一時金支払特約」の被保険者は、本欄記載の方となります。	申込人住所と同じ 住所 VBT (注)「介護一時金支払特約」付のセットに加入される場合、必ずご記入ください。	H41 カナ	L68 漢字	018 ◆団体の関係 303 ※◎年齢 302 性別	312 職種コード	基本セット (必須加入)	オ プ シ ョ ン					疾病がん(質問2のみ)・所得医療			
							300	1	2	3	4	5	質問1	質問2	質問3	過去の健康状態告知内容
							300						LKA	LKH	L1A	特定疾病等対象外欄 (再告知の場合要削除)
							300						はい (3)	はい (3)	はい (3)	506 疾病コード 507 疾病・症状名 カナ
							300						いいえ (4)	いいえ (4)	いいえ (4)	
							300						「はい」の場合、該当補償についてお引き受けできません。詳細は裏面または別紙をご参照ください。			
							572						※ 告知者ご署名欄			
							□ 数						(上記(注1)をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者ご本人の年齢が満15才未満の場合は、親権者のうちいずれの方がご署名ください。)			
													LW8 告知日			自 署

親介護一時金・休業 「親介護一時金支払特約」または「親の介護による休業補償特約」付のセットにご加入される場合、下記をご記入ください。												傷害死亡保険金受取人 特に指定のない場合は、傷害死亡保険金受取人は、被保険者の法定相続人となります。(注2)			
親介護一時金支払特約	特約区分	特約被保険者(※1)・介護対象者(※2)の氏名	※生年月日	※◎年齢	親介護一時金・休業 専用 健康状態告知書質問事項回答欄(注7)	56H 氏名 カナ	※ 告知者ご署名欄					<被保険者ご本人>傷害死亡保険金受取人指定に関する同意書(傷害死亡保険金は左記受取人に支払われることに同意します。(注4) 被保険者ご本人がご署名ください。)	31M 被保険者との関係(配偶者・2親等内の血族(注3) 勤務先 その他)		
		VKA カナ	VKB	VKC	VKE	56F 氏名 漢字	(上記(注1)をご確認のうえ、特約被保険者・介護対象者となる方の現時点の健康状態を確認し、必ず基本部分の被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における基本部分の被保険者ご本人の年齢が満15才未満の場合は、親権者のうちいずれの方がご署名ください。)					1	2	4	
		続柄 VKD (父) ₁ (母) ₂	大正 T 昭和 S 平成 H 令和 R	満 才	VKT		VKS 告知日 令和 R 年 月 日								
		VKJ カナ	VKK	VKL	VKN		自 署								
		続柄 VKM (父) ₁ (母) ₂	大正 T 昭和 S 平成 H 令和 R	満 才	VKU		自 署								

※他の保険契約等 同様の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは病気および損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等）をいいます。ご記入のない場合、「あり」の場合、「あり」に○印のうえ、必ず下欄にご記入ください。（ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。）												育 英 費 用			
傷害死亡・後遺障害保険金額	(合計) Y37	円	(合計) T28	円	(合計) Y38	円	(合計) LW9	円	55W 氏名 カナ	55C 氏名 カナ	55E 氏名 漢字	扶 養 者			
									55X 氏名 漢字			被 保 険 者			
									55Y 生年月日 昭和 S 平成 H 令和 R			年 月 日			

Y34 (あり) 保険金請求履歴 (注) 他の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内に請求・ケガまたは事故で保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。(あり)												R43 被保険者特記事項 カナ (※スポーツ賠償責任保険特約セットの場合(注6)参照)				その他の項目(被保険者項目のみ記入可)			
Y36 (合計) 万円	Y37 (合計) 万円	T28 円	Y38 (合計) 万円	LW9 (合計) 万円	会社名	XJY 告知社内処理日 平成 H 昭和 R 年 月 日					R50 合計保険料 (分割払の場合は1回分) 円								
						L92 初年度加入日 昭和 S 平成 H 令和 R 年 月 日					項目No. 内容								

通 信 欄												331 加入者特記事項 カナ			
◆団体との関係 下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。 団体の1：構成員 (株式会社・開業会社の構成員、退職者を含む) 0：会員企業等の役員・従業員 上記「1」または「0」の 2：配偶者 3：ごども 4：両親 5：兄弟姉妹 6：同居の親 7：使用者												令和5年10月1日以降始期契約に使用			

健康状態告知書質問事項、回答欄記入例

団体総合生活補償保険

疾病補償、がん補償、所得補償、医療費用補償、本人介護一時金、親介護一時金、親介護休業補償のいずれかに新たにお申し込みいただく方、および継続して加入する場合で保険金額の増額など補償内容を拡大する契約条件の変更を伴う方は、下記の質問事項につきご回答ください。

ご注意

- 健康状態告知書質問事項回答欄に記入する前に、別紙「健康状態告知についてのご案内」を必ずお読みください。また、ご加入される補償パターンに応じてご回答ください。
- ご回答の内容によっては、保険契約をお引き受けできない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ご回答の内容にかかわらず、加入初年度契約の保険期間の開始日より前に原因が発生した病気やケガ、要介護状態については、保険金をお支払いできません(ご加入後365日を経過した場合は保険金をお支払いできることがあります)。
- 継続して加入する場合で、補償内容を拡大する契約条件の変更がない方は、健康状態告知書質問事項回答欄への記入は不要です。

疾病補償 がん補償 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

●被保険者ご本人がご回答ください。なお、下表に記載があるケガや病気については告知不要です。

告知対象外となるケガ・病気一覧

●ケガ(ただし、以下については、病気として告知対象となります) ●正常分娩

脊椎の捻挫・骨折、腰痛、腰部捻挫、椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、むちうち症、脊椎症、腰椎症、頸椎症、脊柱管狭窄症、椎間板障害、腰椎分離・すべり症、脊椎分離・すべり症、突発性腰痛症(ギックリ腰)、半月板損傷、ばね指(手指屈筋腱鞘炎)、骨関節炎、関節内障、変形性関節症、頭部外傷後遺症、脳挫傷

<質問1> 疾病補償 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は回答不要です。質問2の①をご回答ください。

●次のいずれかに該当しますか。

- 告知日(ご記入日)現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等*をすすめられている。
- 告知日(ご記入日)より過去2年以内に病気で、継続して14日以上の入院をしたことがある。

*再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、精密検査等を含みます。なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。

「手術」には、内視鏡・腹腔鏡・レーザー・カテーテル・超音波・衝撃波によるものなどを含みます。なお、入院の有無は問いません。

「医師」には歯科医師を含み、柔道整復師・指圧師・鍼灸師を含みません(以下の質問も同様です)。

いいえ

<質問2> 疾病補償 がん補償(①のみ) 所得補償 医療費用補償 にご加入の方

*疾病に関する補償が、「がん補償」のみの方は①についてのみご回答ください。

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査*・治療(投薬を含みます)を受けたことがある、または受けるように指導されたことがありますか。

- 「がん」、「上皮内がん」
- 「糖尿病」、「高血糖症」、「耐糖能異常」
- 「精神の病気(アルコール・薬物依存を含みます)」

*検査結果が異常なしだった場合は「いいえ」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察の場合は「はい」となります。

「医師による治療」には注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを含みます。なお、市販のビタミン剤の服用など、病気の治療ではなく健康増進のための行為は含みません。

③について、具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によります。

いいえ

「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」をお引き受けします。

「疾病補償」「がん補償」「所得補償」「医療費用補償」をお引き受けできませんので「いいえ」を承ってください。

本人介護一時金 親介護一時金 親介護休業補償 にご加入の方

- 本人介護一時金は、被保険者ご本人がご回答ください。
- 親介護一時金は、特約被保険者となる方に被保険者ご本人が代理して回答する旨を了解いただき、被保険者ご本人が特約被保険者の健康状態を回答してください。また、親介護休業補償は、被保険者ご本人が介護対象者の健康状態を確認し回答してください。

<質問3> 本人介護一時金 にご加入の方

<質問> 親介護一時金 親介護休業補償 にご加入の方

*病気・症状名が判明しない場合は、病気・症状名が判明するまではお引き受けできません。

●次のいずれかに該当しますか。

- 歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。
- 公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。
- 告知日(ご記入日)より過去2年以内に、医師により、下表の「病名・症状一覧」記載の病気や症状と診断されたことがある。

①は、告知日(ご記入日)現在の状態をご回答ください。また、「他人の介護が必要である」とは、何らかのかたちで他人の力を借りている状態をいいます。

②の「要介護認定申請をしたことがある」とは、過去に要介護認定の申請を行った結果、非該当となった場合を含みます。

いいえ

「本人介護一時金」「親介護一時金」「親介護休業補償」をお引き受けします。

病名・症状一覧

脳血管系	●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞(脳血栓、脳塞栓、脳軟化)等) ●脳虚血発作(一過性脳虚血発作(TIA)、可逆性虚血性神経障害(RIND)等) ●眼底出血(網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等)をいい、外傷性を除きます) ●脳動脈瘤 ●脳動脈静脈奇形	肝臓系	●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎* ●C型肝炎* *ウイルスキャリア(感染者)を含みます。
筋・骨格系		筋・骨格系	●後遺症のある骨折(上肢の骨折を除きます) ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 ●脊柱管狭窄症 ●変形関節症
心臓系	●虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞、冠不全等) ●不整脈(心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等)をいい、治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます) ●心臓弁膜症(僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等) ●心内膜炎 ●心肥大(心室肥大等) ●心不全 ●心筋症 ●動脈瘤	悪性新生物	●悪性新生物(がん、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫をいい、上皮内新生物は除きます) ●脳腫瘍
呼吸器系	●肺塞栓症(肺梗塞等) ●肺線維症 ●慢性閉塞性肺疾患(COPD)(肺気腫、慢性気管支炎) ●塵肺(珪肺症、アスベスト肺症等) ●気管支喘息(終診した小児喘息を除きます)	その他	●正常圧水頭症 ●好酸球性筋膜炎 ●糖尿病(インシュリン等の注射剤を投与している場合に限り) ●頭部外傷(後遺障害があると診断された場合に限り) ●膠原病(関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます) ●精神障害(アルツハイマー病や認知症、うつ病等の精神病や神経症、アルコール・薬物依存症を含みます) ●知的障害・発達障害(注1) ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病(注2)
腎臓系	●慢性腎炎(増殖性腎炎、膜性腎炎、IgA腎症等) ●腎不全 ●ネフローゼ症候群 ●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患		

(注1)具体的には、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類コードF00からF99に規定されたものとし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によります。
(注2)告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、難病者に対する医療等に関する法律(難病法)において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ(<https://www.nanbyou.or.jp>)等でご確認いただけます。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給者証の交付を受けることができますが、交付を受けていなくても告知の対象となりますので、ご注意ください。

回答欄記入例 回答が「いいえ」の場合、記入例のとおり回答を記入いただき、「告知者ご署名欄」に告知日を記入のうえ、署名してください。

被保険者ご本人用(質問1、2、3)

回答を記入してください。

告知日を記入のうえ、署名してください。

健康状態告知書質問事項回答欄(被保険者ご本人用)(注7)

疾病に関する補償が「がん補償」のみの方は質問2のみご回答ください。

「本人介護一時金」にご加入の方は質問3をご回答ください。

再告知のうえ、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂正印をしてください。

告知日
令和 年 月 日 相生 一郎

疾病に関する補償が「がん補償」のみの方は質問2のみご回答ください。

「本人介護一時金」にご加入の方は質問3をご回答ください。

再告知のうえ、特定疾病等を補償対象外とする条件を削除する場合、疾病コード、疾病・症状名を二重線で削除し、訂正署名または訂正印をしてください。

親介護一時金・休業(質問)

被保険者ご本人から見た特約被保険者・介護対象者との関係に○をしてください。

親介護一時金は特約被保険者、親介護休業補償は介護対象者の氏名を力を入れて記入してください。

加入される特約を選び○をしてください。
※プランにより加入できる特約が異なりますのでご注意ください。

被保険者ご本人が回答を記入してください。

告知者ご署名欄

告知日

相生 一郎

健康状態について、特約被保険者・介護対象者へのご説明と回答受領にあたり実際に取られた確認方法を1つ選び○をしてください。

回答を記入した被保険者ご本人が署名、告知日を記入してください。