



TOKIO MARINE
NICHIDO

東京海上日動

団体保険始期
令和 7年 8月 1日

ご加入手続きの手順

新規に
ご加入の方

- 1 **B**「告知の大切さに関するご案内」をご確認のうえ、健康状態告知が必要となるケースに該当する場合は、**C**「健康状態告知書」の質問にご回答ください。(本冊子に**B**・**C**がセットされていない場合はご確認・ご回答は不要です。)
- 2 **D**「ご加入に際して」をご確認いただき、**E**「加入依頼書」に必要な事項をもれなくご記入ください。
- 3 **E**「加入依頼書」、**F**「原票」、**G**「代理店写」をご提出ください。

所得補償、団体長期障害所得補償、医療補償、がん補償、介護補償に新たにご加入される場合、または更新にあたり補償内容をアップされる場合(※)には、保険の対象となる方(被保険者)について健康状態の告知が必要です。

(※)更新前契約に補償対象外となる病気・症状が設定されており、告知書ご記入日時時点で、告知書記載の質問すべてのご回答が「なし」となる場合を含みます(更新後契約については補償対象外となる病気・症状を補償対象にすることができます。その場合、告知書回答記入欄の「ア～エ」に付された丸印を二重線で抹消したうえでご署名ください。告知書にご回答がない場合には、更新前契約と同条件での更新となります。)

※1 医療補償またはがん補償で家族タイプにご加入される場合には、被保険者ご本人のほか、配偶者様や満23歳未満のお子様全員についても告知が必要です。

※2 介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を保険の対象となる方(被保険者)とするときには、被保険者からのご依頼を受けた団体構成員が被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知内容が正しくない場合には、ご加入が解除され、保険金をお受取りいただけないことがあります。

告知書は保険の対象となる方ご自身がありのままにご記入ください。

ご家族の方を保険の対象とする場合は、ご家族の方ご自身がご記入ください。

※ 介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を保険の対象となる方(被保険者)とするときには、被保険者からのご依頼を受けた団体構成員が被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知内容が正しくない場合には、ご加入が解除され、保険金をお受取りいただけないことがあります。

告知の内容が正しくない場合には、ご加入が解除され、保険金をお受け取りいただけないことがあります。

更新時に補償内容をアップされた場合、補償内容をアップされた部分については保険金をお受け取りいただけないことがあります。

過去に病気やケガをされたことがある場合、お引受けできない場合があります。

告知いただく内容例は次のとおりです。

告知いただく内容は、保険種類等によって異なりますのでご注意ください。

- ①入院または手術の有無(予定を含みます。)
- ②告知書記載の特定の病気・症状に関する、過去2年以内の医師の指示による検査・治療(投薬の指示を含みます。の有無
- ③過去2年以内の健康診断・人間ドックにおける所定の検査の異常指摘の有無 等

以下のケースも告知が必要となります。

- 現在、医師に入院や手術をすすめられている。
- 過去2年以内に告知書記載の特定の病気について医師の指示による投薬を受けていたが、現在は完治している。
- 過去2年以内の健康診断における告知書記載の検査で「要精密検査」と指摘をされたが、精密検査の結果、異常は見つからなかった。

お申込み後、保険金請求時等に、告知内容についてご確認させていただく場合があります。

以下のご注意点もご確認のうえ、告知書の質問をよくお読みいただき、ご記入ください。

新たな保険契約への切替の場合、新たに告知が必要となる等のご注意いただきたい事項があります。

詳しくは、重要事項説明書をご確認ください。

告知すべき内容を後日思い出された場合には、パンフレット等に記載のお問い合わせ先までご連絡ください。

所得補償、団体長期障害所得補償、医療補償、介護補償については、支払責任の開始する日より前に被っているケガまたは病気・症状を原因として、支払責任を開始する日以降に就業不能や入院等をされた場合には、その原因が告知対象外のケガまたは病気・症状であったり、正しく告知いただいていた場合であっても、保険金のお支払対象とならないことがあります(ただし、支払責任の開始する日から1年を経過した後に開始した就業不能や入院等については、保険金のお支払対象となります。)

この資料は告知の大切さについて、その概要を記載したものです。告知に関するお問い合わせは、パンフレット等に記載のお問い合わせ先までご連絡ください。

別表		(がん補償)お引受けできない病気や所見・症状	C「健康状態告知書」にご回答いただく際に使用します。
病気や所見	ポリープ・しゅよう等	しゅよう*1、結節*1、腫瘍*1(しゅりゅう)、GIST(ジスト、ギスト)、カルチノイド、異形成、白板症、多発性ポリープ(ポリポース) *2、病理検査や細胞診での異常	
	消化器系の病気	肝硬変、慢性肝炎、肝機能障害(入院や治療を伴うもの)、慢性アルコール性肝機能障害、NASH(非アルコール性脂肪肝炎)、アルコール性肝炎、門脈圧亢進症、食道静脈瘤	
	呼吸器系の病気	COPD(慢性閉塞性肺疾患)、肺炎腫、慢性気管支炎、肺線維症、じん肺、けい肺、間質性肺炎	
	腎臓の病気	慢性腎機能障害、慢性腎不全、慢性腎炎、尿毒症	
	その他	B型肝炎ウイルスキャリア、C型肝炎ウイルスキャリア、貧血(鉄欠乏性貧血を除きます)	
症状*3		しこり、出血(不正出血、喀血、吐血、下血、肉眼的血尿)、黄疸	

*1 「がん、上皮内がん、または異形成」とは異なる病気と診断された場合は「なし」となります。

*2 大腸などひとつの臓器に多数のポリープが存在する状態をいいます。

*3 「がん、上皮内がん、もしくは異形成」とは異なる病気と診断された場合、またはその症状に対する診察(服薬・治療を含みます)・検査の結果、告知日時時点で医師による診察(服薬・治療を含みます)・検査が終了している場合は「なし」となります。

所得補償、団体長期障害所得補償、医療補償にご加入の方

がん補償にご加入の方

介護補償にご加入の方

質問 1
●告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中、または入院が手術を
すめられていますか。

なし

質問 2
●告知日(ご記入日)より過去1年以内に病気で、継続して10日以上
入院をしたことがありますか。

なし

質問 3 <所得補償、団体長期障害所得補償のみ>

告知日(ご記入日)より過去2年以内に

●「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気(アルコール・薬物依存を
含みます)」と医師に診断されたことがありますか。
●「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気(アルコール・薬物依存を
含みます)」のため、医師から検査(注)・治療(投薬の指示を含みます)を
受けるように指導されたことがありますか。
(注)検査結果が異常ななかった場合は「なし」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中の場合は「あり」となります。

※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例

が ん	悪性新生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、 悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内癌、CIS、CIN3、子宮 頸部の高度異形成

全てなし

お引受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。

回答記入欄A～Eに○がついている場合(特定疾病等不担保特約がセットされて
いる場合)、補償対象外となる病気・症状*1は各区分ごとに下表のとおりです。

特定疾病等不担保特約がセットされている場合に補償対象外となる病気・症状*1

ア	脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞、脳血栓、脳塞栓)、狭心症、心筋梗塞、 不整脈*2、心室細動、心不全、心筋炎、心肥大、弁膜症、動脈瘤、動脈の閉塞・ 狭窄
イ	白内障、緑内障(告知いただいた内容が片眼だけの場合でも、両眼が補償 対象外となります。)
ウ	脊椎分離症、脊椎すべり症、椎間板ヘルニア、むちうち症
エ	前立腺肥大、前立腺炎、前立腺がん、子宮筋腫

*1 主治医が上記の病気・症状と医学的に同一であると診断した病気・症状に関して
は、補償の対象外となりますので、ご注意ください。

*2 心房細動は補償の対象となります。

質問 1
●今までに「がん」または「上皮
内がん」と医師に診断され
たことがありますか。

※「がん」または「上皮内がん」に含めて
告知いただきたい病気の例

が ん	悪性新生物、癌、悪性 しゅよう、肉腫、白血病、 悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん	上皮内新生物、上皮内 癌、CIS、CIN3、子宮 頸部の高度異形成

なし

質問 2

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下の
いずれかに該当したことがありますか。

①健康診断・人間ドックにおいて以下の検査
を受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常
(要治療・要精密検査・1年以内の要再検査
をいいます。)を指摘されたこと

- ・上部消化管エックス線検査(または内視鏡検査)
- ・胸部エックス線検査
- ・乳房エックス線(マンモグラフィ)検査
- ・乳房超音波検査 ・子宮頸部の細胞診
- ・便潜血検査
- ・しゅようマーカー(CEA・AFP・CA19-9・PSA等)
- ・CT検査 ・MRI検査 ・PET検査
- ・肝炎ウイルス検査(HBs抗原・HCV抗体)
- ・腹部超音波検査 ・その他のがん検診

②医師の診察の結果、左ページ「告知の大切さ
に関するご案内」に記載の【別表】の病気や所
見、症状により継続して診察(服薬・治療を含
みます)・検査を受けるように指導されたこと

なし

お引受けできます。
回答をご記入のうえ
ご署名ください。

質問 1
●以下(1)～(3)のいずれかに該当しますか。
(1)現在「歩行」「食事」「排せつ」「入浴」「衣服の
着替え」「店での買い物」「公共の交通機関
の利用」のいずれかにおいて、他の方の介
助または補助具を必要とする。

(2)今までに、公的介護保険の要介護・要支援
の認定申請をしたことがある。

(3)今までに、認知症、軽度認知障害(MCI)
もしくはそれらの疑いまたはがん(悪性新
生物、癌、悪性しゅよう、肉腫、白血病、悪性
リンパ腫、骨髄腫を含み、上皮内がんを
除きます)で、医師の診察・検査・治療・投薬
を受けたことがある。

●告知日(ご記入日)より過去1年以内に病気
やケガで入院をしたことまたは手術を受け
たことはありますか。

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に下表
の病気であると医師に診断されたこと、また
は下表の病気のため医師から検査(注)・治療
(投薬の指示を含みます)を受けるように
指導されたことはありますか。

(注)検査結果が異常ななかった場合は「なし」となり
ます。

お引受けできない病気	
・肝硬変	・脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)
・脳しゅよう	・心筋梗塞
・心不全	・心房細動
・糖尿病(高血糖・糖尿病の合併症を含みます)	・うつ病
・統合失調症	・アルコール依存症
・パーキンソン病	・アルツハイマー病
・レビー小体病	・前頭側頭葉変性症
・ピック病	・骨折歴を伴う骨粗しょう症
・関節炎(リウマチ性、変形性)	

全てなし

お引受けできます。
回答をご記入
のうえご署名*3
ください。

申し訳ござい
ませんが、
お引受け
できません。

*3 ご署名欄下の注意事項をご確認の上、健康状態告知を
行った方がご署名ください。

1. 本内容は健康状態に関する回答です。ご加入いただく補償のみご回答ください。ご回答内容・ご署名は【加入依頼書】に複写されますので、ボールペンでもれなくご記入ください。
2. 【加入依頼書】のタイプ欄に記載いただいた補償と健康状態告知書でご回答いただいた補償と異なる場合は、【加入依頼書】のタイプ欄に記載いただいた補償についてのみ、ご加入
のお申込みがあったものとして取扱います。

団体長期障害所得補償		医療補償	
質問 1	なし	あり	なし
質問 2	なし	あり	なし
質問 3	なし	1つ以上あり	
ア	ウ	ア	ウ
イ	エ	イ	エ

がん補償	
質問 1	なし
質問 2	あり

介護補償	
質問 1	全てなし
	1つ以上あり

健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容、【がん
補償の場合】【加入依頼書】がん保険金受取人の
指定の内容*4について確認・同意します。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者本人または
親権者・後見人等*5
(自 署)

*4 特にお申し出がない限り、更新前契約と同内容での更新となります。
*5 被保険者本人が満15歳未満の場合は、親権者・後見人等(後見人・保佐人・補助人)の代表
者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わってご署名ください。(ご署名例:
安心ショウタ 親権者 安心ヒロシ)

介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の
配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を保険の対象となる
方(被保険者)とするときは、被保険者からのご依頼を受けた団体構成員が
被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知
内容が正しくない場合には、ご加入が解除され、保険金をお受けいただけ
ないことがあります。健康状態告知を行った方がご署名ください。

このページは提出不要(お客様控え)です。大切に保管してください。
(【加入依頼書】【原票】【代理店写】)をご提出ください。

1. 加入依頼書の記入要領

①「E 加入依頼書」の各欄(特に赤字)に必要な事項をもしなくご記入ください。加入依頼書は複写となっております。ボールペンでご記入ください。

②ご希望のお手続き欄
いずれかの項目に○をつけてください。

ご希望のお手続き	○をつけていただく項目
● ご加入者が新たに加入される場合	新規に加入
● ご加入者・被保険者の加入内容を変更される場合	加入内容変更
● 新たに被保険者を追加される場合	被保険者明細追加
● 被保険者明細を更新されない場合(ご契約は更新される場合)(*)	本被保険者明細は更新しない
● ご契約(被保険者全員)を更新されない場合(*)	全員更新しない

(*)自動更新制度がない場合は、更新されない被保険者のご記入・提出は不要です。

<訂正方法>

予め印字されている内容を変更または訂正される場合は、右記例のとおり記入(印字内容を二重線で抹消のうえ、余白に記入)願います。

【訂正例】

傷害	
タイプ	口数
KF2	2
2	2

③続柄
該当の2桁コードをご記入ください。

加入者・被保険者本人から見た続柄<2桁コード一覧>

01 本人	05 兄弟姉妹	10 雇用主(法人)
02 配偶者	06 祖父母	11 雇用主(個人事業主)
03 父母	07 孫	12 従業員
04 子	08 その他親族	99 その他

④★他の保険契約等

他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます)がある場合には○をし、E「加入依頼書」裏面に詳細をご記入ください。

⑤☆職業・職務(3桁コード一覧)、職種級別、基本級別

傷害補償・所得補償にご加入の場合にご記入ください。
※ただし、傷害補償に「交通事故のみ特約」、「ゴルフ中のみ特約」をセットしている場合は記入不要です。

職業・職務<3桁コード一覧>

010 事務職	050 金属製造加工 作業者	090 無職者
020 営業職	060 建設作業者	990 その他 (E「加入依頼書」裏 面の記入欄に具体的 にご記入ください)
030 自動車運転者	070 家事従事者	
040 運輸従事者	080 学 生	

傷害補償
職種級別

重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容を確認のうえ、必ず○をつけてください。

※所得補償にご加入の場合は、所得補償基本級別をご記入ください。

2. メッセージ欄

3. 補償の重複に関するご注意

個人賠償責任補償特約等をご契約される場合で、保険の対象となる方またはそのご家族が、補償内容が同様の保険契約を他にご契約されているときには、補償が重複することがあります。

4. ご加入時の同意内容について

私と被保険者(*)全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。 *保険の対象となる方をいいます。

- ①私が契約者である企業または団体の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容

④E「加入依頼書」裏面の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容

⑤B「告知の大切さに関するご案内」の内容

(本冊子に添付されていない場合はご確認不要です。)

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。詳細はE「加入依頼書」裏面をご参照ください。

加入のお申込みをされるお客様(ご加入者)

ご記入日 (加入依頼日)	(必ずご記入ください) 令和 年 月 日	加入者 保険期間	令和 年 月 日～令和 8 年 8 月 1 日	払込方法・ 回数	団体・引去 月払
郵便 番号		連絡先 (電話番号)		加入者 証券番号	被保険者明細番号
ご住所 カナ		生年月日	明治・大正・昭和 平成・令和 年 月 日	性別	男性・女性
漢字		所属名	カナ 漢字		
お名前 カナ		私は左頁「ご加入時の同意内容について」を確認し、 契約者である企業・団体に対して加入(変更・更新 しない等)を依頼します。			所属コード
ご署名 ご捺印	漢字				社員コード

個人の場合はフルネームで自署、法人の場合は捺印をお願いします。

ご希望のお手続き
(1～5のいずれかに○)

1 新規に加入

更新

2 加入内容変更

3 被保険者明細追加

4 本被保険者明細は
更新しない

5 全員更新しない

保険の対象となる方(被保険者)

ご加入者 と同じ	本人の お名前	カナ 漢字	★生年 月日	明治・大正・昭和 平成・令和 年 月 日	加入者からみた続柄 (2桁コード Dご参照)
異なる場合は 右欄に記入			★性別	男性・女性	★他の 保険契約等
					あり 裏面に詳細を ご記入ください。
ご加入者 ご住所と 同じ	本人の ご住所	カナ 漢字	★職業・職務 (働く・所帯のみ)	3桁コード Dご参照	傷害補償 職種級別 A B
異なる場合は 右欄に記入	住宅 (建物) 所在地		がん保険金 受取人氏名 (カナ)		被保険者本人 からみた受取人 の続柄 Dご参照

▲がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合に記入。

ご希望のタイプ・口数をご記入ください。

タイプごとの補償内容や保険料等については募集パンフレット等にてご確認ください。

セット		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
タイプ	□数	タイプ	□数	タイプ	□数	タイプ	□数	タイプ	□数	タイプ	□数	タイプ	□数	タイプ	□数	タイプ	□数	タイプ	□数	タイプ	□数

被保険者・1回分保険料

円

加入者・1回分合計保険料

円

(注) 被保険者明細が
複数部の場合は、合
計した保険料を記入

回答記入欄・署名欄

★被保険者本人	団体長期障害所得補償		医療補償	
	質問 1	なし あり	なし あり	
	質問 2	なし あり	なし あり	
	質問 3	全で なし 1つ以上 あり		
	ア ウ	ア ウ	イ エ	イ エ

★被保険者本人	がん補償	
	質問 1	なし あり
	質問 2	なし あり

★被保険者本人	介護補償	
	質問 1	全で なし 1つ以上 あり

健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容、【がん
補償の場合】「加入依頼書」がん保険金受取人の
指定の内容※4 について確認・同意します。

告知日(ご記入日)	令和 年 月 日
被保険者本人または 親権者・後見人等※5 (自署)	

介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の
配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を保険の対象となる
方(被保険者)とするときには、被保険者からのご依頼を受けた団体構成員が
被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知
内容が正しくない場合には、ご加入が解除され、保険金をお受けいただけ
ないことがあります。健康状態告知を行った方がご署名ください。

団体使用欄

項目	コード	内容	項目	コード	内容

旧加入者証券番号	旧明細番号	営業店	8517	ICT・生活1	部数
		代理店 仲立人	1030	オリックス保険サービス	
		契約者 (団体)			
4001862202508	20250321	8517	1030	05826	241M 0052017

他の保険契約等

(他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。)

具体的な内容をご記入ください。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額 単位:万円)

職業・職務が「990その他」の場合。具体的な内容をご記入ください。

職業・職務が「990その他」の場合、具体的な内容をご記入ください。

職業・職務: 990 その他

詳細な職業・職務の記入欄 (例: 自営業、会社員、学生、主婦、その他)

告知事項・通知事項一覧

★:告知事項 ☆:告知事項かつ通知事項

項目名	傷害補償	所得補償	医療補償 がん補償	介護補償	個人賠償責任 借家人賠償責任 旅行品 住宅内生活用財産 救済費用等 弁護士費用等 トラブル対策費用
生年月日	★*1	★	★	★	★*2
性別	—	—	★	★*3	—
職業・職務*4	★*5	★	—	—	—
健康状態告知*6	—	★	★	★	—

※ すべての補償について「他の保険契約等」も告知事項(★)となります。また、医療費用補償特約(子ども傷害補償)をセットされる場合には「公的医療保険制度」、医師賠償責任保険については「医療施設の開設有無」も告知事項かつ通知事項(★)となります。

*1 子ども傷害補償の場合のみ、告知事項となります。

*2 子ども傷害補償にご加入される場合のみ、告知事項となります。

*3 年金払介護補償特約をセットされる場合のみ、告知事項となります。

*4 新たに職業に就いた場合や就いていた職業をやめた場合を含みます。

*5 交通事故傷害危険のみ補償特約、グループ中の傷害危険のみ補償特約をセットされる場合には、告知事項・通知事項とはなりません。

*6 新たにご加入される場合、または更新にあたり補償内容をアップされる場合のみとなります。

個人情報に関するご案内

保険契約者である企業または団体は引受保険会社に本契約に関する個人情報を提供いたします。引受保険会社および引受保険会社のグループ各社は、本契約に関する個人情報を、保険引受の判断、本契約の管理・履行、付帯サービスの提供、他の保険・金融商品等の各種商品・サービスの案内・提供、アンケート等を行うために利用する他、下記①から⑥の利用・提供を行うことがあります。なお、保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)の利用目的は、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる範囲に限定されています。

- ①本契約に関する個人情報の利用目的の達成に必要な範囲内で、業務委託先(保険代理店を含みます。)、保険仲立人、医療機関、保険金の請求・支払いに関する関係先、金融機関等に対して提供すること
- ②契約締結、保険金支払い等の判断をするうえでの参考とするために、他の保険会社、一般社団法人日本損害保険協会等と共同して利用すること

- ③引受保険会社と引受保険会社のグループ各社または引受保険会社の提携先企業等との間で商品・サービス等の提供・案内のために、共同して利用すること
- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、国内外の再保険引受会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権者における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
- ⑥更新契約に係る保険引受の判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等(過去の情報を含みます。)をご契約者およびご加入者に対して提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)および他の引受保険会社のホームページをご参照ください。

ご加入時の同意内容について

私と被保険者(*)全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

*保険の対象となる方をいいます。

- ①私が契約者である企業または団体の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容
- ④上記の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
- ⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容
(本冊子に添付されていない場合はご確認不要です。)

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。詳細は上記をご参照ください。

加入のお申込みをされるお客様(ご加入者)

001 ご記入日 (加入依頼日)	③ 年 月 日	002 加入者 保険期間	③ 年 月 日	～令和 8 年 8 月 1 日	払込方法・ 回数	団体・引去 月払
003 〒		010 連絡先 (電話番号)		加入者 証券番号	011	211
004 005 ご住所 カナ		013 生年月日	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	014 性別	① ②	
006 007 漢字		015 所属名 カナ		016 漢字		
008 お名前 (ご署名・ ご捺印)	カナ 漢字	私は左貴「ご加入時の同意内容について」を確認し、 契約者である企業・団体に対して加入(変更・更新 しない等)を依頼します。			017 所属コード	
					018 社員コード	
ご希望のお手続き (1～5のいずれかに○)						
019 ① 更新 020 ① 021 ① 022 ① 023 ①						

保険の対象となる方(被保険者)

103 ① 異なる場合のみ 右欄に記入	104 本人の お名前 カナ 漢字	106 ★生年 月日	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	108 加入者からみた続柄 (2桁コード Dご参照)	109 ★何の 保険契約等	①															
110 ① 異なる場合のみ 右欄に記入	111 本人の ご住所 カナ 漢字	116 ★職業・業務 (傷害・所補のみ)	117 傷害補償 職種別	A B	120 被保険者本人 からみた受取人 の続柄																
112 住宅 (建物) 所在地 カナ 漢字		119 がん保険金 受取人氏名 (カナ)	120 被保険者本人 からみた受取人 の続柄																		
▲がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合に記入。																					
ご希望のタイプ・口数をご記入ください。タイプごとの補償内容や保険料等については募集パンフレット等にてご確認ください。																					
セット	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
タイプ 141	口数 142	タイプ 121	口数 122	タイプ 123	口数 124	タイプ 125	口数 126	タイプ 127	口数 128	タイプ 129	口数 130	タイプ 131	口数 132	タイプ 133	口数 134	タイプ 135	口数 136	タイプ 137	口数 138	タイプ 139	口数 140

保険料

被保険者・1回分保険料	円	022 加入者・1回分合計保険料	円	(注) 被保険者明細が 複数部の場合は、合 計した保険料を記入
-------------	---	---------------------	---	---------------------------------------

回答記入欄・署名欄

★被保険者本人	団体長期障害所得補償	医療補償	がん補償	介護補償
	質問 1 212 ① ②	160 ① ②	質問 1 167 ① ②	質問 1 240 ① ②
	質問 2 213 ① ②	161 ① ②	質問 2 168 ① ②	
	質問 3 214 ① ②			
	215 ① ② 217 ① ②	163 ① ② 165 ① ②		
	216 ① ② 218 ① ②	164 ① ② 166 ① ②		
*4 特にお申し出がない限り、更新前契約と同内容での更新となります。 *5 被保険者本人が満15歳未満の場合には、親権者・後見人等(後見人・保佐人・補助人)の代表 者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わってご署名ください。(ご署名例: 安心ショウタ 親権者 安心とロシ)				
告知日(ご記入日) 令和 年 月 日				
被保険者本人または 親権者・後見人等*5 (自 署)				

団体使用欄

W23	団体使用欄
-----	-------

介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の
配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を保険の対象となる
方(被保険者)とするときには、被保険者からのご依頼を受けた団体構成員が
被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知
内容が正しくない場合には、ご加入が解除され、保険金をお受け取りいただ
けないことがあります。健康状態告知を行った方がご署名ください。

項目	コード	内容	項目	コード	内容							
201	旧加入者証券番号		202	旧証券番号								
027	営業店	8517	ICT・生活1	028	代理店	1030	オリックス保険サービス	029	契約者		部数	
A001862202508 20250321												