

団体総合生活補償保険加入申込票 兼 健康状態告知書(複数名用)

※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」・「年令」・「健康状態告知」欄は「疾病に関する補償」、「がんに関する補償」、「所得補償特約」、「医療費用補償特約」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「所得補償特約」をセットされない場合、告知事項に該当しません。

下記のいずれかに○をしてください。

- ① 新規加入
- ② 変更
- ③ 継続加入
- ④ 継続しない

必ずご記入ください。

加入申込日	010 令和R 年 月 日	011 電話番号	— —
郵便番号	012 317 カナ	漢字	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。	漢字	390 生年月日	（大正）T （昭和）S （平成）H （令和）R 年 月 日
018 所属名	カナ	019 所属コード	017 社員番号

符号	被 保 険 者（被保険者の住所が申込人（加入者）と異なる場合は、住所カナ・漢字の両方を必ずご記入ください。）										セツト名（必須加入）	口数	※健康状態告知書質問事項回答欄				※告知者ご署名欄（注1）		※他の項目（被保険者項目のみ記入可）				
390	申込人住所と同じ 住所 VBT ①	H41 カナ										576 ※職業名・職種名 カナ	312 ※職種コード	300	572	過去の健康状態告知内容				LW8 告知日 令和R 年 月 日 新たにご加入される場合および前契約より補償内容を拡大する場合（必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。）	Y34 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	項目No.	内 容
		L68 漢字														506 疾病コード							
		J04 カナ														507 疾病・症状名 カナ							
		L67 漢字														告知社内処理日							
		323 ※生年月日（大正）T （昭和）S （平成）H （令和）R 年 月 日 満 才 男 1 女 2														R43 被保険者特記事項 カナ							
390	申込人住所と同じ 住所 VBT ①	H41 カナ										576 ※職業名・職種名 カナ	312 ※職種コード	300	572	過去の健康状態告知内容				LW8 告知日 令和R 年 月 日 新たにご加入される場合および前契約より補償内容を拡大する場合（必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。）	Y34 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	項目No.	内 容
		L68 漢字														506 疾病コード							
		J04 カナ														507 疾病・症状名 カナ							
		L67 漢字														告知社内処理日							
		323 ※生年月日（大正）T （昭和）S （平成）H （令和）R 年 月 日 満 才 男 1 女 2														R43 被保険者特記事項 カナ							
390	申込人住所と同じ 住所 VBT ①	H41 カナ										576 ※職業名・職種名 カナ	312 ※職種コード	300	572	過去の健康状態告知内容				LW8 告知日 令和R 年 月 日 新たにご加入される場合および前契約より補償内容を拡大する場合（必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。）	Y34 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	項目No.	内 容
		L68 漢字														506 疾病コード							
		J04 カナ														507 疾病・症状名 カナ							
		L67 漢字														告知社内処理日							
		323 ※生年月日（大正）T （昭和）S （平成）H （令和）R 年 月 日 満 才 男 1 女 2														R43 被保険者特記事項 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。

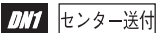
団体の	1：構成員（子会社・関連会社の構成員、退職者を含む）	0：会員企業等の役員・従業員
上記「1」または「0」の	2：配偶者 3：子ども 4：両親 5：兄弟姉妹 6：同居の親族 7：使用人	

331 加入者特記事項（カナ）

前契約合計保険料（分割払の場合は1回分）

R50 合計保険料（分割払の場合は1回分）

あいおいニッセイ同和損保



000 AAA 020 994	354 ⑤
R153 03	88 LF
前契約代表証券番号	

＜ご記入にあたって＞

- ◎年令は保険始期日時時点の年令をご記入ください。（保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日時ではなく、団体契約の保険始期日時時点の年令をご記入ください。）
- 職種コードは裏面または別紙をご参照ください。
- 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。

保 険 期 間			
令和	年	月	日から
令和	年	月	日まで

（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の回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していない場合、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、個人情報の取扱に同意します。「健康状態告知」についてのご案内」を受け取り、または説明をつけ内容を了解しました。
（注2）「あり」の場合は1枚目裏面または別紙に「他の保険契約等」の内容についてご記入ください。
（注3）スキー・スケート賠償責任保険特約をセットした場合で、被保険者が競技または指導を職務としている場合は、○印を必ずご記入ください。
（注4）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）スポーツの種類が車球の場合 「スポーツ・タックル」

098 加入者番号

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

「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。

令和7年10月1日以降始期契約に使用

