

# 『総合補償保険』加入申込票の記入例

※印字内容の変更や書き損じの際は、「二重線」で抹消の上、ご訂正ください。  
 なお、「ご署名欄」と「健康状況告知書質問事項回答欄」を訂正する際には、フルネームの訂正署名が必要となります。  
 ※お手続きにあたっては、消えるボールペン、赤インクのペン、鉛筆(シャープペンシル)は使用できませんのでご注意ください。

新規・変更・脱退を問わず、必ずフルネームでご署名ください。

記入した日をご記入ください。

該当する箇所に必ず〇印をお付けください。

必ずカタカナでご記入ください。

生年月日、年齢、性別をご記入ください。  
 年齢は平成31年3月1日現在の満年齢をご記入ください。

被保険者と団体との関係を「◆団体との関係」より選んでご記入ください。

該当する番号をご記入ください。裏面の職種コード一覧をもとに職業・職務をご記入ください。

訂正時の記入例

The image shows a detailed application form for '総合補償保険' (Comprehensive Compensation Insurance). It includes sections for personal information, insurance plan selection (Basic Plan and Options), and a table for selecting insurance courses (CPL). Handwritten annotations in red and black boxes point to specific fields with instructions. For example, '記入した日をご記入ください' points to the application date field. '必ずカタカナでご記入ください' points to the name field. The CPL table shows various options like 'GA', 'N1', 'N2', 'N3', 'N4', 'Z', 'Y2' with corresponding checkboxes and numbers.

【Y2】(親介護一時金)に新たにご加入される方、または【Y3】継続時に増口される方

- 特約区分は①に〇印をご記入ください。
- 該当の続柄に〇印をご記入ください。
- 特約被保険者(親御さま)氏名をカタカナでご記入ください。
- 質問1～質問4 特約被保険者(親御さま)に、加入申込票最終ページ裏面「親介護専用健康状況告知書質問事項」を確認のうえ、基本部分の被保険者ご本人が特約被保険者(親御さま)を代理して本欄の「はい」「いいえ」で回答し、該当に〇をつけてください。質問1～4のうち、いずれか1つでも「はい」がある場合には、お引受できません。
- 確認方法 特約被保険者(親御さま)へのご確認方法を本加入申込票上もしくは申込票裏面の「親介護専用」の健康状況告知書質問事項の「確認方法」から選択し、本加入申込票に〇をつけてください。複数に該当する場合は、最も番号の若い(小さい)確認方法に〇をつけてください。
- 告知者ご署名欄/告知日 基本部分の被保険者ご本人にご署名いただき、告知日をご記入ください。

B・D・Eプランに、「新規にご加入される場合」、「口数増加にともない保険金額が増額になる場合」、または新たに【N3】、【N4】、【Z】のオプション補償にご加入される場合(【N4】の増口含む)は、被保険者本人がご署名ください。告知事項は、加入申込票裏面の「親介護以外用の健康状況告知書質問事項」をご覧ください。被保険者本人が回答内容をご確認のうえ、ご署名いただき、告知日をご記入ください。  
 ※告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者が確認・ご署名ください。親権者が「親権者 ○○ ○○(親権者フルネーム)」とご記入ください。

This section of the form includes 'STEP 3 他の保険契約がある場合は、こちらも確認のうえご記入ください。' (Other insurance contracts), '400 特記事項' (Remarks), and '401 合計保険料' (Total premium). It also has a section for '引受保険会社' (Insurer) with a box for the company name and address.

他の保険契約・保険金請求歴につき、全被保険者分をご確認・ご回答いただき、回答が「あり」の場合、裏面に被保険者ごとに回答の内容をご記入ください。

2019年3月末頃までに、ご退職予定の方  
 ご退職後もご加入・ご継続をご希望の方には、口座振替のご登録をご案内しております。下記までご連絡ください。  
 三井物産インシュアランス株式会社 個人・職域営業部  
**0120-744-767(無料)**  
 (受付時間 9:15~17:30 土日・祝日休)

引受保険会社  
 『総合補償保険』  
 三井住友海上火災保険会社企業営業第二部物産営業第二室  
 〒101-8011  
 東京都千代田区神田駿河台3-11-1  
 TEL03-3259-4248

保険料表で計算していただき、ご記入ください。