『スーパー所得補償保険』 加入申込票の記入例

※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。
※印字内容の変更や書き損じの際は、「二重線」で抹消のうえ、ご訂正ください。
なお、「ご署名欄」と「健康状況の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。

●現役社員の方

短期補償（1年、3年）、長期補償コースにご加入いただけます。

※3年コースと長期補償コース（M型）はセット加入できません。

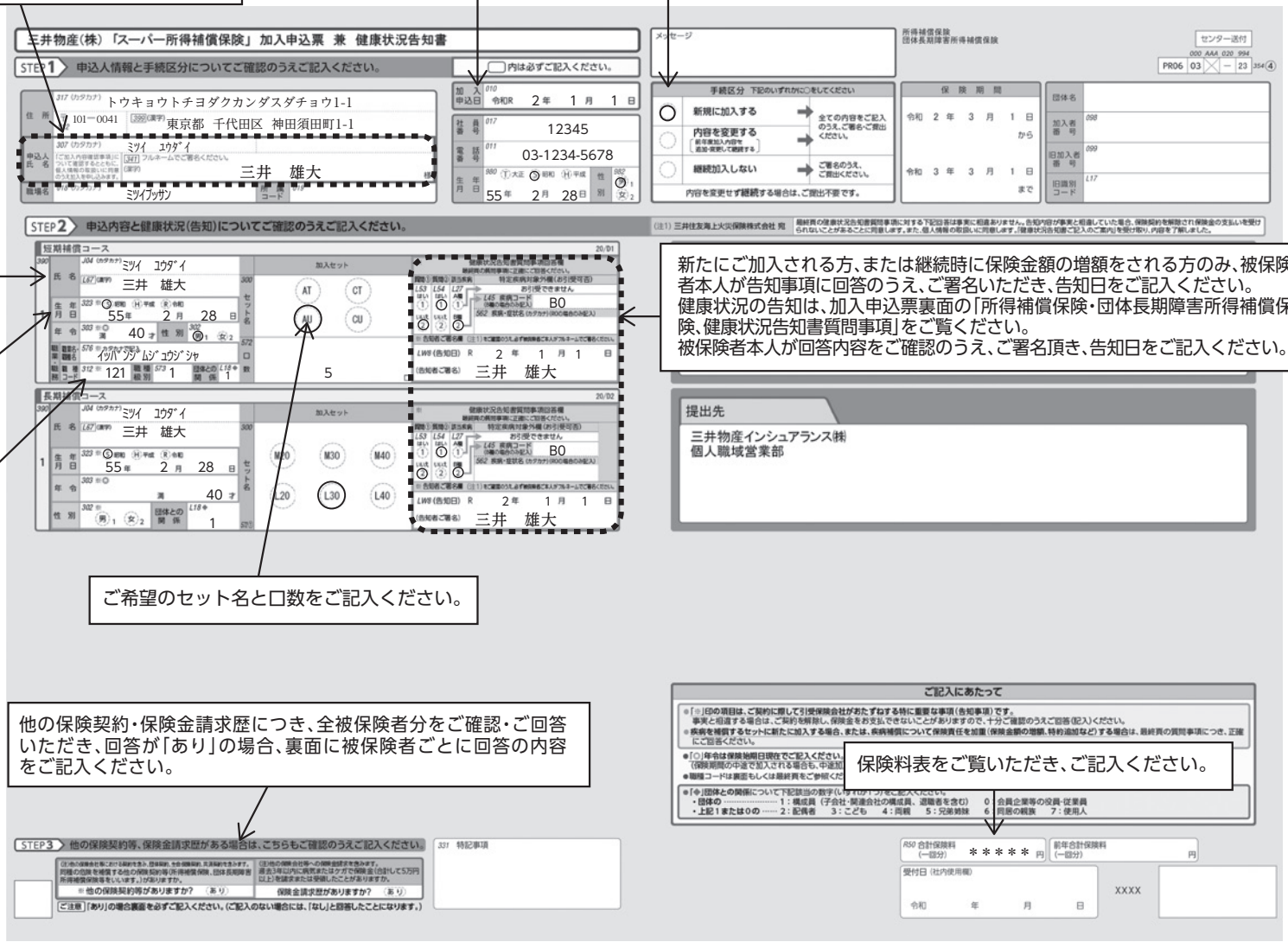
●社友（退職者）の方

短期補償（1年、3年）コースのみご加入いただけます。
長期補償コースにはご加入いただけません。

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。
※楷書でご署名ください。

記入した日をご記入ください。

該当する箇所に○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、年令、性別をご記入ください。
年令は2020年3月1日現在の満年令をご記入ください。

申込票裏面の職種コード一覧を参考に職種名をカタカナでご記入いただき、職種コードもご記入ください。

ご希望のセット名と口数をご記入ください。

新たにご加入される方、または継続時に保険金額の増額をされる方のみ、被保険者本人が告知事項に回答のうえ、ご署名いただき、告知日をご記入ください。
健康状況の告知は、加入申込票裏面の「所得補償保険・団体長期障害所得補償保険、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、ご署名頂き、告知日をご記入ください。

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。

A19-101614 使用期限:2021.3.1