

『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。

該当する箇所にご印をお付けください。

STEP 1 申込人情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。

申込日: 令和3年3月1日

加入申込日: 令和3年3月1日

社番号: 12345

電話番号: 03-1234-5678

生年月日: 56年2月28日

性別: 男

加入セット: AT, CT, CU, AU

STEP 2 申込内容と健康状況(告知)についてご確認のうえご記入ください。

短期補償コース

氏名: ミツイ ユグアイ 三井 雄大

生年月日: 56年2月28日

年齢: 40歳

性別: 男

加入セット: AU

長期補償コース

氏名: ミツイ ユグアイ 三井 雄大

生年月日: 56年2月28日

年齢: 40歳

性別: 男

加入セット: M20, M30, M40, L20, L30, L40

STEP 3 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらをご確認のうえご記入ください。

337 特記事項

他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらをご確認のうえご記入ください。

健康状況告知書質問事項回答欄

1: 構成員 (子会社・関連会社の構成員、退職者を含む)
 2: 配偶者 3: その他 4: 現職 5: 元現職 6: 役員等の親族 7: 従属員

ご記入にあたって

●印の項目は、ご契約に際して引当保険会社がおたずねする時に重要な事項(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、十分ご確認のうえご記入ください。
 ●印を添付するセットに新たに加入する場合、または、長期補償について保険責任を放棄(保険金額の増額、料率追加など)する場合は、最終契約の履歴事項につき、正確にご回答ください。
 ●印は年齢は保険期間日現在でご記入ください。
 (保険期間の途中で加入される場合も、申請加入) 継続コードは裏面もしくは最終頁をご参照ください。
 ●印は団体との関係について下記該当の数字(1)の付する印を必ずお記入ください。
 ・団体の関係性: 1: 構成員 (子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 2: 役員等の親族 3: 従属員
 ・上記1または0の: 2: 配偶者 3: その他 4: 現職 5: 元現職 6: 役員等の親族 7: 従属員

保険料表をご覧いただき、ご記入ください。

RSV 合計保険料 (一部分) * * * * * 円
 受付日(社内使用欄) 令和 年 月 日 XXXX

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2021年3月1日現在
の満年齢をご記入ください。

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。

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。

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。