

『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、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。

※1年コースは新規のご加入はできません。

※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。

※1年コースは新規のご加入はできません。

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。

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。

三井物産(株)「スーパー所得補償保険」加入申込票 兼 健康状況告知書

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。

加入日 010 平成 31年 1月 1日

社員番号 12345

電話番号 03-1234-5678

生年月日 54年 2月 28日

性別 男

手続区分 下記の内容が正しい場合は○印をお付けください。

新規に加入する

内容を変更する

継続加入しない

健康補償保険
団体長期障害所得補償保険

センター送付
000 AAA 020 994
PR06 03 03 23 354(4)

所得補償保険
団体長期障害所得補償保険

加入者番号 099

旧加入者番号 099

旧社員コード L17

保険期間
平成 31年 03月 01日 から
平成 32年 03月 01日 まで

団体名

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

加入セット AU

健康状況告知書質問事項回答欄

長期補償コース

加入セット L30

健康状況告知書質問事項回答欄

337 特記事項

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。
年令は平成31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。

提出先

三井物産インシュアランス株式会社
個人職域営業部

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。

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

337 特記事項

ご記入にあたって

※「印」の項目は、ご契約に際して引継ぎ保険会社が必ずおこなう重要な事項（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回答（ご記入）ください。
 ※疾病を補償するセットに新たに加入する場合、または、疾病補償について保険責任を加重（保険金額の増額、特約追加など）する場合は、最終員の親限事項につき、正確にご回答ください。
 ※「印」の項目は保険開始日現在でご記入ください。
 ※「印」の項目は加入時ご記入ください。
 ※職種コードは裏面に記載されています。職種コードは必ずご記入ください。
 ※「印」の項目はご契約の数字（印）を必ずご記入ください。
 ・団体の …………… 1：構成員（子会社・関連会社の構成員、退職者を除く） 0：役員企業等の役員・従業員
 ・上記1または0の …… 2：配偶者 3：ご自身 4：両親 5：兄弟姉妹 6：親限の親族 7：使用人

保険料表をご覧いただき、ご記入ください。

ASO 合計保険料
（一部分） ***** 円

前年合計保険料
（一部分） XXXX 円

加入日
平成 年 月 日