

『スーパードルネーム』加入申込書の記入例

※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、「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。

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。

STEP 1 申込者情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。

住所: 〒101-0041 東京都千代田区神田須田町1-1-1
 〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1
 〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1

氏名: 三井 雄大
 性別: 男
 生年月日: 1993年03月01日

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。

1. 1年補償コース
 加入日: 2023年03月01日
 年齢: 30歳
 性別: 男
 職業: 会社員
 勤務先: 三井物産株式会社

2. 3年補償コース
 加入日: 2023年03月01日
 年齢: 30歳
 性別: 男
 職業: 会社員
 勤務先: 三井物産株式会社

STEP 3 保険料

保険料: 12345円
 支払期間: 30年03月01日 から 60年03月01日

- 現役社員の方
1年コース、長期休業補償コースにご加入いただけます。
- 社友(退職者)の方
1年コースのみご加入いただけます。
長期休業補償コースにはご加入いただけません。

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30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・保険金請求履歴につき、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を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。

お問い合わせ先
 0120-744-767
 ●内容を変更せず継続する場合は、提出不要です。

ご記入にあたって
 1. 「1」の項目は、ご家族に申し込まれた方が、必ずお申し込みください。
 2. 「2」の項目は、ご家族に申し込まれた方が、必ずお申し込みください。
 3. 「3」の項目は、ご家族に申し込まれた方が、必ずお申し込みください。
 4. 「4」の項目は、ご家族に申し込まれた方が、必ずお申し込みください。
 5. 「5」の項目は、ご家族に申し込まれた方が、必ずお申し込みください。
 6. 「6」の項目は、ご家族に申し込まれた方が、必ずお申し込みください。
 7. 「7」の項目は、ご家族に申し込まれた方が、必ずお申し込みください。

『GLTD』（三井物産グループ団体長期障害所得補償保険）加入申込書の記入例

- ・関連会社向けGLTDは、上記「スーパードルネーム」所得補償の記入見本をご参考にしていただき、ご記入ください。
- ・関連会社向けには長期コース（GLTD・三井物産グループ団体長期障害所得補償保険）のみとなります。1年コースはございません。
- ・関連会社向け三井物産グループ団体長期障害所得補償保険（GLTD） 加入申込票兼健康状況告知書は縦型（A4）です。
- ・ご退職者様はご加入・ご継続いただけません。

関連会社向け