

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。 ☐内は必ずご記入ください。

保 險 期 間

令和 7 年 7 月 1 日から 令和 8 年 7 月 1 日まで

住所

317 (カタカナ) トウキョウト ●●ク ▲▲1-2-3 ●●マンション 1001号室

〒100-1234 399 (漢字) 東京都●●区▲▲1-2-3 ●●マンション1001号室

申込人名

307 (カタカナ) ムセン タロウ

募集パンフレット内容確認事項データなどご本人情報の取扱いを承諾してください。 無線 太郎

職場名

018 (カタカナ) コールサイン 019 JX1XXX

メッセージ

同意いただける場合は必ずチェックをしてください。

団体総合生活補償保険 (MS&AD 型)

「ご加入内容確認事項」「重要事項のご説明」についてPDFファイルにより提供を受けることに同意し、内容を確認したうえで加入を申し込みます。

はい

同意いただける場合「はい」にチェック

加入申込日

010 令和R 7年 4月 ××日

社員番号

017

電話番号

011

生 年 月 日

980 (大正) (昭和) (平成) (令和) 性 982 (男) (女)

年 月 日 別 1 2

手続区分 下記のいずれかに○をしてください

新規に加入する

内容を変更する (前年度加入内容を追加・変更して継続する)

継続加入しない

全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。

ご署名のうえ、ご提出ください。

内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。

団体名

加入者番号

098

旧加入者番号

099

旧識別コード

L17

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。 (注1) 三井住友海上火災保険株式会社宛 最終頁の健康状況告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。「健康状況告知書ご記入のご案内」を受け取り、内容を了解しました。

●募集期間 2025 年 4 月 1 日 (火) ~ 2025 年 6 月 6 日 (金) 書類必着 ※新規加入の際は、口座振替依頼書も併せてご提出ください。 88/B1

390 氏 名

J04 (カタカナ) ムセン タロウ

300 無線 太郎

1 生 年 月 日

323 (大正) (昭和) (平成) (令和) 43 年 8 月 20 日

303 満 56 才 性 別 男 女 2

職業名・職種名

576 カタカナで記入

職 種 コード

312 団体との関係 L18 ◆

572 ①

基本セット (必選択)

項目No.

内 容

ご加入希望プランに○をしてください。

390 氏 名

J04 (カタカナ) ムセン タロウ

300 無線 太郎

2 生 年 月 日

323 (大正) (昭和) (平成) (令和) 年 月 日

303 満 才 性 別 男 1 女 2

職業名・職種名

576 カタカナで記入

職 種 コード

312 団体との関係 L18 ◆

572 ①

基本セット (必選択)

項目No.

内 容

ご記入にあたって

●「※」印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項 (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回答 (記入) ください。

●疾病を補償するセッ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、最終頁裏面の質問事項につき、正確にご回答ください。

●「○」年令は保険始期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、中途加入日現在ではなく、団体契約の保険始期日現在の年令をご記入ください。)

●職種コードは裏面をご参照ください。 職業名・職種名は裏面の職種コード一覧を参照のうえ、カタカナ20文字以内でご記入ください。

●「◆」団体との関係について下記該当の数字 (いずれか1つ) をご記入ください。

●団体の …… 1: 構成員 (子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 0: 会員企業等の役員・従業員

●上記1または0の …… 2: 配偶者 3: こども 4: 両親 5: 兄弟姉妹 6: 同居の親族 7: 使用人

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

(注) 他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等 (団体総合生活補償保険、普通傷害保険等) をい、いずれも積立保険を含みます。 (注) 他の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内に病気またはケガで保険金 (合計して5万円以上) を請求または受領したことがありますか。

※ 他 の 保 険 契 約 等 が あ り ま す か? (あり) 保 険 金 請 求 歴 が あ り ま す か? (あり)

ご注意 「あり」の場合裏面を必ずご記入ください。(ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。)

前年合計保険料 (1 回分) R50 合計保険料 (1 回分) 8,560 受付日 (社内使用欄) 令和 年 月 日

331 特記事項 XXXX

ご確認は不要です。

STEP3 表面のSTEP3で「あり」と回答している場合はご記入ください。

ご申告がある場合のみ記載

※他の保険契約等

被保険者氏名	傷害死亡・後遺障害 保険金額合計	傷害入院 保険金日額合計	傷害通院 保険金日額合計
	万円	円	円
	万円	円	円
	万円	円	円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

保険金請求歴

被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
		回	円
		回	円
		回	円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。