

日本赤十字社団体保険制度 加入依頼書(新規加入・被保険者追加用)

東京海上日動火災保険株式会社(提出用)

加入のお申込みをされる方【ご加入者】	001 ③(必ず記入下さい) ご記入日 令和 年 月 日 保険期間 令和 年 月 1 日～令和 4 年 3 月 1 日	002 ③ 払込方法 回数 団体・口座振替 月払
	003 〒 連絡先(TEL) (自宅または携帯)	013 昭和 平成 生年 月日
ご住所 A04 A05 カナ W06 W07 漢字	始期日 時点での年齢 才 014 性別 男性 1 女性 2	年 月 日
		015 カナ W16 漢字
氏名 A08 カナ W09 ご署名(自署)欄:私は「ご加入時の同意内容について」を確認し、団体に対して加入を希望します。 漢字	所属施設名 018 お客様コード	
	019 取扱区分 新規加入 1 ご家族のどなたかが既に ご加入いただいている場合 ➡ 被保険者追加 枚目 区分 枚目	

(1人目)

保険の対象となる方【被保険者】①

103 ご加入者と同じ 本人のお名前 S04 カナ E05 漢字	110 ご加入者と同じ 本人のご住所 S11 S12 カナ 113 〒 E14 E15 漢字
106 昭和 1 平成 2 令和 3 生年月日 異なる場合のみ右欄にご記入ください。	113 住宅(建物)所在地 異なる場合のみ右欄にご記入ください。
107 始期日時点での年齢 才 性別 男性 1 女性 2	108 加入者からみた続柄コード ★ 109 他の保険契約等 あり 1 ★ 110 職業・職務コード 職業が「その他」の場合 111 職種級別 A B

続柄は右上【コード一覧】①で確認ください。
※この場合は○をつけた上で下欄の他の保険契約へご記入ください。
②職業・職務コードと職種級別をご記入ください。

2. ご加入タイプをご選択の上、がん・介護補償にご加入の方のみ裏面の告知事項質問書をご確認いただき、下記にご回答ください。

121 ご加入タイプ 女性 男性 女性 男性 女性 男性 共通 G130 G140 G230 G240 G330 G340 G100	167 質問 1 168 質問 2 ★ がん なし 1 あり 2 全てなし 1 1つ以上あり 2
123 ご加入タイプ K100 K200 K300	240 質問 1 ★ 介護 全てなし 1 1つ以上あり 2
141 ご加入タイプ F100 T100 F200 T200	介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を保険の対象となる方(被保険者)とするときには、被保険者からご依頼を受けた団体構成員が被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知内容が正しくない場合には、ご契約が解除され、保険金をお受取りいただけないことがあります。健康状態告知を行った方がご署名ください。

私は上記告知内容と、ご加入時の同意内容について、確認・同意します。
※がん補償に加入の場合は、下記がん保険金受取人の指定の内容*2についても確認・同意します。
※1被保険者本人が満15歳未満の場合は、親権者・後見人等(後見人・保佐人・補助人)の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わってご署名ください。(ご署名例: 安心ショウタ 親権者 安心ヒロシ)
※2特にお申し出がない限り、更新前契約と同内容での更新となります。

3. がん保険金受取人指定欄(被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合に記入)

S19 カナ氏名	120 被保険者本人からみた続柄
カタカナでご記入ください。	
101 取扱区分 被保険者追加 1 旧加入者証券番号	201 項目 コード 内容 項目 コード 内容

続柄は右上【コード一覧】①でご確認ください。

他の保険契約

他の保険契約とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額 単位: 万円)

記入例をご参照いただきご記入ください。

★ご記入上のご注意 記入・訂正方法 ★他の保険契約等 ご署名欄(自署欄) 続柄コード	本加入依頼書にはボールペンで必要事項を漏れなくご記入ください。 記入内容を訂正する場合には二重線で抹消のうえ、余白に記入をお願いします。 なお、訂正が必要な項目は以下の通りです。 ①ご署名欄、②ご加入タイプ、③告知回答欄 他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます)がある場合には〇をし、下欄に詳細をご記入ください。 ご加入内容および裏面「ご加入時の同意内容について」をご確認のうえ、フルネームで自署をお願いします。 加入者・被保険者本人からみた続柄コード欄には、下記【コード一覧】から①続柄コードをご記入ください。
--	---

営業店 027	医療福祉 2 課 1342	原票種類 024	D012
代理店 028	日赤振興会 1945	契約者 日本赤十字社 029	GK205
項目 019	コード 107	内容	

【コード一覧】

①加入者・被保険者本人からみた続柄コード 01 本人 05 兄弟姉妹 010 事務職 050 金属製造加工業者 090 無職者 02 配偶者 06 祖父母 020 営業職 060 建設作業者 990 その他 03 父母 07 孫 030 自動車運転者 070 家事從事者 04 子 08 その他親族 040 運輸從事者 080 学生	②職業・職務コード 117 職種級別 A B
--	---------------------------

1. 保険の対象となる方(被保険者)の情報を記載ください。

(2人目)

保険の対象となる方【被保険者】②

103 ご加入者と同じ 本人のお名前 S04 カナ E05 漢字	110 ご加入者と同じ 本人のご住所 S11 S12 カナ 113 〒 E14 E15 漢字
106 昭和 1 平成 2 令和 3 生年月日 異なる場合のみ右欄にご記入ください。	113 住宅(建物)所在地 異なる場合のみ右欄にご記入ください。
107 始期日時点での年齢 才 性別 男性 1 女性 2	108 加入者からみた続柄コード ★ 109 他の保険契約等 あり 1 ★ 110 職業・職務コード 職業が「その他」の場合 111 職種級別 A B

続柄は右上【コード一覧】①で確認ください。
※この場合は○をつけた上で下欄の他の保険契約へご記入ください。
②職業・職務コードと職種級別をご記入ください。

2. ご加入タイプをご選択の上、がん・介護補償にご加入の方のみ裏面の告知事項質問書をご確認いただき、下記にご回答ください。

121 ご加入タイプ 女性 男性 女性 男性 女性 男性 共通 G130 G140 G230 G240 G330 G340 G100	167 質問 1 168 質問 2 ★ がん なし 1 あり 2 全てなし 1 1つ以上あり 2
123 ご加入タイプ K100 K200 K300	240 質問 1 ★ 介護 全てなし 1 1つ以上あり 2
141 ご加入タイプ F100 T100 F200 T200	介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を保険の対象となる方(被保険者)とするときには、被保険者からご依頼を受けた団体構成員が被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知内容が正しくない場合には、ご契約が解除され、保険金をお受取りいただけないことがあります。健康状態告知を行った方がご署名ください。

私は上記告知内容と、ご加入時の同意内容について、確認・同意します。
※がん補償に加入の場合は、下記がん保険金受取人の指定の内容*2についても確認・同意します。
※1被保険者本人が満15歳未満の場合は、親権者・後見人等(後見人・保佐人・補助人)の代表者1名が全員の合意をいただいたうえで、被保険者に代わってご署名ください。(ご署名例: 安心ショウタ 親権者 安心ヒロシ)
※2特にお申し出がない限り、更新前契約と同内容での更新となります。

3. がん保険金受取人指定欄(被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合に記入)

S19 カナ氏名	120 被保険者本人からみた続柄
カタカナでご記入ください。	
101 取扱区分 被保険者追加 1 旧加入者証券番号	201 項目 コード 内容 項目 コード 内容

続柄は右上【コード一覧】①でご確認ください。

告知の大切さに関するご案内

ご注意事項

がん・介護補償に新たにご加入される場合には、保険の対象となる方(被保険者)について健康状態の告知が必要です。

告知書は保険の対象となる方ご自身がありのままにご記入ください。

ご家族の方を保険の対象とする場合は、ご家族の方ご自身がご記入ください。

※介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の配偶者、子供、両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を保険の対象となる方(被保険者)とするときには、被保険者からのご依頼を受けた団体構成員が被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知内容が正しくない場合には、ご契約が解除され、保険金をお受け取りいただけないことがあります。

告知の内容が正しくない場合には、
ご加入が解除され、保険金をお受け取りいただけないことがあります。

過去に病気やケガをされたことがある場合、お引受けは次のAまたはBになります。

A お引受けいたします(補償対象外となる病気・症状の設定はありません。)
B 今回はお引受けできません。

以下のご注意点もご確認のうえ、告知書の質問をよくお読みいただき、ご記入ください。

新たな保険契約への切換の場合、新たに告知が必要となる等のご注意いただきたい事項があります。
詳しくは、重要事項説明書記載の注意喚起情報をご確認ください。
告知すべき内容を後日思い出された場合には、パンフレット等に記載のお問い合わせ先までご連絡ください。
介護補償については、支払責任の開始する日よりも前に被っているケガまたは病気・症状を原因として、
支払責任を開始する日以降に就業不能や入院等をされた場合には、その原因が告知対象外のケガまたは

この資料は告知の大切さについて、その概要を記載したものであります。告知に関するお問い合わせは、パンフレット等に記載のお問い合わせ先までご連絡ください。

告知事項質問書

がん補償にご加入の方

質問 1

今までに「がん」または「上皮内がん」と医師に診断されたことがありますか。^{*1}

*1 「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の一例

がん 悪性新生物、癌、悪性しづよう、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫
上皮内がん 上皮内新生物、上皮内癌 CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成

なし

質問 2

下記の質問にお答えください。(一部の「病気・ケガ」については告知の対象外となります。詳しくは下記[別表]をご参照ください。)

●告知日(ご記入日)より過去3ヶ月以内に、医師の診察を受けた結果、服薬・治療・検査・入院・手術を受けたこと、またはすすめられたことがありますか。

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に以下のいずれかに該当したことがありますか。

①健康診断・人間ドックを受けた結果、臓器もしくは検査結果の異常(要治療・要精密検査・1年内の再検査を含みます。)を指摘されたこと
②医師の診察の結果、定期的な診察・検査を受けるよう指摘されたこと

●告知日(ご記入日)より過去5年以内に、病気やケガで、「継続して7日以上」の入院をしたこと、または手術を受けたりすすめられたことがありますか。

[別表]告知の対象とならない病気・ケガ一覧

消化器・口腔の病気等	・そりハリニア・痔・中垂炎(直腸)・慢性的便秘・口内炎・舌炎 ・手術をしていない直腸・大腸炎(A型と確定しているものに限りません)*2・胃炎*2・胃カタル*2 ・胃酸過多*3・急性腸炎*4・急性大腸炎*2・胃潰瘍*3・十二指腸潰瘍*3
呼吸器の病気等	・ぜんそく・急性気管支炎・急性咽頭炎・急性へんとう炎・慢性へんとう炎 ・へんとう喘息・アデノイド・上気道炎・副鼻腔炎(ちくのう症)・鼻炎・花粉症
運動器の病気等	・関節炎・四十肩・五十肩・ガングリオロン・腱鞘炎・肩柱側弯症 ・先天性股関節脱臼・オスグッド病・変形性関節症・後縫筋膜带骨化症 ・骨柱管狭窄症・坐骨神経痛・椎間板ヘルニア・腰椎すべり症・腰椎分離症
代謝・免疫の病気等	・糖尿病・痛風・高尿酸血症・脂質異常症(高脂血症)・関節リウマチ
目・耳の病気等	・トラコマ・結膜炎・角膜炎・白内障・外耳炎・急性中耳炎
循環器の病気等	・不整脈・心房細動・期外収縮・徐脈・頻脈・心音低・狭心症 ・心筋梗塞・心臓弁膜症・心肥大・高血圧症
泌尿・生殖器の病気等	・遊走腎・腎下垂・尿管結石・腎臓結石・膀胱結石・尿道結石・膀胱炎 ・尿道炎・腎のう胞*4
皮膚の病気等	・水虫・いんきん・たむし・白せん・たこ・わきが・うおのめ ・いぼ・あせも・にきび・しもやけ・とひひ・湿疹・接触皮膚炎 ・アトピー性皮膚炎・じんましん・帯状疱疹・ヘルペス
女性の病気等	・妊娠・子宮外妊娠・子宮下垂・子宮脱・妊娠中毒症・悪阻・産じょく熱 ・前置胎盤・胎盤早期剥離・死産・切迫早産・切迫流産・早産・流産 ・帝王切開・不妊症
感染症・寄生虫病	・インフルエンザ・かぜ・水ぼうそう・風しん・はしか・回虫・ぎょう虫症 ・全てのケガ(ただし、外傷が原因と特定できる場合に限り)

*2 治療内容に関係なく現在完治している場合に限り、告知の対象外となります。

*3 入院・手術を行わずに治療し、現在完治している場合に限り、告知の対象外となります。

*4 健康診断・人間ドックによって発見されたもので、要治療との指摘を受けていないものに限り、告知の対象外となります。

全てなし

お引受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。

介護補償にご加入の方

質問 1

●公的介護保険の要介護・要支援の認定を受けたこと、または認定の申請をしたことはありますか。

●現在「歩行」「食事」「排せつ」「入浴」「衣服の着脱」「店での買い物」「公共交通機関を利用しての外出」のいずれかにおいて、他の方の介助または補助具を必要としますか。

●告知日(ご記入日)より過去2年以内に高血圧症もしくは脂質異常症(高脂血症)により入院をしたこと、【D表】の病気・症状であると医師に診断されたこと、または【D表】の病気・症状のため医師の指示による検査(注)・治療(投薬の指示を含みます)を受けたことがありますか。

(注)検査結果が異常なだった場合は「なし」となります。

D表 お引受けできない病気・症状

・がん・悪性新生物・癌・悪性しづよう・肉腫・白血病・悪性リンパ腫・骨髄腫を含む・上皮内がん(上皮内新生物・上皮内癌 CIS、CIN3、子宮頸部の高度異形成を含む)を除く)
・心臓病(狭心症・心筋梗塞・不整脈・心房細動・心室細動・心不全・心筋炎・心筋症・心肥大・弁膜症を含む)
・脳卒中(脳出血・くも膜下出血・脳梗塞・脳血管栓塞性疾患を含む)
・肝硬変・慢性肝炎・慢性性肝管炎・肺気腫・慢性胃炎・腎不全・糖尿病(高血糖・糖尿病の合併症を含む)
・白内障(手術を行った場合を除く)・網膜色素変性症・眼の失明・加齢黄斑変性症
・精神の病気(アルコール・薬物依存を含む)
・脳・神経の病気(アルコール・薬物依存を含む)
・認知症(アルツハイマー病を含む)
・臓原病(全身エリテマトーデス・リウマチ・皮膚筋炎・強皮症・多発性動脈炎を含む)
・(骨折歴を伴う)骨粗しょう症・関節炎(リウマチ性・変形性)
・厚生労働省指定の難病(指定難病に対する医療受給者証の交付を受けている方)
・転倒による骨折・転倒による骨折とは、例えば歩行中や階段の昇り降りにおいて自身で転倒したものを指します。

申し訳ございませんが、お引受けできません。

全てなし

お引受けできます。回答をご記入のうえご署名ください。

1つ以上あり

申し訳ございませんが、お引受けできません。

ご加入時の同意内容について

私と被保険者(*)全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。

- ①私が契約者である企業または団体の構成員であること
- ②重要事項説明書の内容
- ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容

- ④下記の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容
- ⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容

⚠ ★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することができます。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく弊社にご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払する保険金が削減されることや、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、ご注意ください。

*保険の対象となる方をいいます。

補償の重複に関するご注意

個人賠償責任補償特約等をご契約される場合で、保険の対象となる方またはそのご家族が、補償内容が同様の保険契約を他にご契約されているときには、補償が重複することがあります。

告知事項・通知事項一覧

★ : 告知事項 ☆ : 通知事項かつ通知事項

保険種類	傷害補償	がん補償	介護補償
項目名			
生年月日	—	★	★
性別	—	★	—
職業・職務*1	☆	—	—
健康状態告知*2	—	★	★

※ すべての補償について「他の保険契約等」についても告知事項(★)となります。

*1 新たに職業に就いた場合や就いていた職業をやめた場合を含みます。

*2 新たにご加入される場合、または更新にあたり補償内容をアップされる場合のみとなります。

- ④再保険契約の締結、更新・管理、再保険金支払等に利用するために、再保険引受け会社等に提供すること
- ⑤質権、抵当権等の担保権における担保権の設定等に係る事務手続きや担保権の管理・行使のために、その担保権者に提供すること
- ⑥更新契約に係る保険引受けの判断等、契約の安定的な運用を図るために、保険の対象となる方の保険金請求情報等(過去の情報を含みます。)をご契約者およびご加入者に対して提供すること

詳しくは、東京海上日動火災保険株式会社のホームページ(www.tokiomarine-nichido.co.jp)および他の引受け保険会社のホームページをご参照ください。

- 損害保険会社等の間では、傷害保険等について不正契約における事故招致の発生を未然に防ぐとともに、保険金の適正かつ迅速・確実な支払を確保するため、契約締結および事故発生の際、同一の保険の対象となる方または同一事故に係る保険契約の状況や保険金請求の状況について一般社団法人日本損害保険協会に登録された契約情報等により確認を行っております。これらの確認内容は、上記目的以外には用いません。

加入依頼書記入例 (日本赤十字社団体保険制度)

加入依頼書1枚につき、補償の対象となる方(被保険者)2名まで申し込みが可能となっています。3名以上のお申込みをいただける場合には、本加入依頼書が2枚以上必要となりますのでご注意ください(2枚目の場合は枚目区分に「2」とご記入いただければ加入者氏名および署名以外のご記入は必要ありません。加入者氏名のご記入および署名欄への署名は必要になります)。

記入例には、日本赤十字社職員である日赤太郎様が、ご自身は全ての補償に加入、配偶者様(日赤花子様)はがん補償のみにご加入のケースについて記載しています。

ご記入方法についてご不明な点がある場合には、パンフレット記載のお問合せ先(取扱代理店もしくは引受保険会社)にお問い合わせください。

ご記入日は、加入依頼書をご記入いただいた年月日をご記入ください。

保険開始日は中途加入でなければ、令和3年3月1日です。
中途加入の場合、毎月20日までに加入された方は翌月の1日から補償開始となります。

【被保険者：お名前、生年月日、性別】
■ご加入者と同じ場合・・・「ご加入者と同じ」に○をつけてください。
■ご加入者と異なる場合・・・お名前、生年月日、性別、始期日時点の年齢を必ずご記入ください。

【被保険者：ご住所】
■ご加入者と同じ場合・・・「ご加入者と同じ」に○をつけてください。
■ご加入者と異なる場合・・・郵便番号、カナ、漢字ともに必ずご記入ください。

【続柄】
続柄は加入依頼書右上のコード一覧をご確認ください。

【他の保険契約】
他の保険契約がある場合には、「あり」に○をして下欄に詳細を記載ください。

【職業・職務】
コードは右上の一覧でご確認ください。
医師・看護師の場合はコード欄に「990」と記入し、職業がその他の場合欄に具体的にご記入ください。

【職種級別】
職種級別Aに該当する方：下記の職種級別Bに該当しない方
職種級別Bに該当する方：
「自動車運転者」、「建設作業者」、「農林業作業者」、「漁業作業者」、「採鉱・採石作業者」、「木・竹・草・つる製品製造作業者」

ご加入いただけるタイプに○をつけてください。

日本赤十字社団体保険制度 加入依頼書(新規加入・被保険者追加用)												東京海上日動火災保険株式会社(提出用)																																																												
加入のお申込みをされる方(ご加入者)	001 ③(必ずご記入下さい) ご記入日 令和〇年〇月〇日	002 ③ 保険期間 令和 年 月 1 日～令和 4 年 3 月 1 日	払込方法 回数 団体・口座振替 月払	013 出生年月 昭和 1 年 4 月 1 日	記入例をご参照いただきご記入ください。 記入・訂正 方法 本加入依頼書にはボールペンで必要事項を漏れなくご記入ください。 記入内容を訂正する場合には二重線で抹消のうえ、余白に記入をお願いします。 なお、訂正印が必要な項目は以下の通りです。																																																																			
	003 〒 ご住所 A04 A05 カナ W06 W07 漢字 A08 カナ W09 ご署名(自署)欄：私は「ご加入時の同意内容について」を確認し、団体に対して加入を希望します。	連絡先(TEL) (自宅または携帯) 010 03-1234-5678	014 始期日時点での年齢 40 才 性別 男性 1 女性 2	015 カナ 00セキユウジビヨウソウムブ ○○赤十字病院総務部	※ご記入上のご注意 保険の対象となる方(被保険者)が3名以上となる場合には、加入依頼書が複数必要となります。加入依頼書の枚数に応じてご記入ください。 2枚目以降は氏名のみご記入ください。 ●続柄コードをご記入ください。																																																																			
氏名 漢字 W10 ご加入者のご住所 漢字 W11 取扱区分 新規加入	トウキョウト ミナトク シバダイモン1 東京都 港区 芝大門1 ニッセキ タロウ 日赤 太郎	016 所属施設名 W16 漢字 018 お客様コード	019 新規加入	1 枚目区分 枚目	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">コード一覧</td> <td colspan="10">職業・職務コード</td> </tr> <tr> <td>① 加入者・被保険者本人からみた続柄コード</td> <td>② 職業・職務コード</td> <td>本人</td> <td>05</td> <td>兄弟姉妹</td> <td>010</td> <td>事務職</td> <td>050</td> <td>金属製造加工業者</td> <td>090</td> <td>無職者</td> </tr> <tr> <td>01</td> <td>02</td> <td>配偶者</td> <td>06</td> <td>祖父母</td> <td>020</td> <td>営業職</td> <td>060</td> <td>建設作業者</td> <td>990</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>04</td> <td>父母</td> <td>07</td> <td>孫</td> <td>030</td> <td>自動車運転者</td> <td>070</td> <td>家事從事者</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>06</td> <td>子</td> <td>08</td> <td>その他親族</td> <td>040</td> <td>運輸從事者</td> <td>080</td> <td>学生</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												コード一覧		職業・職務コード										① 加入者・被保険者本人からみた続柄コード	② 職業・職務コード	本人	05	兄弟姉妹	010	事務職	050	金属製造加工業者	090	無職者	01	02	配偶者	06	祖父母	020	営業職	060	建設作業者	990	その他	03	04	父母	07	孫	030	自動車運転者	070	家事從事者			05	06	子	08	その他親族	040	運輸從事者	080	学生		
	コード一覧		職業・職務コード																																																																					
① 加入者・被保険者本人からみた続柄コード	② 職業・職務コード	本人	05	兄弟姉妹	010	事務職	050	金属製造加工業者	090	無職者																																																														
01	02	配偶者	06	祖父母	020	営業職	060	建設作業者	990	その他																																																														
03	04	父母	07	孫	030	自動車運転者	070	家事從事者																																																																
05	06	子	08	その他親族	040	運輸從事者	080	学生																																																																
1. 保険の対象となる方(被保険者)の情報を記載ください。	103 ご加入者 同じ 1 異なる場合のみ右側にご記入ください。 106 生年月日 昭和 1 年 4 月 1 日 令和 3 年 3 月 1 日 始期日時点での年齢 才 1 男性 1 女性 2	110 本人の ご住所 カナ S11 S12 〒 E14 E15 113 住宅(建物) 所在地 漢字 E14 E15	1. 保険の対象となる方(被保険者)の情報を記載ください。	103 ニッセキ ハナコ 日赤 花子 106 昭和 1 年 4 月 1 日 令和 3 年 3 月 1 日 始期日時点での年齢 才 37 男性 1 女性 2	110 本人の ご住所 カナ S11 S12 〒 E14 E15 113 住宅(建物) 所在地 漢字 E14 E15																																																																			
2. ご加入タイプをご選択の上、がん・介護補償にご加入の方のみ裏面の告知事項質問書をご確認いただき、下記にご回答ください。	108 01 ★ 109 他の保険契約等 あり 1 ★ 116 職業・職務コード 990 職業が「その他」の場合 医師 職種級別 A B コード一覧でご確認ください。	117 121 女性 男性 女性 男性 女性 男性 共通 G130 G140 G230 G240 G330 G340 G100 123 ご加入タイプ K100 K200 K300 141 ご加入タイプ F100 T100 F200 T200 私は上記告知内容と、ご加入時の同意内容について、確認・同意します。 ※がん保険に加入の場合は、下記がん保険金受取人の指定の内容*2についても確認。 ※1被保険者が15歳未満の場合は、親権者・後見人等(後見人・保佐人・補助人)の代表者1名が全員の合意で、被保険者に代わってご署名ください。(ご署名例: 安心ショウガ 親権者 安心ヒロシ) ※2特にお申し出がない限り、更新前契約と同内容での更新となります。	108 02 ★ 109 他の保険契約等 あり 1 ★ 116 職業・職務コード 990 職業が「その他」の場合 医師 職種級別 A B コード一覧でご確認ください。	117 121 女性 男性 女性 男性 女性 男性 共通 G130 G140 G230 G240 G330 G340 G100 124 ご加入タイプ K200 K300 141 ご加入タイプ F100 T100 F200 T200 私は上記告知内容と、ご加入時の同意内容について、確認・同意します。 ※がん保険が15歳未満の場合は、親権者・後見人等(後見人・保佐人・補助人)の代表者1名が全員の合意をいたしましたので、被保険者に代わってご署名ください。(ご署名例: 安心ショウガ 親権者 安心ヒロシ)																																																																				
3. がん保険金受取人指定欄(被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合に記入)	120 S19 カナ氏名 カタカナでご記入ください。 101 取扱区分 被保険者追加 1 201 旧加入者証券番号 指定される場合はご記入ください。 指定されない場合はブランクです。 項目 コード 内容	120 S19 カナ氏名 カタカナでご記入ください。 101 取扱区分 被保険者追加 1 201 旧加入者証券番号 指定される場合はご記入ください。 指定されない場合はブランクです。 項目 コード 内容																																																																						
他の保険契約 他の保険契約とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。																																																																								
具体的な内容をご記入ください。																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td>保険会社・共済会社</td> <td>保険種類</td> <td>満期日 (補償の満了する日)</td> <td>保険金額・支払限度額 (ご契約金額 単位: 万円)</td> <td>被保険者氏名</td> <td>保険会社・共済会社</td> <td>保険種類</td> <td>満期日 (補償の満了する日)</td> <td>保険金額・支払限度額 (ご契約金額 単位: 万円)</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>												被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額 単位: 万円)	被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額 単位: 万円)																																																			
被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額 単位: 万円)	被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額 単位: 万円)																																																															