

新規ご加入の場合

■別添の「預金口座振替依頼書」に記入、捺印（金融機関届出印を1～3枚目）のうえ、加入申込票と一緒にご返送ください。

申込人情報と加入申込日をご記入ください。
ご住所・氏名は必ずカタカナもご記入ください。

「新規に加入する」に○印をおつけください。

申込人がフルネームで
ご署名ください。

「本人の補償（基本補償）」の被保険者となられる方についてご記入ください。
*「年令」は保険始期（令和7年6月20日）時点での満年令をご記入ください。
*「職業名・職種名」「職種コード」は、加入申込票裏面をご参照ください。

被保険者となる方の「氏名（カタカナ）」、「生年月日」、「保険始期日（令和7年6月20日）現在の満年令」、「性別」、「団体との関係」をご記入ください。

「本人の補償（基本補償）」の被保険者ご本人が、「告知者ご署名欄」にフルネームで署名のうえ、告知日をご記入ください。

ご希望の基本セットの「セット名」「口数」「日常生活賠償オプション・弁護士費用オプションのセット名」をご記入ください。

「親御さまの補償（特約）」の特約被保険者となられる方（親御さま）についてご記入ください。
*「年令」は保険始期（令和7年6月20日）時点での満年令をご記入ください。

加入申込票裏面の質問事項について、親御さまに現時点の健康状況をご確認のうえ、「本人の補償（基本補償）」の被保険者ご本人が親御さまを代理して、ご回答いただいた内容をそのままお答えください。
また、ご確認方法を選択してください。
質問が「はい」の場合は、ご加入をお引渡できません。

「職業・職種欄」をご記入ください。
「職種コード」は、加入申込票裏面の「職種コード一覧」をご参照ください。

ご記入にあたって

- 「○」印の項目は、ご契約に際して引渡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トに新たに加える場合、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、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：子ども 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、保険金請求履歴がある場合は、こちらもご確認のうえご記入ください。

他の保険契約等がある場合は、「あり」に○印をおつけいただき、加入申込票裏面を必ずご記入ください。

今回加入される方全員の合計保険料をご記入ください。

氏名	生年月日	年令	性別	口数	セット名	口数	日常生活賠償オプション	弁護士費用オプション
近江屋 太郎	29年 6月 1日	満 71 才	男 1	1	S	L2		
近江屋 次郎	61年 8月 1日	満 38 才	男 1	1	KI			
近江屋 花子	31年 3月 3日	満 69 才	女 1	1	S	LS		