

# 医療保障保険（団体型）生命保険契約申込書兼告知書

社団法人全国地質調査業協会連合会 経由

申込日(告知日) 平成 年 月 日

団体名・代表者名  
社団法人 全国地質調査業協会連合会  
会長 森 研 二

(幹事会社) 日本生命保険相互会社 御中

この保険制度および保険契約の内容ならびに、この保険にかかわる個人情報取扱いについて、加入勧奨時に説明資料等を通知・配付され、了解したうえで、この保険契約の被保険者となることに同意し押印します。

### 告知書

私は加入申込日、変更(増額)申込日現在、右の告知事項(1)~(2)に該当しており、この契約の加入申込み、変更(増額)申込みをします。告知事項について、事実を告げなかった場合は、給付金等の支払いを拒否されても異議はありません。また、社団法人生命保険協会加盟の生命保険会社が医療保障保険(団体型)および医療保障保険(個人型)の契約締結について参考とするため、この保険の被保険者名、治療給付率、入院給付金日額等が社団法人生命保険協会に登録されることに同意します。

### 本人の告知事項

- (1) 最近3カ月以内に、医師の治療・投薬を受けたことはありません。
- (2) 過去5年以内に、病氣やけがで手術を受けたこと、または7日間以上にわたり医師の治療・投薬を受けたことはありません。

事業所所在地

事業所名

代表者名

会社コード 所属コード

加入・変更年月日  
年 月 日  
平成 0 1

被保険者番号	家族区分	被保険者氏名(カタカナ)		性別	生年月日			転入 区 外	申込区分 (1つだけ 印ください)	申込日額・保険金額			現在加入日額・保険金額 入給付金日額(円) 死亡保険 金額(万円)	死亡保険金受取人 氏名(カタカナ)	遷移 欄 有 無	申込日 (告知日)	申込印			
		セイ	メイ		年	月	日			入院 給付金日額(円)	死亡保険 金額(万円)	氏名(カタカナ)						職		
35	40	45	47	66	67	68	69		74	75	76	77	78	84	85	99	100	101	月 日	印
										① ② 新加 変 規入 更									月 日	印
										① ② 新加 変 規入 更									月 日	印
										① ② 新加 変 規入 更									月 日	印
										① ② 新加 変 規入 更									月 日	印
5	35	40	45	47	66	67	68	69	74	75	76	77	78	84	85	99	100	101	月 日	印
										① ② 新加 変 規入 更									月 日	印
										① ② 新加 変 規入 更									月 日	印
										① ② 新加 変 規入 更									月 日	印
8										① ② 新加 変 規入 更									月 日	印

00=本人、10=配偶者、21=こども 1=男性、2=女性 3=昭和、4=平成

死亡保険金受取人が法定相続人(=6) 1=配偶者 4=祖父 8=保険契約者  
または保険契約者(=8)のとき、受 2=こども 5=兄弟姉妹  
取人氏名の記入は不要です。 3=父 6=法定相続人

### 留意点

- 記入済の氏名、死亡保険金受取人等を訂正するときは2重線で抹消し、訂正印を押印してください。
- 本人(主契約被保険者)の各給付金の受取人は、本人(主契約被保険者)となります。ただし死亡保険金受取人が保険契約者の場合は、各給付金の受取人は保険契約者となります。

(ハンシヨ)

	人数	入院給付金日額	死亡保険金額
本人	人	円	万円
配偶者			
こども			
合計			

お願い

- 記入には黒ボールペンを使用してください。
- 必ず上記「告知書」の告知事項を確認のうえ申込日(告知日)を記入ください。

お子様が未成年の場合  
本人(主契約被保険者)  
印を押印ください。

<共同取扱契約の場合>  
幹事会社が委託を受けて事務を  
行いますが、引受会社は引受割  
合に応じて、保険契約上の権利  
を有し義務を負うものであり、  
相互に連帯しません。  
また将来に向けて引受会社およ  
び引受割合の変更もありません。  
(幹事会社) 日本生命保険相互会社