



希望者グループ保険（団体定期保険）申込書兼告知書

①ニッセイ用

No. _____

日本生命保険相互会社 行

下記被保険者について加入(増額)の申込みをします。なお、加入申込書兼告知書の記載の内容が事実と相違した場合は、契約(特約が付加されている場合は、特約を含みます。)の全部または一部を解除されても異議を申しません。この申込みについては、被保険者の加入同意印をもって同意確認を行いました。

告知事項	1	2	3
告知日現在、病気やけがにより欠勤の方がいますか。(病気やけがの治療のため公休・普通休暇等で欠勤している方を含む)	告知日から過去1年以内に、病気やけがにより継続して2週間以上欠勤された方がいますか。(病気やけがの治療のため公休・普通休暇等で欠勤した方を含む)	告知日現在、健康上の理由で勤務の特別扱(*)を受けている方がいますか。 ※健康上の理由で勤務に制限を加える必要のある方で、勤務先または医師等の指示により労働時間(日数)短縮の特別扱を受けている場合があります。	
上記告知事項(項目番号「1」)に該当する場合は、加入(増額)できません。	上記告知事項(項目番号「2」「3」)を確認のうえ、下記の告知欄(*)に記入ください。 ・該当しない場合……「無」を○で囲んでください。 ・該当する場合……①「有」を○で囲んでください。 ②該当の項目番号を○で囲んでください。 ③被保険者の告知書をあわせて提出ください。		

効力発生日(加入日)
令和 年 月 日

申込締切日
令和 年 月 日

- ご留意点
- 被保険者同意の重要性を十分ご理解いただき、中途加入者、増減額者全員に対して契約内容の通知を行い、同意確認を実施いただくようお願いいたします。
 - 生命保険会社の職員・代理店がお客様の告知に際し、事実を告知することを妨げたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧めることはありません。
 - 次の方の新規加入・保険金増額等の際には、左記告知事項2項・3項に該当しない場合でも、「被保険者の告知書」をご提出ください。
・非常勤役員等の加入が認められた制度で、常勤ではない等の理由で、左記告知事項に該当するかどうかの判断が困難な方

団体名・代表者名
一般社団法人全国地質調査業協会連合会 (印)

事業所所在地
1枚目のみ押印ください。

事業所名

代表者名 (印)

1枚目のみ押印ください。

事業所コード	所 属 コ ー ド
16	21

申込日(告知日) 令和 年 月 日

2枚目にも押印ください。

1つだけ○印ください。

④特約付加のとき記入ください。

被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名(カタカナ)		加 入 同 意 印	性 別	生 年 月 日				死 亡 保 険 金 受 取 人		現在加入保険金額(万円)	申 込 区 分	申 込 保 険 金 額(万円)	告 知 欄 *		ニッセイ処理欄		
	セイ	メイ			氏 名(カタカナ)	続 柄	人 数	項目番号	労災コード	一括告知				個別告知	保険年齢			
36	46	48	67	68	69	70	76	90	91		92	93	97	(有) (無) 2 3	115	116	117	歳
	0:0		(印)								①新規加入 ②増額 ③減額 ④同脱			(有) (無) 2 3				
	0:0		(印)								①新規加入 ②増額 ③減額 ④同脱			(有) (無) 2 3				
	0:0		(印)								①新規加入 ②増額 ③減額 ④同脱			(有) (無) 2 3				
	0:0		(印)								①新規加入 ②増額 ③減額 ④同脱			(有) (無) 2 3				
5	0:0		(印)								①新規加入 ②増額 ③減額 ④同脱			(有) (無) 2 3				
36	46	48	67	68	69	70	76	90	91		92	93	97	(有) (無) 2 3	115	116	117	歳
	0:0		(印)								①新規加入 ②増額 ③減額 ④同脱			(有) (無) 2 3				
	0:0		(印)								①新規加入 ②増額 ③減額 ④同脱			(有) (無) 2 3				
	0:0		(印)								①新規加入 ②増額 ③減額 ④同脱			(有) (無) 2 3				
8	0:0		(印)								①新規加入 ②増額 ③減額 ④同脱			(有) (無) 2 3				

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の取扱いについて、加入動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。

男性…1
女性…2

昭和…3
平成…4
令和…5

配偶者	子ども	父母	祖父母	兄弟姉妹	法定相続人	事業主	契約者	その他
1	2	3	4	5	6	7	8	9

「申込保険金額」へは右の保険金ランクから1つ選んで“右づめ”で記入ください。

万円										
万円										

小人数

人数	名
計 保険金	万円

合人数

人数	名
計 保険金	万円

ニッセイ処理欄

支社	コード	支社
営業部	コード	営業部
取扱者	コード	
	氏名	

支社受付印

取扱印 決定印

記号証券番号