

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

一般社団法人 全国地質調査業協会連合会

パンフレット記載の意向確認書により商品内容が自身の意向に合致していることを確認し、加入勧奨時に通知・配付された説明資料等に記載の重要事項（「契約概要」「注意喚起情報」を含む）および個人情報の取扱い等について了承・同意のうえ、以下のとおり加入（変更）を申込みます。なお、告知内容は事実と相違ないことを確認しました。

裏面の〈お申込みにあたって〉をご確認のうえ、以下に記入ください。

事業所コード	所属コード	被保険者番号	申込日(告知日)	申込締切日	効力発生日
26	31	46	年 月 日 平成	年 月 日 平成	年 月 日 平成

家族区分	被保険者氏名 (カタカナで記入ください)		性別	生年月日				申込保険金額 (万円)	申込印 (告知印)	
	セイ	メイ		年号	年	月	日			
本人 (主たる被保険者)	56	57	76	77	78	79	84	86	90	印
	0		1男性 2女性	3昭和 4平成						
現在の加入保険金額										
配偶者	56	57	76	77	78	79	84	86	90	印
	1		1男性 2女性	3昭和 4平成						
現在の加入保険金額										
子ども	56	57	76	77	78	79	84	86	90	印
			1男性 2女性	3昭和 4平成						
現在の加入保険金額										
子ども	56	57	76	77	78	79	84	86	90	印
			1男性 2女性	3昭和 4平成						
現在の加入保険金額										
子どもが未成年のときは、親権者が押印ください。										

会社処理欄			
一括	個別 有無	内容 表示	保険 年齢
108	109	110	歳
			歳
			歳
			歳

	氏名 (カタカナで記入ください)	続柄 コード	人数
本人の死亡保険金受取人		105 106	107
配偶者の死亡保険金受取人	シユタルヒホケンシヤ	1	1

告知欄	新規加入・増額する申込者それぞれがパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および裏面の質問事項を確認のうえ告知します。	<p>*主たる被保険者が新規加入・増額する申込者の告知をとりまとめのうえ、以下の1または2に○印を記入ください。</p> <p>① 新規加入・増額する全ての申込者について、質問事項に対する答えが全て「いいえ」となります。</p> <p>② 質問事項について「はい」の答えがある申込者がいます。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出します。</p> <p>【「はい」の答えがある申込者氏名（カタカナで記入ください。）】</p>

00302818

931 01460

(幹事会社) 日本生命保険相互会社

100

＜こどもの死亡保険金受取人＞

・こどもの死亡保険金受取人は主たる被保険者（本人）となります。

＜お申込みにあたって＞

- ◆パンフレット等を必ずご確認のうえ、申込書兼告知書表面の太枠内をきれいに記入・押印ください。  
(印字済の方は、内容をご確認ください。)
- ◆お申込みにあたっては、黒のボールペンで強くご記入ください。
- ◆申込日（告知日）は、この「申込書兼告知書」を記入した日をご記入ください。
- ◆内容を訂正する場合は、二重線で抹消後、訂正印（申込印と同一のもの）を押印のうえ、訂正内容をご記入ください。
- ◆同額にて継続される場合は提出不要です。
- ◆脱退される場合は、申込保険金額欄に「0」とご記入のうえ申込印を押印ください。
- ◆死亡保険金受取人欄記入に際しての留意点
  - ・既に加入されている方が死亡保険金受取人を変更される場合は、別途「死亡保険金受取人指定書」をご提出ください。（既に加入されている方は「申込書兼告知書」で受取人を変更できません）
  - 【死亡保険金受取人続柄（コード）】  
配偶者…1 こども…2 父母…3 祖父母…4 兄弟姉妹…5 法定相続人…6 その他…9
  - \*死亡保険金受取人の続柄が「法定相続人（＝6）」のときは受取人氏名・人数の記入は不要です。
  - \*死亡保険金受取人は、原則2親等以内の血族または配偶者となります。死亡保険金受取人の続柄が「その他（＝9）」となる場合や受取人が複数となる場合は、「死亡保険金受取人指定書」をあわせてご提出ください。

- ・複数の保険会社による共同取扱契約の場合、幹事会社が他の引受保険会社から委任を受けて事務を行いますが、引受保険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、相互に連帯して責任を負うものではありません。
- ・また、将来に向かって、引受保険会社および引受割合の変更もあり得ます。

＜質問事項＞

1. 申込日現在、健康上の理由で就業制限（\*1）を受けていますか。  
(配偶者・こどもの場合、申込日から過去3カ月以内に、医師の治療・投薬（\*2）を受けたことがありますか。)
2. 申込日から過去1年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。
3. 申込日から過去1年以内に、病気やけがで2週間以上にわたり（\*3）、医師の治療・投薬（\*2）を受けたことがありますか。

（\*1）就業制限とは、勤務先または医師等により欠勤（公休・普通休暇等によるものも含む）を指示されている場合などをいいます。

（\*2）「医師の治療・投薬」とは、医師による診察・検査・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。

（注）一過性の軽微な疾患（かぜ、アレルギー性鼻炎、歯治療）、手足の骨折によるものは含みません。

（\*3）「2週間以上にわたり」とは、初診から終診までの期間が2週間以上の場合をいいます。たとえば、受診は2日でも、その間が2週間以上の場合や、合計2週間分以上の投薬を受けた場合は、「2週間以上」となります。