

団体3大疾病保障保険＜事業所ごと全員加入制度＞ 加入(変更)申込書

以下の事業所および申込者について、加入資格があることを確認し、下記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。(新たに加入を申し込まれる方は、加入資格のある方に限ります。)

契約者 電設福利共済会 様

証券番号

収納番号

被保険者番号

加入案内資料に記載された重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容を了解し、申込内容が事業所の意向(ニーズ)に沿ったものであることを確認のうえ、被保険者に契約内容を通知し、同意が得られたことを確認しましたので、契約者あてに下記のとおり申し込みます。

事業所名

事務担当者名(フルネーム)

住友生命保険相互会社 行

|        |   |           |        |     |
|--------|---|-----------|--------|-----|
| 事業所記入欄 | 1 | ご加入(変更)年月 | 令和 9 年 | 2 月 |
|        |   | 所属コード     |        |     |
|        |   | 個人コード     |        |     |

| (保険金受取人) |       | 性別         | 生年月日           | 保険金額                    |
|----------|-------|------------|----------------|-------------------------|
| セイ(姓)    | メイ(名) | (男)<br>(女) | 昭和 平成<br>年 月 日 | 100万円 <small>就惠</small> |

被保険者記入欄は、ご加入・増額の場合必ずご記入ください。

|   |         |                                                              |          |                           |
|---|---------|--------------------------------------------------------------|----------|---------------------------|
| 2 | 被保険者記入欄 | 被保険者自署(フルネーム)                                                | 申込日(告知日) | 告知欄                       |
|   |         | 契約内容を理解し、記載の内容で本制度の被保険者となること、および右記「個人情報のお取り扱いについて」の内容に同意します。 |          | 下記の告知事項に該当しますか。<br>すべていいえ |

・上記被保険者自署欄に記載の内容に同意されない方、または告知事項に該当される方はお申し込みいただけません。  
・告知事項に該当しなくなった時点でご加入いただけますので、事業所にその旨を申し出ていただき、できるだけ早く加入の手続きをお願いします。ただし、過去に3大疾病保険金をお受取りになった方の再加入はできません。

【個人情報のお取り扱いについて】

この保険の運営に当たっては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。

また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。

(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

3 ！ ご加入・増額のお申込みの場合は、被保険者が必ずご確認ください。同額更新・脱退・減額・氏名等の変更の場合はご確認ください。必要はありません。告知事項のすべてに該当しない場合のみお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、2 被保険者記入欄の告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらずご加入・増額された場合には、「告知義務違反」として保険金のお支払いができないことがあります。

|      |   |                                                                                                                                                   |
|------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 告知事項 | A | 申込日(告知日)までに、がんまたは上皮内がん※1と診断されたことがありますか。                                                                                                           |
|      | B | 申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。                                                                                        |
|      | C | 申込日(告知日)から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「2週間以上の期間にわたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたこと」のいずれかがありますか。                                                         |
|      | D | 申込日(告知日)から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。<br>※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。 |

|       |                      |                                            |
|-------|----------------------|--------------------------------------------|
| 別表    | 心臓・血圧                | 狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症※2 |
|       | 脳                    | 脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)                      |
|       | 肺・気管支                | 慢性気管支炎・肺気腫・慢性閉塞性肺疾患                        |
|       | 胃腸                   | かいよう性大腸炎・クローン病                             |
|       | 肝臓・すい臓               | 肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障がい・すい炎             |
|       | 腎臓                   | 腎炎・ネフローゼ・腎不全・うの胞腎・人工透析                     |
|       | しゅよう                 | しゅよう(良性腫瘍を含む)・ポリープ                         |
| 右記の病気 | 糖尿病※3・リウマチ・こうげん病・紫斑病 |                                            |

※1 がんには、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄異形成症候群、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ポーエン病、バジレット病を含みます。  
上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮内にとどまっている状態を指し、子宮頸部・腫部・外陰部・肛門部の中等度または高度異形成を含みます。  
※2 高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。  
※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「HbA1c(NGSP)が6.5%以上」「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

取扱会社使用欄

|     |       |
|-----|-------|
| 生 保 | (コード) |
| 支 社 | (コード) |
| 支 部 | (コード) |
| 担当者 | (コード) |

住友生命使用欄

|       |        |       |
|-------|--------|-------|
| 点 検 印 | インプット印 | 受 付 印 |
|-------|--------|-------|

団体保険契約書 2023.12 保存⑦

被保険者様 控え

お切り取り下さい

保障内容等の概要を記載しています。パンフレット(契約概要・注意喚起情報・支払に関する補足説明)等を必ずご確認ください。

団体3大疾病保障保険のしくみ

- 団体3大疾病保障保険(事業所ごと全員加入制度)は同一業種団体等の団体が契約者となり、その団体の会員企業のうち、ご加入を希望される企業の役員・従業員全員にお申込みをしていただきます。保険料は会員企業が負担します。
- 保険期間は1年ですが、加入対象者である限り、自動更新(継続)されます。現行の保険金額と同額以下で継続する場合は、健康状態の告知は不要です(増額する場合は、告知が必要です)。

保障の開始・終了

|       |                                                                                                 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保障の開始 | 保障が開始される日を加入日(責任開始日)といい、加入手続き完了後に加入者に送付されるご加入内容のお知らせ等に加入日を記載しています。                              |
| 保障の終了 | 加入者が退職した場合や保険金をお支払いした場合には、保障が終了します。<br>なお、加入者の退職日等の属する月の保険料が払い込まれている場合、保険期間は退職日の直後の契約応当日前日までです。 |

保険金のお支払事由(保障内容)

- 加入者が保険期間中に次のいずれかに該当されたときに保険金をお支払いします。

| 保険金         | 疾病            | お支払事由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3大疾病<br>保険金 | がん<br>(悪性新生物) | 保険期間中(ただし加入日から起算して90日以内を除く)に、生まれて初めて所定のがん(悪性新生物)(※1)になったと医師によって診断確定(※2)されたとき<br>(※1)上皮内新生物(病変が上皮内に限定しているもの)や皮膚がん(悪性黒色腫を除く)は該当しません。<br>(※2)診断確定とは、医師によって「病理組織学的所見(生検)等により診断確定された」ことを指します。                                                                                                                                                                                        |
|             | 急性<br>心筋梗塞    | 加入日以後の疾病を原因として保険期間中に発病した所定の急性心筋梗塞(※3)により、次のいずれかに該当されたとき<br>ア、急性心筋梗塞の治療を直接の目的とする手術(※4)を受けられたとき<br>イ、初診日(※5)から起算して60日以上、労働の制限(※6)を必要とする状態が継続したと医師によって診断されたとき<br>(※3)虚血性心疾患のうち、急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞をいいます。(狭心症等を除きます。)<br>(※4)公的医療保険制度に基づく医科診療報酬点数表に、手術料の算定対象として定められている手術とします。<br>(※5)診察・検査・治療・投薬のいずれかを問わず、初めて医師にかかって診療を受けた日をいいます。<br>(※6)軽い家事等の軽労働や事務等の雇業はできるが、それ以上の活動では制限を必要とする状態をいいます。 |
|             | 脳卒中           | 加入日以後の疾病を原因として保険期間中に発病した所定の脳卒中(※7)により、次のいずれかに該当されたとき<br>ア、脳卒中の治療を直接の目的とする手術(※8)を受けられたとき<br>イ、初診日(※9)から起算して60日以上、言語障害・運動失調・まひ等の他覚的な神経学的後遺症が継続したと医師によって診断されたとき<br>(※7)脳血管疾患のうち、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞などをいいます。<br>(※8)公的医療保険制度に基づく医科診療報酬点数表に、手術料の算定対象として定められている手術とします。<br>(※9)診察・検査・治療・投薬のいずれかを問わず、初めて医師にかかって診療を受けた日をいいます。                                                                |

保障内容の留意事項

- 死亡や高度障害の保障はありません。
- いずれかの疾病によって保険金をお支払いしたときは、その加入者の保障は終了し、再度加入いただくことはできません。
- 加入日前または加入日から起算して90日以内にがん(悪性新生物)と診断確定された方は、がん(悪性新生物)以外の2大疾病(急性心筋梗塞・脳卒中)についての保障となります。
- 次のような場合には、保険期間の終了後であっても、初診日が保険期間中にあれば、保険金の支払対象となることがあります。
  - ・ 急性心筋梗塞：初診日から起算して60日以上、労働の制限を必要とする状態が継続したと医師によって診断された場合
  - ・ 脳卒中：初診日から起算して60日以上、言語障害・運動失調・まひ等の他覚的な神経学的後遺症が継続したと医師によって診断された場合

保険金をお支払いできない場合

- 次のような場合には保険金をお支払いできないことがあります。(保険金を増額された場合は増額部分にも適用します。)

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| お支払事由に<br>該当しないとき          | ・ 生まれてはじめてのがん(悪性新生物)でない場合<br>・ 上皮内がん・皮膚の悪性黒色腫以外の皮膚がん・加入日から起算して90日以内に診断確定されたがん(悪性新生物)等、所定のがん(悪性新生物)に該当しない場合<br>・ 所定の急性心筋梗塞および脳卒中に該当しない場合<br>・ 急性心筋梗塞で所定の手術を行っていない場合、または、労働制限を必要とする状態が初診日から起算して60日以上継続していない場合<br>・ 脳卒中で所定の手術を行っていない場合、または、他覚的な神経学的後遺症が初診日から起算して60日以上継続していない場合              |
| 加入日(責任開始日)前の疾病を<br>原因とするとき | 急性心筋梗塞・脳卒中による保険金のお支払いは、所定の支払事由の原因となる疾病が加入日以後に生じた場合に限りします。<br>原因となる疾病が加入日より前に生じていた場合は、お支払いの対象となりません。                                                                                                                                                                                      |
| 正しく告知いた<br>でないとき           | 加入者から告知していただいた内容が事実と相違し、保険契約の全部またはその加入者の部分が告知義務違反により解除となった場合                                                                                                                                                                                                                             |
| その他                        | ・ 契約者または加入者による詐欺の行為を原因として、保険契約の全部またはその加入者の部分が取消しとなった場合、または、契約者または加入者に保険金の不法取得目的があつて、保険契約の全部またはその加入者の部分が無効となった場合<br>・ 契約者または加入者が、保険金を詐取する目的で事故を起こしたときや、暴力団関係者・その他の反社会的勢力に該当すると認められるときなど、重大事由に該当し、保険契約の全部またはその加入者の部分が解除となった場合<br>・ 保険料の払込みがなく、保険契約が失効した場合<br>・ 加入者が加入対象者ではないことが判明したとき<br>等 |

保険金の受取人・ご請求手続き

- 3大疾病保険金の受取人は加入者です。
- 加入者が、傷害または疾病により請求の意思表示ができない、疾病名の告知を受けていない等により保険金を請求できないときは、代理請求人が加入者の代理人として保険金を請求できます。  
代理請求人は請求時において所定の要件を満たす必要があります。
- がん(悪性新生物)、急性心筋梗塞、脳卒中の「お支払事由」のいずれかに該当された場合や該当すると思われる場合は、勤務先の会社等に申し出てください。契約者(会社)を通じてのご請求手続きとなります。

保障内容等についてご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください。

スミセイフリーダイヤル(団体保険契約室)  
0120-307282 受付時間:月～金曜日 午前9時～午後5時  
(祝日・12/31～1/3を除く)

保険金のご請求についてご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください。

スミセイフリーダイヤル(団体保険支払室)  
0120-307191 受付時間:月～金曜日 午前9時～午後5時  
(祝日・12/31～1/3を除く)

住友生命ホームページ

<https://www.sumitomolife.co.jp/corporative/service/step.html>



お切り取り下さい

記入事項を訂正または抹消されるときは、**1**事業所記入欄は事業所事務担当者様にて、**2**被保険者記入欄は被保険者にて、＝（二重線）を引いて、訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印を押印してください。

なお、保険金額を訂正されるときは、事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名（漢字フルネーム）または訂正印を押印してください。

- [illegible]

|                  |       |                |
|------------------|-------|----------------|
| お支払い<br>対象       | 疾病の発生 | 所定の支払<br>事由に該当 |
| お支払い<br>対象外<br>× | 疾病の発生 | 所定の支払<br>事由に該当 |

ご不明な点がございましたらお問い合わせください。  
スミセイフリーダイヤル(団体保険契約室)  
**0120-307282**  
月～金曜日(祝日・12月31日～1月3日を除く) 午前9時～午後5時