

団体定期保険・無配当団体定期保険 加入(変更)申込書(連記式)

記入要領

- 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。(加入資格については加入案内用資料(チラシ/パンフレット等)に記載があります。)ご契約者は、事業所および申込者に加入資格があることを確認し、「加入申込書等 送り状」にてご連絡ください。
- 「被保険者自署」欄以外は事業所がご記入ください。
ご記入内容を訂正または抹消されるときは(二重線)を引いて、事業所事務担当者様の訂正署名(フルネーム)または訂正印を押印してください。
なお、主契約保険金額または死亡保険金受取人を訂正される場合は、事業所事務担当者様および被保険者双方の訂正署名(フルネーム)または訂正印を押印してください。
- 所属コード、個人コードは当契約にて使用している場合にご記入ください。
- 「主契約保険金額」欄に記載の保険金額にて本制度の被保険者となることに同意(特約を付加されているときは、「特約保険金額」を含む)される方本人に、漢字フルネームで署名いただきたくて下さい。他の被保険者と同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。
- 死亡保険金受取人が「指定」のご契約について、この申込書で死亡保険金受取人を変更される場合は、変更の効力は申込書面に記載の「ご加入(変更)年月」からとなります。死亡保険金受取人を「ご加入(変更)年月」より前に変更される場合は、被保険者から団体窓口にお申し出いただき、「被保険者内容変更通知書」で別途お手続きください。

証券番号

収納番号

所属コード*

必ずご記入ください。

申込日(告知日) 年 月 日

ご加入(変更)年月 (和暦) 年 月 日

契約者欄 以下の事業所および申込者について、下記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。
契約者

事業所確認欄 加入案内用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)

お申込内容	被保険者番号または個人コード*	被 保 険 者 名		性別	生 年 月 日	主契約保険金額	労災業種コード	死亡保険金受取人(受取割合:100%)			被保険者自署(フルネーム) <small>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、および別紙の「個人情報のお取扱いについて」の内容に受取人とともに同意します。</small>	
		セ イ(姓)	メ イ(名)					受取人区分	セ イ(姓)	メ イ(名)		続 柄
加入 増額 減額		カ	タ	ナ	男 女	(和暦) 年 月 日	<input type="text"/> 万円		相続人 契約者 事業主 指定	配偶者 子 孫	父母 祖父母 兄弟姉妹	漢 字
加入 増額 減額		カ	タ	ナ	男 女	(和暦) 年 月 日	<input type="text"/> 万円		相続人 契約者 事業主 指定	配偶者 子 孫	父母 祖父母 兄弟姉妹	漢 字
加入 増額 減額		カ	タ	ナ	男 女	(和暦) 年 月 日	<input type="text"/> 万円		相続人 契約者 事業主 指定	配偶者 子 孫	父母 祖父母 兄弟姉妹	漢 字
加入 増額 減額		カ	タ	ナ	男 女	(和暦) 年 月 日	<input type="text"/> 万円		相続人 契約者 事業主 指定	配偶者 子 孫	父母 祖父母 兄弟姉妹	漢 字
加入 増額 減額		カ	タ	ナ	男 女	(和暦) 年 月 日	<input type="text"/> 万円		相続人 契約者 事業主 指定	配偶者 子 孫	父母 祖父母 兄弟姉妹	漢 字
加入 増額 減額		カ	タ	ナ	男 女	(和暦) 年 月 日	<input type="text"/> 万円		相続人 契約者 事業主 指定	配偶者 子 孫	父母 祖父母 兄弟姉妹	漢 字
加入 増額 減額		カ	タ	ナ	男 女	(和暦) 年 月 日	<input type="text"/> 万円		相続人 契約者 事業主 指定	配偶者 子 孫	父母 祖父母 兄弟姉妹	漢 字
加入 増額 減額		カ	タ	ナ	男 女	(和暦) 年 月 日	<input type="text"/> 万円		相続人 契約者 事業主 指定	配偶者 子 孫	父母 祖父母 兄弟姉妹	漢 字
加入 増額 減額		カ	タ	ナ	男 女	(和暦) 年 月 日	<input type="text"/> 万円		相続人 契約者 事業主 指定	配偶者 子 孫	父母 祖父母 兄弟姉妹	漢 字
加入 増額 減額		カ	タ	ナ	男 女	(和暦) 年 月 日	<input type="text"/> 万円		相続人 契約者 事業主 指定	配偶者 子 孫	父母 祖父母 兄弟姉妹	漢 字

告知事項

加入・増額のお申込みをされる方の中に、1または2に該当する方がいないことをご確認のうえ、告知事項に対する回答として **「いません」** を○で囲んでください。同額更新・脱退・減額・死亡保険金受取人等の変更の場合はご確認いただく必要はありません。1または2に該当する方は加入・増額の申込みはできません。(告知事項に該当しなくなった時点で加入・増額いただけますので、速やかに手続きをお願いします。)もし、告知事項に該当するにもかかわらず加入・増額された場合には、「告知義務違反」として保険金や給付金のお支払いができないことがあります。

新たに加入・増額する方について、次の1または2に該当する方はいますか。 **「いません」** ※必ず○で囲んでください。

- 告知日現在、病気や外傷のため欠勤している方(傷病治療のため公休・休暇などで欠勤している方を含む)
- 告知日前1年間で、病気や外傷のため2週間以上継続して欠勤した方(傷病治療のため公休・休暇などで欠勤した方を含む)

取扱会社使用欄

生 保	(コード)	<input type="text"/>
支 社	(コード)	<input type="text"/>
支 部	(コード)	<input type="text"/>
担当者	(コード)	<input type="text"/>

住友生命使用欄

点検印 インプット印 受付印

品名コード 618-304 2024.10 (DM) 保存⑦

【個人情報のお取り扱いについて】

この保険の運営に当っては、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。

