

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

1. 新たに参加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参加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。
2. 「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。
3. 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。
4. 「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。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。
5. 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%)			告知欄	被保険者自署(フルネーム)								
		姓	名					受取人区分	姓	名			続柄							
加入 増額 減額		カ	タ	カ	ナ	男	(和暦)	<input type="text"/>	万円		(相続人) (契約者) (事業主) (指定)	カ	タ	カ	ナ	(配偶者) (子) (孫)	(父母) (祖父) (兄弟姉妹)	すべて いいえ	漢	字
加入 増額 減額		カ	タ	カ	ナ	男	(和暦)	<input type="text"/>	万円		(相続人) (契約者) (事業主) (指定)	カ	タ	カ	ナ	(配偶者) (子) (孫)	(父母) (祖父) (兄弟姉妹)	すべて いいえ	漢	字
加入 増額 減額		カ	タ	カ	ナ	男	(和暦)	<input type="text"/>	万円		(相続人) (契約者) (事業主) (指定)	カ	タ	カ	ナ	(配偶者) (子) (孫)	(父母) (祖父) (兄弟姉妹)	すべて いいえ	漢	字
加入 増額 減額		カ	タ	カ	ナ	男	(和暦)	<input type="text"/>	万円		(相続人) (契約者) (事業主) (指定)	カ	タ	カ	ナ	(配偶者) (子) (孫)	(父母) (祖父) (兄弟姉妹)	すべて いいえ	漢	字
加入 増額 減額		カ	タ	カ	ナ	男	(和暦)	<input type="text"/>	万円		(相続人) (契約者) (事業主) (指定)	カ	タ	カ	ナ	(配偶者) (子) (孫)	(父母) (祖父) (兄弟姉妹)	すべて いいえ	漢	字
加入 増額 減額		カ	タ	カ	ナ	男	(和暦)	<input type="text"/>	万円		(相続人) (契約者) (事業主) (指定)	カ	タ	カ	ナ	(配偶者) (子) (孫)	(父母) (祖父) (兄弟姉妹)	すべて いいえ	漢	字
加入 増額 減額		カ	タ	カ	ナ	男	(和暦)	<input type="text"/>	万円		(相続人) (契約者) (事業主) (指定)	カ	タ	カ	ナ	(配偶者) (子) (孫)	(父母) (祖父) (兄弟姉妹)	すべて いいえ	漢	字
加入 増額 減額		カ	タ	カ	ナ	男	(和暦)	<input type="text"/>	万円		(相続人) (契約者) (事業主) (指定)	カ	タ	カ	ナ	(配偶者) (子) (孫)	(父母) (祖父) (兄弟姉妹)	すべて いいえ	漢	字
加入 増額 減額		カ	タ	カ	ナ	男	(和暦)	<input type="text"/>	万円		(相続人) (契約者) (事業主) (指定)	カ	タ	カ	ナ	(配偶者) (子) (孫)	(父母) (祖父) (兄弟姉妹)	すべて いいえ	漢	字
加入 増額 減額		カ	タ	カ	ナ	男	(和暦)	<input type="text"/>	万円		(相続人) (契約者) (事業主) (指定)	カ	タ	カ	ナ	(配偶者) (子) (孫)	(父母) (祖父) (兄弟姉妹)	すべて いいえ	漢	字

告知事項

A 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。

B 申込日(告知日)から過去1年以内に、別表の病気で、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がありますか。

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※1
脳・精神・神経	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・てんかん・うつ病・双極性障がい(躁うつ病)・睡眠障がい・自律神経失調症・パニック障がい・不安障がい・神経症・統合失調症・心因反応・適応障がい・知的障がい・発達障がい・認知症
肺・気管支	慢性気管支炎・気管支拡張症・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・のう胞腎・人工透析
目	網膜色素変性症
がん・しゅよう	がん※2・肉腫・白血病・悪性しゅよう
右記の病気	糖尿病※3・リウマチ・こうげん病・紫斑病

※1 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。
 ※2 がんには、上皮内がん、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、子宮頸部・膣部・外陰部の高度異形成、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ポーエーン病、バジレット病を含みます。
 ※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/d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

品名コード 618-304 2022.2 (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。

加入(変更)申込書(連記式)の記入要領

- 楷書でもれなくご記入ください。
- 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。

- 実際に申込書を記入した日（告知事項を確認した日）をご記入ください。
- 桁数を確認のうえご記入ください。
- カタカナでご記入ください。
※「エ・コ・ユ」「シ・ツ」「ア・マ」「ク・ワ」「ソ・リ・ン」は、わかりやすくご記入ください。
- 加入案内用資料をご参照のうえ、
[] 万円欄にご記入ください。
- 加入案内用資料をご参照のうえ、死亡保険金受取人をご指定ください。
死亡保険金受取人区分が「相続人」、「契約者」および「事業主」のご契約については、受取人区分のみ選択ください。（死亡保険金受取人名・続柄は記入不要です。）
死亡保険金受取人区分が「指定」のご契約については、**カタカナ**でご記入のうえ、続柄を○で囲んでください。変更の場合も同様です。
※この申込書で死亡保険金受取人を変更される場合、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、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。
- 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くください。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。
- ご加入・増額のお申込みの場合は必ずご確認ください。一旦加入いただければ、その後告知事項に該当しても同額もしくはそれ以下の保険金額で継続加入いただけます。

住友生命保険相互会社 行 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)

1.新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。)
2.「被保険者自署」欄以外は事業所がご記入ください。
3.所屬コード・個人コードは当契約にて使用している場合にのみご記入ください。
4.「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くこと。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。
5.死亡保険金受取人が「指定」のご契約については、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: [] 2

必ずご記入ください。
申込日(告知日) 令和 0 1 月 0 日

ご加入(変更)年月 (和暦) 令和 0 年 0 月

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 ○○協同組合

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)の内容を理解し、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告知し、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 株式会社△△
事務担当者名(フルネーム) 住生 一郎

お申込み内容	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	労災コード	5 死亡保険金受取人(受取割合:100%)		告知欄	被保険者自署(フルネーム)
		姓	名					姓	名		
加入	123456	スミセイ	タロウ	男	昭和36年1月15日	100.0万円	0000	カタ	カナ	○	住生 太郎
加入	789012	スミセイ	ジロウ	男	昭和62年8月2日	400.0万円	0000	カタ	カナ	○	住生 次郎
加入		カタ	カナ	男	年 月 日	万円		カタ	カナ	○	漢 字
加入		カタ	カナ	男	年 月 日	万円		カタ	カナ	○	漢 字
加入		カタ	カナ	男	年 月 日	万円		カタ	カナ	○	漢 字
加入		カタ	カナ	男	年 月 日	万円		カタ	カナ	○	漢 字
加入		カタ	カナ	男	年 月 日	万円		カタ	カナ	○	漢 字
加入		カタ	カナ	男	年 月 日	万円		カタ	カナ	○	漢 字
加入		カタ	カナ	男	年 月 日	万円		カタ	カナ	○	漢 字

7 告知事項
加入・増額のお申込みの場合は必ずご確認ください。同額更新・増額・減額・死亡保険金受取人等の変更の場合は確認いただく必要はありません。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、上記の告知欄の「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。

別表
A 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・投薬のいずれかを受けたことがありますか。
B 申込日(告知日)から過去1年以内に、別表の病気で2週間以上の期間にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを受けたことがありますか。

心臓・血管系 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・脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・てんかん・うつ病・双極性障害(躁うつ病)・躁うつ病・躁うつ病・躁うつ病・躁うつ病・躁うつ病
脳・神経系 脳神経失調症・パニック障害・不安障害・神経症・統合失調症・心因反応・適応障害・知的障がい・発達障がい・認知症
呼吸器系 慢性気管支炎・気管支拡張症・肺気腫・慢性閉塞性肺疾患
胃腸系 胃がん・肝臓がん・膵臓がん
肝臓系 慢性肝炎・急性肝炎・慢性肝炎・肝硬変・肝機能障がい・すい炎
腎臓系 腎臓病・慢性腎臓病・急性腎臓病・腎不全・透析
糖尿病系 糖尿病
がん・しんじょう がん・しんじょう
右記の病気 糖尿病・3リウマチ・こうげん病・薬疹病

告知事項欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。

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 ()
インプリント ()
受付印 ()
品名コード 618-304 2022 (DM) 保存②

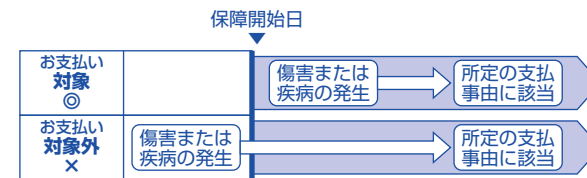
告知についての注意事項

告知事項のすべてに該当しない場合のみ、ご加入（増額）をお申し込みいただけます。
以下をご確認のうえ、告知事項のすべてに該当しない場合には、告知事項に対する回答として告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。

- 「検査」とは
医師の指示による検査を行った場合、該当となります。健康診断・がん検診・人間ドック・妊婦健診等の定期健診につきましては、「(医師の)検査」には含まれません。
- 「2週間以上の期間」とは
以下の例に該当する場合など、一連の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受け、転医・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間で、医師の管理下にあった期間をいいます。(実際の診療日数ではありません。)
【例】・受診は2日であっても、その間が2週間以上の場合
・1回の受診で2週間以上の投薬を受けた場合

高度障害保険金等をお支払いできない場合

高度障害保険金および入院給付金等のお支払いは、所定の支払事由の原因となる傷害または疾病が保障開始日以後に生じた場合に限り、原因となる傷害または疾病が保障開始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。



■お問合わせ先

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