

申込方法とご留意点

あいおいニッセイ同和損保 **あいおい** センター選択

000 A04 020 994
R2P24 03 20 23 354⑤

団体長期障害所得補償保険加入申込票 兼 被保険者明細書 ①保険会社用

「重要事項のご説明」の「ご加入いただく内容に関する確認事項（ご意向の確認）」について確認するとともに、個人情報取扱後に同意のうえ加入を申し込みます。
裏面の健康状態告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違した場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがありますことにご注意ください。
健康状態告知書についてのご案内を受け取り、内容を理解しました。

② 団体名 王子ホールディングス株式会社
会社名 王子製紙株式会社
事業所コード LM7
事業所名 苫小牧工場
所属コード 019

① 申込日 令和 R 年 9 月 11 日
申込人（被保険者）氏名 奥ジ タロウ
フルネームで署名してください（漢字）自署 王子 太郎
307 J04 (カナ) 341 L67
017 社員コード: 123456789
323 誕生日 302 性別 男 1 女 2

契約内容
保険期間 年 月 日
加入期間 年 月 日
免責期間 年 月 日

④ 現在の加入タイプ : 現在の保険料 : 円
ご加入内容 加入口数 : 口 更改後の保険料 : 円
加入区分 新規申込 変更申込 脱退

⑤ 加入タイプ 300
加入口数 572
2 口

備考
GLTD（団体長期障害所得保険）は、ケガや病気によって働けなくなった時の収入減少を補う保険です。
ぜひご確認ください。

⑥ ※健康状態告知書
団体長期障害所得補償保険の基本セットに今回新たに申し込みたい加入者、および継続加入する場合で増減内容等に関する契約条件の変更（保険金額の増額、免責期間の短縮、年補償額の延長等）を伴う方は、下記の告知事項1、2のいずれにも該当しない場合のみ加入いただけます。継続加入する方で増減内容等を拡大する契約条件の変更をしない場合は、告知不要です。

- 次のいずれかに該当する。
 - 告知日（ご回答日）現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※1をすめられている。
 - 告知日（ご回答日）より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。
 - 再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをい、精密検査等を含みます。
なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。
- 告知日（ご回答日）より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査※2・治療（投薬を含みます）を受けたことがある、または受けるように指導されたことがある。
 - がん」、「上皮内がん」
 - 糖尿病」、「高血圧症」、「耐糖能異常」
 - 精神の病気（アルコール、薬物依存を含みます）」
- 検査結果が異常なだった場合は「該当なし」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「該当あり」となります。

過去の健康状態告知書内容
特定疾病等対象外種（再告知の場合要印刷）
L45 疾病コード 562 疾病・症状名

私は加入申込に際して健康状態に関する上記の告知事項および裏面の記載事項をすべて確認し、告知事項1、2のいずれにも該当しませんでしたので、この保険の加入申込みをしました。なお、事実を告知していなかったり、告知内容が事実と相違した場合、保険契約を解除されたり保険金の支払いを受けられなかったとしても異議はありません。

⑦ 【他の保険契約等】（注）他の保険会社等に関する契約を含みます。
疾病の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等の身体障害による就業不能に対する保険金が支払われる他の保険契約等）がありますか（団体契約、生命保険、養育を含みます）。
あり の場合、右欄「あり」に○印のうえ、Y34 合計保険金額（ご記入ください） Y36 万円
なし の場合、「なし」と回答したこととなります。 Y34 あり 1 Y36 万円
⑧ 保険会社 保険会社 保険会社 保険会社 保険会社 保険会社
加入請求額（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。
過去3年以内に病気またはケガで保険金（5万円以上）を請求したは受領したことがありますか。 あり
保険会社 加入請求額 円
加入区分 加入金額 円

ご加入者様へのご注意
※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項（告知事項）です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分に確認のうえご回答（記入）ください。

社内使用欄 団体コード 初年度加入日 L92 月 日 加入番号 099 再入力コード 告知社内処理日 X/Y 月 日 加入番号 098
令和5年10月1日以降に開始契約に使用

- 内容をご確認のうえ、必要事項を記入し、自署欄にフルネームで署名をいただき、ご提出ください。

- ① 申込日をご記入ください。
- ② 会社名・所属名をご記入ください。（コードの記入は不要です）
- ③ 告知内容をご確認のうえ、フルネームでご署名ください。
- ④ 「新規申込」・「変更申込」・「脱退」
いずれかの加入区分に○をご記入ください。
※ご加入されている方で、前年度と同口数でのご継続をご希望の方は、ご提出
不要です。
- ⑤ ご加入口数をご記入ください。（1口から10口）
- ⑥ 新規加入または補償内容を拡大する場合、加入申込票裏面の「健
康状態告知書質問事項」をご確認ください。
※「過去の健康状態告知内容」欄に印字がある場合
補償対象外となる疾病は、再告知により対象外の条件を削除でき
る場合があります。詳細はパンフレットの二次元コードより健康
状態告知についてのご案内をご参照ください。
- ⑦ 他の保険契約等のご加入がある場合、ご記入ください。
- ⑧ 保険金請求歴がある方は、ご記入ください。

※ 万一、加入申込票に記載された内容が事実と相違する場合や該当項目に記入がない場合には、ご契約を解除することや保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。

※ 他の保険契約等の有無については、危険に関する重要な事項の告知事項として加入申込票に記入していただきます。正しく記入しただけなかった場合には、ご契約を解除することがありますのでご注意ください。

※ 健康状態告知書質問事項の回答内容や加入申込票記載事項（年令・他保険加入状況・保険金請求歴等）等の内容により、ご契約のお引受をお断りしたり、引受条件を制限させていただくことがありますのであらかじめご了承ください。

※ 健康状態告知をいただいた結果、ご契約が成立した場合でも既往症や保険始期において既に発病している病気（発病の時期は医師の診断によります。）につきましては保険金をお支払いできませんのでご了承ください。

(記入内容を訂正する場合)

訂正箇所を二重線で抹消し、フルネームで署名（訂正署名）のうえ、正しい内容
をご記入ください。

例) 令和 ●年 ~~8月30日~~^{9 11} 王子太郎