

新規加入申込票 記入見本 **（紺字部分を記入・押印してください）**

STEP 1 ▶ 申込人情報と申請区分についてご質問のうえでご記入ください。

住所	〒460-0003 愛知県 名古屋市 中区 錦 1-4-6
申込人名	愛知 太郎
職名	エーアイエー（株）

☐ 内は必ずご記入ください。
 入館日時 令和R 6年 7月
 申込番号 4 0012345
 電話番号 052-211-51
 年齢 49 6 17 性別 男

7月25日(木)締切

手続区分 下欄のいずれかに○を記入ください	
☒ 新規に加入する	全ての内容を○を記入 のうえ、ご署名・ご 提出ください。
☐ 内容を変更する [前年度加入内容を 追加変更してご署名。]	
☐ 継続加入しない	
内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。	

令和6年 9月 1日 から
令和7年 9月 1日 まで

法人番号	
法人登録 番号	(6) 1230012345
税務上の 法人登録 番号	
日商 コード	LIT

STEP2 申込内容と健康状況(告知)についてご確認のうえご記入ください。

団体総合生活補償保険(MS・AD型)疾病補償用

氏名	基本セット(必選択)	告知者ご署名
(カカナ) アイチ タロウ (漢字) 愛知 太郎 生 49 年 6 月 17 日 年 50 性別 男 告知者ご署名 ジムジュウジヤ 年 11 性別 男	A 2	愛知 太郎 (告知者ご署名)
(カカナ) アイチ ハナコ (漢字) 愛知 花子 生 50 年 10 月 3 日 年 48 性別 女 告知者ご署名 ユウショクシャイガイ 年 91 性別 女	B 2	愛知 花子 (告知者ご署名)

右下の『 ◆団体との関係』を参照のうえ記入

口数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
入院保険日額	1,000円	2,000円	3,000円	4,000円	5,000円	6,000円	7,000円	8,000円	9,000円	10,000円
ご記入（入院のみ）	A									
ご記入（入院・通院）	B									

・入院・通院日額その他については、必ず別添の保険料一覧表をご確認ください

職種コード	職業名・職種名	職業名・職種名(カナ)
01	技術者(プログラマー等)	ギジュツシャ
11	事務従事者(事務系の仕事)	ジムジュウジシャ
21	販売従事者(営業系の仕事)	ハンバイジュウジシャ
91	有職者以外(主婦・学生等)	ユウジョ クシャイガイ

・上記以外の職種については裏面「職種コード一覧」を参照

他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらをご確認のうえご記入ください。

9 上記の⑧に該当する場合は、その期間の平均（団体の組合生活期間の平均）を算出し、その平均に1.5倍した金額を算入する。1万円を超える場合は、1万円とみなす。
 (注) 上記の平均額には、前払金、立替金、生命保険の満期金を含みます。

※ 他の保険契約約款がありますか？ (有) ☐ (無) ☐ 保険金額が異なりますか？ (有) ☐ (無) ☐

【注意】「あり」の場合裏面を必ずご記入ください。(「記入のない場合は、[なし]と回答したことになります)

391 0002000

**3枚目裏面の健康状況告知書
質問事項に該当しない方**

**3枚目裏面の健康状況告知書
質問事項に該当する方**

⑩ AiA会員企業様押印欄

エーアイエー株式会社
代表取締役 愛知 太郎 (印)

AiA押印欄

この部分には何も記入しないで下さい

①申込票記入日を記載 ②住所・氏名・職場名(企業名)・所属コード(会社番号:3ケタ)を記入、押印
③新規に加入するに〇印 ④従業員番号等(7ケタ) ⑤電話番号・生年月日・性別の記入・〇印
⑥所属コード(3ケタ)+社員番号(7ケタ)

⑦＜告知書質問事項に該当しない方＞

Ⅰ：氏名(カタカナ：必須 漢字：任意)・生年月日・年齢(R6.9.1現在の満年齢)・性別・職種名・職種コード
・団体との関係を記入
Ⅱ：基本セット欄に契約セット名・口数を記入
Ⅲ：質問に○印記入、(告知日)(告知者ご署名)欄に日付・署名・押印

⑧＜告知書質問事項に該当する方＞

上記⑦Ⅰ・Ⅱ・Ⅲは同じ、追加で疾病コードの記入
3枚目裏面の健康状況告知書質問事項をご確認ください。該当する場合は【お問い合わせ先】までご連絡ください。

⑨他の保険契約がある場合で該当する時は、裏面もご記入ください

⑩(企業の福利厚生担当者様)

この欄に、「会社名」「代表者名」を記入(ゴム印可)、「会社印押印」のうえ、AiA事務局まで送付してください

●【※】印の項目は、ご契約に際して引当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、ご契約が無効になり、保険金をお支払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。
事故を補償するセットに新たに加入する場合、または、疾病補償について保険責任を延長(保険金額の増減、特約追加など)する場合は、最終頁裏面の質問事項につき、正確にご回答ください。

●【○】印は保険有効期限日現在でご記入ください。
(保険期間満了の中途で加入される場合は、中途加入日現在ではなく、団体契約の保険有効期限日現在の年令をご記入ください。)

●暗証コードは裏面にござります。 職名欄・年齢欄は裏面の暗証コード一覧を参照のうえ、カタカナ20文字以内でご記入ください。

●【※】団体とご職種について下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入下さい。

・団体番号の----- 1: 構成員 (子会社・関連会社の役員、退職者を含む)	0: 会員企業等の役員・従業員
・上記1または0の ----- 2: 配偶者 3: 子ども 4: 両親 5: 兄弟姉妹	6: 同僚の家族 7: 使用人

『 ◆団体との関係』

前年中計開票額 (一億分)		前年中計開票額 (一億分)	
令和 年 月 日		計上用	