

《AIA専用記入見本》
申込書の裏表紙に汎用例として
「ご記入要領」を記載しておりますが、
実際のご記入に際しては、
当《AIA専用記入見本》をご参照
願います。

●所属番号＝協会加入番号
全10桁・右詰め
※一部例外があります。

●加入の場合

申込区分:「1 加入・変更」に○

●変更の場合

申込区分:「1 加入・変更」に○

●脱退の場合

申込区分:「2 脱退」に○

●被保険者番号のルール
①貴社所定の「従業員番号」「保険管理番号」
等と同じ番号にする場合
(例)777 0012345
⇒所属番号 + 従業員番号/保険管理番号
(下3桁のみ) (7桁右詰め)
※同じ番号は指定できません。
記入の際は重複していないか確認して
ください。

②「空欄」の場合は自動的に番号を付けます。
特に貴社所定の番号がない場合は、「空欄」
のまま提出して下さい。

●3枚複写(3枚目が貴社控えとなります)

E01001 大樹生命保険株式会社 御中

異動コード 58868	団体番号 052238-4
保険契約者(団体名)	一般社団法人愛知県情報サービス産業協会
結合番号 00000	
事業所番号 *****	
所属番号	0000000777

11月1日異動(変更)が必要な場合は、本票を使わず、例月異動手続きの用紙
「団体定期保険 被保険者申込書兼告知書」にご記入の上、10月4日(金)までにご提出
願います。本票を使用した場合、10月4日までに提出いただきましても、加入日に2024年
12月1日がプレプリントされているため、12月1日異動(変更)となります。

●ご記入日
この申込書を記入した日付をご記入ください。

大樹生命提出用

申込締切日	2024年10月25日	申込日(告知日)	2024年10月5日
加入日(効力開始日)	2024年12月1日	必ずご記入下さい	

本帳票の記載内容および告知欄の内容は事実と相違ないことを誓約し、下記の者の同意を得て、この保険契約への加入・保険金額変更を申し込みます。
また、脱退者について通知します。

保険契約者 一般社団法人愛知県情報サービス産業協会	●AIA使用欄	印
事業所名 株式会社 愛知ソフト	代表取締役 愛知 一郎	印
事業主名	ゴム印可	印
加入申し込みにあたり 下記の者が加入資格を有することを承認しました。	意向に沿っていること 承認しました。	

私は裏面「被保険者同意事項」を確認のうえ、この保険契約への加入を申し込みます。

被保険者(職員)番号	家族区分	被保険者名	被保険者押印欄	性別	生年月日	団体定期保険			死亡保険金受取人名	続柄	追加告知	現在のご加入内容
						申込区分	保険金額					
7770012345	0	愛知 二郎	印	男	昭和49年9月6日	1 加入・変更 2 脱退 3 同額継続	1500 1000 800 700	500 400 300 200	100	6	1	万円
7770000001	0	愛知 一郎	印	男	昭和48年4月17日	1 加入・変更 2 脱退 3 同額継続	1500 1000 800 700	500 400 300 200	100	6	1	1000 万円
7770000002	0	愛知 花子	印	女	昭和50年1月29日	1 加入・変更 2 脱退 3 同額継続	1500 1000 800 700	500 400 300 200	100	6	1	1000 万円

家族区分…0:本人、1:配偶者、2~9:子ども

新規加入・増額申し込み者のうち、告知事項1、2. にひとつでも該当する方が
いるときは、追加告知欄に○印をつけ、別紙被保険者告知書に詳細をご記入のうえ
提出してください。

告知事項	新規加入・増額を申し込む者は、当団体に所属しており告知事項1、2. のいずれにも 該当しません。該当する者がある場合は、追加告知欄に記入します。
契約者告知事項	1. 正常に勤務していない者、もしくは健康な日常生活を営んでいない者がいる。 2. 告知日から過去1年以内に、病気やけがにより2週間以上欠勤した者がいる。

●「告知事項」に該当する場合は、「追加告知」に○をつけて下さい。
●「被保険者告知書」につきましてはAIA事務局までご請求下さい。

受取人続柄…1:配偶者、2:子ども、3:父母、4:祖父母、5:兄弟姉妹、6:雇主、7:その他

●新規加入・増額のお申し込み手続きにあたっては、
「契約者告知事項」
「被保険者同意事項(裏面)」
を必ずご確認ください。

裏面「被保険者同意事項」を必ずお読
みいただき、内容を確認・ご了解のうえ
お申し込みください。

告知はご契約者様が新規加入・増額を申し込む方の申込日(告知日)現在の状況を
ありのままにもれなく正確に記入して下さい。
※「正常に勤務していない者」とは

傷病治療のため公休・休暇等で欠勤している者、または、傷病治療のため勤務先・
医師・歯科医師等により就業の制限(労働時間の短縮・出張の制限・時間外労働の
制限・労働負荷の制限等)を指示されている者をいいます。

※「健康な日常生活を営んでいない者」とは

医師・歯科医師の治療(指示・指導を含みます)・投薬を受けている者をいいます。

※「病気やけがにより2週間以上欠勤した者」とは

傷病治療のため継続して2週間以上にわたり欠勤(公休・休暇等を含みます)した者をいいます。

☆ご記入にあたってご留意いただきたい事項☆

・印字されている項目に変更・誤りがあるときは、二重
線で消したうえ枠内余白に記入し、訂正印を押印して
ください。なお訂正印は被保険者押印欄に押印の印鑑
をご使用ください。

・加入資格のない方は、加入・継続できません。