

既加入申込票 記入見本

変更の場合は、**黄色網掛け部分を記入・押印して下さい。**
同内容で継続加入の方は、ご提出不要です。

【お問い合わせ先】＜保険会社窓口＞
大樹生命保険㈱ 東海法人営業部
担当:望月 TEL(052)211-5183

② 317 (カタカナ) アイチケン ナゴヤシ ナカケ ニシキ

住 60 0003 愛知県 名古屋市 中区 錦 1-4-6

申込人 307 (カタカナ) トウカイ サブロー

氏名 東海 三郎

職種名 018 (カタカナ) エーアイエー (株)

① 加入 019 申込 令和R 7年 7月 6日

社員番号 0012345

電話番号 052-211-5183

生 50年 6月 17日 性 男

7月25日(金)締切

手続区分 下記のいずれかに○をしてください

新規に加入する → 全ての内容をご記入のうえ、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・変更して継続する

継続加入しない → ご署名のうえ、ご提出ください。

内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。

保険期間 令和7年 9月 1日 から 令和8年 9月 1日 まで

団体名 一般社団法人 愛知県情報サービス産業協会

加入者番号 098

旧加入者番号 099

旧加入者コード 1230012345

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。

※三井住友海上火災保険株式会社 別 最終届の健康状況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ていた場合、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ることに同意します。また、個人情報取扱の取扱いに同意します。【健康状況】告知ご記入のご案内を受け取り、内容を了解しました。

④ 団体総合生活補償保険(MS&AD型)疾病補償用

氏名 トウカイ サブロー 東海 三郎

生 50年 6月 17日 性 男

年 50 性 男

職種名 ジムジュージシャ

職種コード 312 11

口数 5

基本セット(必選択) A

健康状況告知書質問事項回答欄

質問① 質問② 質問③

記入しない

506 疾病コード

507 疾病・症状名(カタカナ)

告知者ご署名 東海 三郎

3枚目裏面の健康状況告知書
質問事項に該当しない方
(質問③は記入しないでください)

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

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・氏名を記入、押印 ③該当に○をつける
- ④ 契約内容を変更する場合、記載されているセット名または口数を二重線で抹消し訂正印を押印、変更後のセット名または口数を記入してください。
 - ・氏名(漢字)欄のご記入は任意となります
 - ・(告知日)(告知者ご署名)欄に日付・署名・押印
 - ・補償を増額される場合、通院補償を付加される場合、ご家族が新たに加入される場合は、3枚目裏面の健康状況告知書質問事項をご確認いただき、質問①②に該当しない場合は「はい」に丸を付けてください。
 - ・質問項目①②いずれか「はい」に該当する場合、新規お申込ならびにご増額はできません。
 - ・質問項目③は記入しないでください。
- ⑤告知を含む契約内容を変更しない場合は記入及び提出は不要です
- ⑥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
- ⑦(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

セット名	A					B				
補償	入院(ケガ・病気) 通院(ケガのみ)					入院(ケガ・病気) 通院(ケガ・病気)				
口数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
入院保険金日額	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

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)	ジムジュージシャ
21	販売従事者(営業系の仕事)	ハンバイジュージシャ
91	有職者以外(主婦・学生等)	ユウショクシヤイガイ

ご家族が新たに加入される場合は職種名・コードを記入
上記以外の職種については裏面「職種コード一覧」を参照

⑥ 他の保険契約等、保険金請求履歴がある場合は、こちらも確認のうえご記入ください。

他の保険契約等(任意) 有職者以外(任意) 有職者以外(任意)

他の保険契約等(任意) 有職者以外(任意) 有職者以外(任意)

他の保険契約等(任意) 有職者以外(任意) 有職者以外(任意)

ご記入にあたって

●「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、十分ご確認のうえご回答(記入)ください。

●疾病を補償するセットに新たに記入する場合、または、疾病補償について保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、最終裏面の質問事項につき、正確にご回答ください。

●「口数」は年齢は保険開始日現在で記入してください。
【保険期間中途中で加入される場合も、中途加入日現在ではなく、団体契約の保険開始日現在の年齢をご記入ください。】

●職種コードは裏面をご参照ください。職業名・職種名は裏面の職種コード一覧を参照のうえ、カタカナ20文字以内で記入してください。

●「団体との関係」について下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。

- ・団体の 1: 構成員(子会社・関連会社の構成員、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: 同僚の親族 7: 使用人

R50 合計保険料 (一割分) 円 前年合計保険料 (一割分) 円

受付日(社内使用欄) 令和 年 月 日 計上用