

新規加入申込票 記入見本
(黄色網掛け部分を記入・押印してください)

【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 住所 317 (カタカナ) アイチケン ナゴヤシ ナカク ニシキ
460-0003 愛知県 名古屋市中区 錦 1-4-6

① 申込人名 アイチ タロウ
愛知 太郎 (愛知)

⑤ 職場名 エーアイエー(株) 所属コード 123

③ 加入日 令和7年7月6日

④ 社員番号 0012345
電話番号 052-211-5183
生年月日 50年6月17日 性別 男

③ 7月25日(金)締切

メッセージ 既読印刷

団体総合生活補償

新規に加入する
内容を変更する
継続加入しない

全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。
新加入者のみ
署名変更して継続する。
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 ⑥ 1230012345

旧加入者番号 099
旧番号コード L17

STEP2 申込内容と健康状況(告知)についてご確認ください。

※11 三井住友海上火災保険株式会社 知 最終者の健康状況告知書質問事項に対するご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ることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。【健康状況】告知をご記入のご案内を受け取り、内容を理解しました。

団体総合生活補償保険(MS&AD型)疾病補償用

氏名 (カタカナ) アイチ タロウ (漢字) 愛知 太郎
生年月日 50年6月17日 年齢 50歳 性別 男
職業名 ジムジューシヤ
職種コード 11 関係 0

基本セット(必選択) セット名 A 口数 2

氏名 (カタカナ) アイチ ハナコ (漢字) 愛知 花子
生年月日 51年10月3日 年齢 48歳 性別 女
職業名 ユウショクシャイガイ
職種コード 91 関係 2

基本セット(必選択) セット名 B 口数 2

健康状況告知書質問事項回答欄

健康状況告知書質問事項回答欄

健康状況告知書質問事項回答欄

⑦ 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)

⑨ 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)

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

AiA押印欄
この部分には何も記入しないで下さい

右下の『◆団体との関係』を参照のうえ記入

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)	ギョウツシヤ
11	事務従事者(事務系の仕事)	ジムジューシヤ
21	販売従事者(営業系の仕事)	ハンバイジューシヤ
91	有職者以外(主婦・学生等)	ユウショクシャイガイ

※上記以外の職種については裏面「職種コード一覧」を参照

STEP3 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらもご確認のうえご記入ください。

⑧ (1)他の保険会社等に加入している場合は、ご記入ください。
(2)他の保険会社等に加入している場合は、ご記入ください。
(3)他の保険会社等に加入している場合は、ご記入ください。

他の保険契約等がありますか? () あり () なし

保険金請求歴がありますか? () あり () なし

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

337 特記事項

- 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(R7.9.1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:質問に〇印記入、(告知日)(告知者ご署名)欄に日付・署名・押印
質問③は記入しないでください
<告知書質問事項に該当する方>
質問①もしくは②に「はい」がつく方はご加入もしくは増額いただくことができません。
質問③は記入しないでください
⑧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
⑨(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

- ※(1)年齢は保険開始日現在でご記入ください。
(保険期間の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文字以内でご記入ください。
- (1)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: 同居の親族 7: 使用人

『◆団体との関係』

R50 合計保険料 (一部分) 円 前年合計保険料 (一部分) 円

受付日 (社内使用欄) 令和 (社内使用欄) 月 日 計上用