

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 ナカク ニシキ
住 宅 60 012 0003 愛知県 名古屋市 中区 錦 1-4-6
307 (カタカナ) トウカイ サプロウ
申込人名 東海 三郎 東海
職 場 名 エーアイエー (株) 所 属 コード 019 1 2 3
加入申込 令和R 8年 7月 6日
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)

7月24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 → 全ての内容を記入の上、ご署名・ご提出ください。
内容を変更する → 変更する項目を黄色網掛けで記入の上、ご署名・ご提出ください。
継続加入しない → ご署名の上、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8年 9月 1日 から
令和9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 1230012345
旧 職 業 コード L17

STEP 2 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。

※11 三井住友海上火災保険株式会社 最新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ご注意ください。また、個人情報のお取扱いにはご注意ください。

④ 390 団体総合生活補償保険(MS&AD型)疾病補償用
氏名 トウカイ サプロウ 東海 三郎
生 年 月 日 50年 6月 17日
年 令 51 性別 男
職 業 名 ジムジュージョシャ
職 種 コード 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
LWA (告知日) 令和R 8年 7月 6日
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 印

AiA押印欄
この部分には何も記入しないで下さい

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)

- 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「はいいえ」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

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)	ギョツツシャ
11	事務従事者(事務系の仕事)	ジムジュージョシャ
21	販売従事者(営業系の仕事)	ハンバイジュージョシャ
91	有職者以外(主婦・学生等)	ユウジョクシャイガイ

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 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

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。
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

他の保険契約等がありますか? あり
保険金請求歴がありますか? あり

ご記入にあたって

- 「印」の項目は、ご契約に際して引渡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。
- 「○」の項目は保険開始日現在までご記入ください。
(保険期間の途中でご加入される場合も、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令をご記入ください。)
- 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。
- 「○」の項目は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 (一部分) 円 前年合計保険料 (一部分) 円
受付日 (社内使用欄) 計上用
令和 年 月 日