

# 総合福祉団体定期保険 被保険者加入申込書兼一括告知書 記入例

- 異動書類は、**加入年月の前月末日までに当社に到着するようにご提出ください。**ご到着が遅れますと記載いただいた加入年月でのお取扱いができない場合があります。
- ご加入される方には、ご加入者宛ての通知文書（「総合福祉団体定期保険についてのお知らせ」）にて保険契約の内容、個人情報の取扱いについて必ず通知のうえ、保険加入への同意をご確認ください。
- 本帳票を入力後、印刷すると「ご契約者様控」も一緒に出力されます。**当社からお送りする異動明細にお手続き事項が反映されるまで大切に保管ください。**  
白紙で印刷し手書きで記入した場合はコピーをとりお手元に保管してください。

## 訂正例

印刷した後に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で取り消し、届出印欄に押印した印鑑と同じ印を訂正印として押してください。

申込日は本帳票の記入日となります。  
加入年月は、申込日の翌月または翌々月をご指定ください。  
(申込日を遡るご加入はお引受できません。)

フリガナも、もれなく記入してください。

事業所（所属）コード、従業員コードは契約時に設定している団体様のみ記入してください。

契約時に団体付番で被保険者番号を設定している団体様のみ記入してください。

総合福祉団体定期保険 被保険者加入申込書兼一括告知書 生命保険会社提出用

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

貴社の総合福祉団体定期保険普通保険約款(特約付のときはその特約条項)を承知のうえ、被保険者につき記載のとおり申し込みます。なお、当保険加入にあたり、被保険者同意の重要性を理解し被保険者となるべき者全員に対して保険金額・付保基準を含む契約内容および本帳票に記載の個人情報の取扱いについて、所定の手続きにより契約内容の通知を行い、当保険加入についての同意を得ました。新規加入および中途加入する被保険者について告知事項(被保険者の告知のある場合は被保険者の告知を含む)記載のとおり告知します。なお、告知は事実と相違なく、万一事実と相違していた被保険者については保険金・給付金が支払われないうえに告知したことを承知します。

証券番号 夕 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

告知事項欄

1 告知事項 申込日(告知日)現在、病気や傷害により休職中の方や健康上の理由で正常に就業していない方(勤務の特別取扱いを含む)は「**いる**」ですか。  いる  いない

2 告知事項 申込日(告知日)より起算して過去1年以内に病気や傷害により2週間以上欠勤または休業した方は「**いる**」ですか。  いる  いない

3 告知事項 上記以外で、定期健康診断未実施・非常勤等の理由により団体側で健康状態の確認ができない方は「**いる**」ですか。  いる  いない

「いる」に○がついた場合、該当被保険者の告知書提出有に○をつけ「被保険者告知書」を提出してください。

届出印

団体名 **ひまわり商事 株式会社**

代表者役職・氏名 **代表取締役 ひまわり 次郎**

申込日(告知日) 令和 4 年 7 月 1 5 日 加入年月 令和 4 年 8 月

※本申込書を実際に記入した日付けをご記入ください。 ※加入年月は、申込日(告知日)の翌月または翌々月をご指定ください。

| 管理番号 | 被保険者氏名     | 性別  | 生年月日              | 主契約保険金額 | 被保険者同意印                 | 告知書提出有                             | 備考欄 |
|------|------------|-----|-------------------|---------|-------------------------|------------------------------------|-----|
| カナ   | シンジユク タロウ  | ① 男 | 昭和 年 月 日          | 万円      | <b>新宿</b>               | <input checked="" type="radio"/> 有 |     |
| 漢字   | 新宿 太郎      | ② 女 | 平成 50 年 10 月 21 日 | 1000    | <b>原宿</b>               | <input type="radio"/> 有            |     |
| カナ   | ハラジユク ハナコ  | ① 男 | 昭和 年 月 日          | 万円      | <b>サン</b>               | <input type="radio"/> 有            |     |
| 漢字   | 原宿 花子      | ② 女 | 平成 2 年 5 月 5 日    | 300     | <b>サン</b>               | <input type="radio"/> 有            |     |
| カナ   | サン フラワー    | ① 男 | 昭和 年 月 日          | 万円      | <input type="radio"/> 有 | <input type="radio"/> 有            |     |
| 漢字   | Sun Flower | ② 女 | 平成 60 年 8 月 10 日  | 300     | <input type="radio"/> 有 | <input type="radio"/> 有            |     |
| カナ   |            | ① 男 | 昭和 年 月 日          | 万円      | <input type="radio"/> 有 | <input type="radio"/> 有            |     |
| 漢字   |            | ② 女 | 平成 年 月 日          | 万円      | <input type="radio"/> 有 | <input type="radio"/> 有            |     |
| カナ   |            | ① 男 | 昭和 年 月 日          | 万円      | <input type="radio"/> 有 | <input type="radio"/> 有            |     |
| 漢字   |            | ② 女 | 平成 年 月 日          | 万円      | <input type="radio"/> 有 | <input type="radio"/> 有            |     |

※弊社都合により登録できない漢字・カナ文字につきましては、表記可能な文字に変換して登録させていただきます。

ご加入者宛ての通知文書(総合福祉団体定期保険についてのお知らせ)の写しを、必ず本帳票に添付してご提出ください。

ヒューマン・ヴァリュー特約の付加および付加基準ならびに災害総合保障特約の付加および付加基準は契約日(直前の更新日もしくは制度変更日)の内容と同一とします。主契約保険金受取人、災害総合保障特約給付金受取人は契約日(直前の更新日もしくは制度変更日)の内容と同一とします。(ヒューマン・ヴァリュー特約の保険金受取人は保険契約者となります)

① 未入力チェック 未入力フィールドをハイライト表示

② 未入力チェックを消す ファイル内のハイライトを全て消す

STEP 2

保険契約内容、本帳票記載の個人情報の取扱いについて通知を受け、団体が保険料を負担する本保険の被保険者になることに同意いたします。

営業店受付日 本社受付日 点検 決定

(22080015) [802744]-2101

ご契約者様が、被保険者様の健康状態等をご確認のうえ「いない」「いる」に○をつけてください。  
質問事項1~3のいずれかが「いる」の場合、必ず該当被保険者の「告知書有無」欄に○をつけ被保険者の個別告知書を添付してください。

被保険者個々に同意の確認を行う場合またはヒューマン・ヴァリュー特約が付加されている場合には、被保険者様ご自身に捺印いただいでください。

【未入力箇所を確認する方法】

- ① ボタンを押すと、入力していない箇所が強調されます。
- ② ボタンを押すと強調表示が消えます。

※性別・元号・告知欄はハイライトされません。ご注意ください。

保険金額はご契約内容をご確認のうえ、もれなく正確に記入してください。