

無配当団体3大疾病保険 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。
- お申し込みの際は、ご契約内容を十分にご確認のうえ、正しくご記入ください。
- 被保険者となる方には通知文書(「無配当団体3大疾病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。
- お申し込み内容を誤って記入された場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。なお、訂正箇所には必ず届出印もしくは代理印による訂正印を、提出用とご契約者様控の2枚とも押印ください。

生命保険会社提出用

無配当団体3大疾病保険 被保険者加入申込書兼一括告知書

SOMPOひまわり生命保険株式会社 宛

貴社の無配当団体3大疾病保険普通保険約款(特約付のときはその特約条項)を了承のうえ、被保険者につき記載のとおり申し込みます。なお、本保険加入にあたり、被保険者同意の重要性を踏まえ、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及び本票に記載の個人情報取扱いについて、所定の手続きにより契約内容の告知を行い、本保険加入についての同意を得ました。新加入および再加入する被保険者について、告知事項のおおむねは、各告知事項に照準し、万一事業と相違しない被保険者については保険金が支払われないことがあることを予示します。告知内容にかかわらず、3大疾病保険は、加入日より前に悪性新生物と診断確定されたことがある場合、がん(悪性新生物・悪性腫瘍)または上皮内がん(※4)にかかったことがある方

証券番号 **タ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0**

被保険者加入申込書兼一括告知書に記載の被保険者について、次の1から3のいずれかに該当する方はいませ

1. 申込日(告知日)現在、病気で休職・休業中(※1)の方、または病気により就業が制限されている(※2)方
2. 申込日(告知日)より起算して、12ヶ月以内に、病気により14日以上入院をしたことがある方
3. 契約者が既に取得している情報(※3)でこれまでに、がん(悪性新生物・悪性腫瘍)または上皮内がん(※4)にかかったことがある方

(いませ)

※1 休業中には、産前・産後休業、育児休業および介護休業の事由のみで休業されている場合は含まれません。
 ※2 「就業が制限されている」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。
 ※3 「契約者が既に取得している情報」には、健診診断結果等(雇入れ時を含む)の内容を含みます。
 ※4 「がん」には白血病・骨髄腫・悪性リンパ腫・肉腫を含み、「上皮内がん」には子宮頸部高度異形性または病理組織診断CIN3を含みます。

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

届出印

申込日(告知日) 令和 8年 2月 25日 加入年月 令和 8年 3月

※本申込書を実際に記入した日付をご記入ください。 ※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	被保険者同意印または自署
事業所(所属)コード	従業員コード	被保険者番号	姓	名				
			● シンジユク	タロウ	① 男	50 10 21	1000	新宿 自署
			● 新宿	太郎	② 女	2 5 5	300	原宿 自署
			● ハラジユク	ハナコ	① 男	60 8 10	300	サン 自署
			● 原宿	花子	② 女			
			● サン	フラワー	① 男			
			● Sun	Flower	② 女			
					① 男			
					② 女			
					① 男			
					② 女			

※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く場合がございます。

ご加入者宛ての通知文書(無配当団体3大疾病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。

無配当団体3大疾病保険企業支援特約の付加日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。
(無配当団体3大疾病保険企業支援特約の受取人は保険契約者とします。)

保険契約内容、提出される本帳票に記載の個人情報の取扱いについて通知を受け、本保険契約の被保険者と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

(25090060) | 892228 | 0100

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、もれなくご記入ください。

管理番号や団体付番で被保険者番号を設定している団体はご記入ください。

黒のボールペンでご記入ください。消えるタイプのペンはご使用いただけません。

訂正例

ご契約者様が、被保険者となる方の健康状態等から告知事項に該当しないことを確認のうえ、「いませ」に○を付けてください。

STEP 2

保険金額はご契約内容をご確認のうえ、もれなく正確にご記入ください。

被保険者ご自身に捺印または自署をいただいでください。