

効力発生日	2024	年	3	月	1	日
申込日(告知日)		年		月		日

契約内容・重要事項(契約概要・注意喚起情報)の内容を了解し、商品内容が自らの意向に合致することを確認し、被保険者の同意を得て下記のとおり加入(変更)を申込みます。また、当保険契約パンフレットに記載の個人情報取扱について受取人とともに了承・同意を得ました。なお、告知内容は事実と相違ないことを確認しました。

証券番号	加入(異動)年月日	ブロックコード	任意コード1	任意コード2
K 07263	5 6 3 1			

事業所コード	所属コード

個人コード

医薬化粧品産業労働組合連合会

死亡保険金受取人が前回と相違するときは上記効力発生日より本申込書にご記入の受取人に変更します。死亡保険金受取人を上記効力発生日前に変更をご希望の場合は団体窓口にお申し出のうえ「死亡保険金受取人変更通知書」で別途手続きください。

告知事項について

次の告知事項・告知内容について、被保険者ご本人が事実をありのまま正確にもれなくご記入ください。  
 ①告知事項「有・無」について、○で囲んでください。  
 ②告知事項「有」の場合は、告知内容をご記入ください。

告知事項

- 告知日から最近3ヵ月以内に、医師の診察・検査・治療(指示・指導を含む)・薬の処方を受けたことはありませんか。
- 告知日から過去1年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことはありませんか。また、告知日から過去1年以内に初診日から最終受診日までが2週間以上の、医師の診察・検査・治療(指示・指導を含む)、または2週間分以上の薬の処方を受けたことはありませんか。
- 手・足の欠損または機能に障がいはありませんか。また、背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしやく機能に障がいはありませんか。

告知内容

氏名( )  
 [病気やけがの名前] ( )  
 [診察・検査・治療・薬の処方を受けた年月または期間] ( )  
 年 月 ~ 年 月  
 [入院のあり・なし および期間] (あり、なし) ( )  
 ありの場合 年 月 ~ 年 月 (約 日間)  
 [手術のあり・なし および手術名・部位] (あり、なし) ( )  
 (手術名・部位) ( )  
 [症状経過・完治年月] ( )  
 完治 終診時期 年 月  
 治療中 治療中の場合、現在の症状・治療内容・処方薬の名称と量 ( )  
 [高血圧症の場合は記入ください。]  
 降圧剤服用の (あり、なし) 服用薬の名称 ( )  
 現在の血圧値 最高 mmHg 最低 mmHg  
 [身体の障がいの原因・部位・状態・固定時期] ( )

ご加入者氏名(フリガナをカタカナでご記入ください)  
 (カタカナ)  
 00  
 ご本人サイン欄(漢字でご記入ください)  
 (漢字)  
 性別 生年月日  
 1. 男性 3. 昭和 年 月 日  
 2. 女性 4. 平成

今回のお申込内容  
 申込区分 保険金額 (○で囲む) 現在の保険金額  
 1. 新規 4. 脱退 3000万円 2500万円 2000万円 1500万円 1000万円  
 2. 増額 5. 継続 500万円 300万円  
 3. 減額  
 死亡保険金受取人(新規加入・受取人変更の場合に記入し、続柄を○で囲んでください)  
 現在は ( )様 です 続柄 (カタカナ)  
 1. 配偶者 4. 祖父母  
 2. 子ども 5. 兄弟姉妹  
 3. 父母 9. その他

申込印兼同意印  
 (印)  
 告知事項  
 (1.有)  
 (0.無)

配偶者氏名(カタカナでご記入ください)  
 (カタカナ)  
 01  
 性別 生年月日  
 1. 男性 3. 昭和 年 月 日  
 2. 女性 4. 平成

申込区分 保険金額 (○で囲む) 現在の保険金額  
 1. 新規 4. 脱退 1000万円 500万円 300万円  
 2. 増額 5. 継続  
 3. 減額  
 死亡保険金受取人(新規加入・受取人変更の場合に記入し、続柄を○で囲んでください)  
 現在は ( )様 です 続柄 (カタカナ)  
 1. 配偶者 4. 祖父母  
 2. 子ども 5. 兄弟姉妹  
 3. 父母 9. その他

申込印兼同意印  
 (印)  
 告知事項  
 (1.有)  
 (0.無)

子ども氏名(カタカナでご記入ください) 性別 生年月日  
 (カタカナ) 1. 男性 4. 平成 年 月 日  
 2. 女性 5. 令和  
 (カタカナ) 1. 男性 4. 平成 年 月 日  
 2. 女性 5. 令和  
 (カタカナ) 1. 男性 4. 平成 年 月 日  
 2. 女性 5. 令和  
 (カタカナ) 1. 男性 4. 平成 年 月 日  
 2. 女性 5. 令和

申込区分 保険金額 (○で囲む) 現在の保険金額  
 1. 新規 4. 脱退 300万円  
 5. 継続  
 1. 新規 4. 脱退 300万円  
 5. 継続  
 1. 新規 4. 脱退 300万円  
 5. 継続  
 1. 新規 4. 脱退 300万円  
 5. 継続

申込印兼同意印  
 (印)  
 告知事項  
 (1.有)  
 (0.無)  
 (印)  
 告知事項  
 (1.有)  
 (0.無)  
 (印)  
 告知事項  
 (1.有)  
 (0.無)  
 (印)  
 告知事項  
 (1.有)  
 (0.無)

氏名( )  
 [病気やけがの名前] ( )  
 [診察・検査・治療・薬の処方を受けた年月または期間] ( )  
 年 月 ~ 年 月  
 [入院のあり・なし および期間] (あり、なし) ( )  
 ありの場合 年 月 ~ 年 月 (約 日間)  
 [手術のあり・なし および手術名・部位] (あり、なし) ( )  
 (手術名・部位) ( )  
 [症状経過・完治年月] ( )  
 完治 終診時期 年 月  
 治療中 治療中の場合、現在の症状・治療内容・処方薬の名称と量 ( )  
 [高血圧症の場合は記入ください。]  
 降圧剤服用の (あり、なし) 服用薬の名称 ( )  
 現在の血圧値 最高 mmHg 最低 mmHg  
 [身体の障がいの原因・部位・状態・固定時期] ( )

本人・配偶者・子どもとも現在の保険金と同額で継続される場合には、ご提出にはおよびません。

2枚目以降にも押印ください。

ご提出用

〈大切なお知らせ〉

- 死亡保険金受取人の指定のない場合は、配偶者・子供・父母・祖父母・兄弟姉妹の順位で死亡保険金受取人とします。
- こどもの死亡保険金受取人は、主たる被保険者（この申込書のご本人欄に記載された加入者）となります。
- 配偶者・こどもの死亡保険金は、主たる被保険者の加入金額を超えることはできません。
- 死亡保険金受取人が前回と相違するときは効力発生日より本申込書にご記入の受取人に変更します。死亡保険金受取人を効力発生日前に変更をご希望の場合は団体窓口にお申し出のうえ「死亡保険金受取人変更通知書」で別途お手続きください。
- 前年度ご加入の場合で申込区分および保険金額のご記入がない場合は継続としてお取扱いします。
- 今年度保険金額をご指定いただいた場合、申込区分にかかわらずご指定の保険金額に変更いたします。
- 死亡保険金受取人を複数指定される場合は、すべての死亡保険金受取人の続柄を死亡保険金受取人名の横に併記願います。続柄については続柄欄に記載の数字にて指定してください。なお、続柄の記入が1つしかない場合はすべての死亡保険金受取人を同一の続柄としてお取扱いします。

55002744-E1 04.11. 20,000 N01450-2

TF-PGS

TF 97

TF-PGS

TF 36

得意先	担当営業	検査機校正	第三校正	第二校正	第一校正

00920JY6 1B  
太陽生命保険  
(新)団体定期保険加入申込書(ゼロックス)提出 55002744E1  
2022.12.02 ウエダ (Ver.6.0)