

異動コード 59086	団体番号 000259-3
保険契約者(団体名)	日本税理士共済会
結合番号 00001	
所属番号	
個人番号	
被保険者(職員)番号	

様

(団体定期保険)

加入日 (効力開始日) 2012年 8月 5日

申込日 (告知日) 必ずご記入ください 20 年 月 日

保険契約者

日本税理士共済会

印 (お届け印)

下記の者が加入資格を有することを確認しました。

申込締切日は平成24年5月10日となります。

私は裏面の「被保険者同意事項」を確認し、また、告知欄の内容が事実と相違ないことを誓約のうえ、この保険契約への加入を申し込みます。

受取人続柄コード... 1:配偶者 2:子ども 3:父母 4:祖父母 5:兄弟姉妹 6:雇主 7:その他

被保険者名	被保険者押印欄	追加告知	性別	生年月日	現在のご加入内容	団体定期保険		死亡保険金受取人名 (必ずご記入ください)	続柄	続柄コード
						申込区分	保険金額			
フリガナを記入してください	印	該当する	①女	昭和 平成	加入する	2500	500	フリガナを記入してください		
			①男			2000	300			
						1500	200			
						1000	130			

以下の会員情報を必ずご記入ください。

所属会名	税理士会	支部
税理士登録番号		
フリガナ		
税理士名		印
生命保険料控除証明書の要否	要 不要	(いずれかを○で囲んでください。)
書類送付先	〒	
	□事務所	
	□自宅	
TEL:	()	

新規加入・増額の方で、告知事項1. 2. 3. にひとつでも該当するときは、追加告知欄に○印をつけ、別送の被保険者告知書に詳細をご記入のうえ提出してください。

私は告知事項1. 2. 3. のいずれにも該当しません。該当する場合は追加告知欄に記入します。

告知事項

- 告知日から過去3ヵ月以内に、医師・歯科医師の治療(指示・指導を含む)・薬の処方を受けたことがある。(※虫歯は除く)
- 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がある。(※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除く)
- 告知日から過去1年以内に、病気やけがで2週間以上の期間にわたる医師・歯科医師の治療(指示・指導を含む)、あるいは2週間分以上の薬の処方を受けたことがある。(※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除く)

ご記入にあたってご留意いただきたい事項

- 1~3欄の申込書太枠部分に必要事項をもちろにご記入ください。
- 6欄は、申し込まれる区分・金額を○で囲んでください。
- 赤字されている項目に変更・誤りがあるときは、二重線で消したうえ枠内余白に記入し、訂正印を押印してください。なお、訂正印は被保険者押印欄に押印の印鑑をご使用ください。
- 加入資格のない方は、加入・継続できません。
- 告知内容が事実と相違している場合、ご契約の継続や保険金・給付金のお支払いができないことがありますので、告知事項は被保険者ご自身が確認してください。
- 死亡保険金受取人が前回と相違するときは通知・配布された説明資料(以下、「説明資料」)に記載の責任開始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説明資料に記載の責任開始日より前に変更したい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。

裏面「被保険者同意事項」を必ずお読みいただき、内容を確認・ご了解のうえお申し込みください。

お申込み・お問合わせ先
日本税理士共済会

〒141-0032 東京都品川区大崎1-11-8 日本税理士会館5F
TEL. 03-5740-0321(代) FAX. 03-5740-0323

(0341)

三井生命使用欄

200 208

R971357-00-RS000001-000001 A

被保険者同意事項

新規加入・増額のお申し込み手続きにあたっては、次の「被保険者同意事項」を必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえお申し込みください。

- ・本帳票の記載内容は事実と相違ないことを誓約します。
- ・通知・配布された説明資料（以下、「説明資料」）により、保障内容等が意向に沿っていることを確認しました。
- ・説明資料により契約内容および告知に関する重要事項や注意喚起情報等を確認し同意します。
- ・個人情報の取扱いについて説明資料の記載内容を指定受取人とともに確認し同意します。