

2022年度 選べる「医療保障」マイセレクト申込書兼告知書

大樹生命提出用

1 異動コード 5 6 団体番号 12
59089 300240-3

保険契約者(団体名)	日本税理士共済会		
13 結合番号	17		
00000			
34 所属番号	43	44	83
84 個人番号	93		
被保険者(職員)番号	様		
94	103		

私は裏面「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。

(無配当医療保障保険(団体型))

加入日 (効力開始日)	18 25 2022年 8月 5日	1 申込日 (告知日) 必ずご記入 ください	26 33 20 年 月 日
----------------	----------------------	---------------------------------	-------------------

保険契約者	日本税理士共済会 印	
下記の者が加入資格を有することを確認しました。		
(お届け印)		

申込締切日は2022年5月10日となります。

以下のプランの合算で本人4口以下、配偶者3口以下となるように○で囲んでください。
★基本保障プラン
★生活習慣病重点保障プラン
★ガン・女性疾病重点保障プラン
入院給付金日額・・・1口当たり5,000円

家族区分	被保険者名	被保険者押印欄	追加告知	性別	生年月日	基本保障プラン	オプション保障プラン					死亡保険金受取人名	続柄名	続柄コード																				
							生活習慣病重点保障	ガン・女性疾病重点保障	疾病障害一時金保障	介護一時金保障	傷害保障				受取人数																			
本人	フリガナを記入してください	印	該当する	女	昭和 平成	3口 2口 1口	1口	1口	3口 2口 1口	3口 2口 1口	3口 2口 1口	フリガナを記入してください		202																				
配偶者	フリガナを記入してください	印	該当する	男	昭和 平成	2口 1口	1口	1口	3口 2口 1口	3口 2口 1口	3口 2口 1口	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 ※配偶者は本人を上回る口数を選択できません。 ※加入者全員に死亡保険金100万円が付加されています。 ※配偶者・子どもの死亡保険金受取人は、本人となります。																						
子ども1	フリガナを記入してください	印	該当する	男	平成 令和	1口	8 以下の会員情報を必ずご記入願います。																											
子ども2	フリガナを記入してください	印	該当する	男	平成 令和	1口	<table border="1"> <tr> <td>所属会名</td> <td>税理士会</td> <td>支部</td> </tr> <tr> <td>税理士登録番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>税理士名</td> <td colspan="2">印</td> </tr> <tr> <td>生命保険料控除証明書の要否</td> <td colspan="2">要 ・ 不要 (いずれかを○で囲んでください。)</td> </tr> <tr> <td>書類送付先 <input type="checkbox"/>事務所 <input type="checkbox"/>自宅</td> <td colspan="2">〒 ()</td> </tr> <tr> <td>TEL:</td> <td colspan="2">()</td> </tr> </table>					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 <input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 ()		TEL:	()			
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 <input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 ()																																	
TEL:	()																																	
子ども3	フリガナを記入してください	印	該当する	男	平成 令和	1口																												

本人の医療保険制度 391

- 医療保険制度...1:組合保険 2:協会けんぽ 3:国民健康
4:国民健康(退職者) 5:共済組合
6:船員保険 7:後期高齢者医療制度

裏面告知欄をご確認ください。告知事項1, 2, 3, 4, 5. にひとつでも該当するときは追加告知欄に○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。

9 本人の代理請求人について
ご指定される場合、氏名(カタカナ)・続柄をご記入ください。また、続柄コードは以下の番号より選択ください。
1:配偶者 2:子ども 3:父母 4:祖父母 5:兄弟姉妹
代理請求人指定可能な特約に申し込みのない場合、代理請求人の指定は無効です。

本人の代理請求人氏名 (カタカナでご記入ください)	続柄名	続柄コード
392 416		417

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・ご了承のうえお申し込みください。

治療給付率 : 0%
給付金受取人 : 主契約の被保険者様

保険会社使用欄
418 427

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に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および代理請求人とともに確認し同意します。
- ・医療保障保険契約内容登録制度に基づく個人情報の取扱いについて、詳細を説明資料で確認し同意します。

告知欄

新規加入・増額(配偶者・子どもを含む)の方で、告知事項1. 2. 3. 4. 5. にひとつでも該当するときは、申込書表面の **4** 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1.2.3.4.5.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

1. 告知日から過去3ヵ月以内に、医師・歯科医師の検査・治療(指示・指導を含む)・薬の処方を受けたことがある。または、経過観察中である。(虫歯は除く)
2. 告知日から過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたことがある。
3. 告知日から過去5年以内に、病気やけがで7日間以上の期間にわたる医師・歯科医師の検査・治療(指示・指導を含む)、あるいは7日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・カテーテル術を含む、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除く)
4. 下記の病気で告知日から過去5年以内に、医師・歯科医師の検査・治療(指示・指導を含む)・薬の処方を受けたことがある。
＜がん・肉腫・白血病・腫瘍・ポリープ・リンパ腫・異型上皮・潰瘍性大腸炎・肝炎・肝硬変・膝炎・腎炎・ネフローゼ・腎不全・子宮筋腫・狭心症・心筋梗塞・心臓弁膜症・先天性心疾患・心筋症・脳卒中(脳出血・脳梗塞・くも膜下出血)・不整脈・てんかん・糖尿病・高血圧症・こうげん病(リウマチ等)・貧血・甲状腺の病気・変形性関節症・乳腺症・子宮内膜症・卵巣のうしゅ＞
5. 告知日現在、聴力・言語・物をかんだり飲む機能が障がいがある。または、手・足・指の欠損や運動・機能障がいがある。

ご記入にあたってご留意いただきたい事項

- ・オモテ面 **1** ～ **9** 欄の申込書太枠部分に必要な事項をもれなくご記入ください。
- ・オモテ面 **4** 欄 … 告知内容が事実に相違している場合、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。
- ・オモテ面 **6** 欄 … 申し込まれる区分・口数を○で囲んでください。また、子どもを加入させる場合は、本人が扶養する加入年齢範囲の者全員を同一の口数でご記入ください。
- ・印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。(例)配偶者に関する項目を訂正する場合は、配偶者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。
- ・死亡保険金受取人が前回と相違するときには通知・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。

代理請求人について

- ・代理請求人とは
本人(家族区分の本人)が、給付金をご請求できない特別な事情がある場合、ご加入時にあらかじめ指定した「代理請求人」が本人の代理人として給付金をご請求することができます。
(注)代理請求ができるお支払いは、所定の特約に限られます。
詳しくは募集時に通知・配布された説明資料にてご確認ください。
- ・代理請求人として指定できるのは次のいずれかの方です。
 1. 請求時において本人と同居し、または、生計を一にしている本人の戸籍上の配偶者
 2. 請求時において本人と同居し、または、生計を一にしている本人の3親等内の親族(注)指定された代理請求人がご請求時に上記の要件に該当しない場合、指定は無効となります。また、ご加入時に指定した代理請求人は、変更することができます。

この契約に付加される特約

この契約には次の契約単位特約が一律付加されています。

家族特約
長期入院特約IV型
生活習慣病長期入院特約IV型
ガン長期入院特約IV型
女性疾病長期入院特約IV型
短期入院特約
生活習慣病短期入院特約
ガン短期入院特約
女性疾病短期入院特約
手術給付特約
生活習慣病手術給付特約
ガン手術給付特約
女性疾病手術給付特約

この契約には次の加入者単位特約が付加されています。

生活習慣病入院特約
ガン入院特約
女性疾病入院特約
三大疾病診断給付特約
ガン診断給付特約
介護給付特約
傷害特約
疾病障害特約