

●加入資格

〈本人(税理士・専従者・職員)、
配偶者、子ども)を確認のうえ、
ご記入ください。

申込書記入例

※負担金裏面参照

〈新規加入・更新者の共用の記入例となっておりますのでご了承ください。〉

必ず記入してください。

E01006 大樹生命保険株式会社 宛

1 異動コード	5 59089	6 団体番号	12 300240-3
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	102 様

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。

2022年度 選べる「医療保障」マイセレクト申込書兼告知書

(無該当医療保障保険(団体型))

加入日 (効力開始日)	18 2022年 8月 5日	25 1 26 27 28 29 30 31 32 33	34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
申込日 (告知日) 必ずご記入 ください	20 22 4 15	年 月 日	

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

大樹生命提出用

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2022年5月10日となります。

フリガナを確認または
記入のうえ、漢字名を
記入してください。

性別、生年月日を確認
または記入してくだ
さい。

必ず被保険者様ごと
に押印してください
(姓のみのご印鑑で
あれば同一印で構い
ません)。
なお、ご本人様に変
更がない場合でも配
偶者・子どものいず
れかに変更がある場
合にはご本人様の押
印が必要です。

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			
本人	タイジュ タロウ 大樹 太郎		該当する	男	51年6月25日	3口 2口 1口	1口 1口 3口 3口 3口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口	フリガナを記入してください、201		202
配偶者	タイジュ ハナコ 大樹 花子		該当する	女	53年7月21日	2口 1口	1口 1口 3口 3口 3口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口	受取人数欄・・・1:配偶者 2:子ども 3:父母 4:祖父母 5:兄弟姉妹		203	
子ども	タイジュ モモコ 大樹 桃子		該当する	女	21年2月5日	1口	1口 1口 3口 3口 3口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口	※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。		204	
子ども	フリガナを記入してください		該当する	男	年 月 日	1口	1口 1口 3口 3口 3口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口			205	
子ども	フリガナを記入してください		該当する	女	年 月 日	1口	1口 1口 3口 3口 3口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口	1口 1口 1口 1口 1口			206	

ご指定がない場合は
約款に基づきます。

必ず押印してください。

以下の会員情報を必ずご記入願います。

所属会名	東京 税理士会	品川 支部
税理士登録番号	999999	
フリガナ	タイジュ タロウ	
税理士名	大樹 太郎	
生命保険料控除証明書の要否	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	〒141-0032 品川区大崎1-11-8 大樹会計事務所 TEL: 03 (5740) 0321	

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

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、別添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) 続柄コード
392 416 47

〈新規加入・増額の方〉
申込書裏面の「告知欄」をお読みのうえ、追加告知がある場合のみ追加告知欄に○をつけてください。追って別紙「被保険者告知書」を送付いたしますので詳細事項をご記入のうえ提出してください。

加入口数を○で囲んでください。「オプション保障」のみのご加入はできません。

申込書は3枚複写と単票があります。3枚複写のものは3枚目の「ご本人控」をお手元に残し、1、2枚目(2枚とも押印要)を日本税理士共済会へご提出ください。