●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 6 団体番号 12
59089 300240-3

13 結合番号	17	
34 所属番号	43	44 83
84 個人番号	93	
94 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。

2025年度 選べる「医療保障」マイセレクト申込書兼告知書

(無配当医療保障保険(団体型))

加入日 (効力開始日)	18 25 1	2025年 8月 5日	申込日 (告知日) 必ずご記入 ください	20 25 4 15	20 年 25 月 4 日 15 時
----------------	---------	-------------	-------------------------------	------------	--------------------

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

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)		

大樹生命提出用

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	フリガナを記入してください タイジュ タロウ 大樹 太郎		該当する	①男	54年 6月 25日	3口 2口 1口	☐ ☐ ☐	フリガナを記入してください、201		202				
配偶者	フリガナを記入してください タイジュ ハナコ 大樹 花子		該当する	①女	56年 7月 21日	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		203				
子ども	フリガナを記入してください タイジュ モモコ 大樹 桃子		該当する	①女	24年 2月 5日	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

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	☐ 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	〒141-0032 品川区大崎1-11-8 大樹会計事務所 TEL: 03 (5740) 0321	

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。

本人の指定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
上記以外の続柄の方をご指定される場合、別紙指定代理請求人変更通知書をご提出ください。
本人の指定代理請求人氏名(カタカナでご入力ください)

392	416	417
-----	-----	-----

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

〈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。

保険会社使用欄
418 427
団-2024-8

選べる「医療保障」マイセレクト 負担金表 (払込金額 3カ月分)

本人・配偶者	基本保障			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		疾病障害一時金 保障プラン			介護一時金 保障プラン			傷害保障プラン		
	1口	2口	3口	1口	男性1口	女性1口	1口	2口	3口	1口	2口	3口	1口	2口	3口
15歳～19歳 <small>(平成18年2月6日～平成22年8月5日)</small>	4,455	6,840	9,225	450	255	980	30	60	90	30	60	90	120	240	360
20歳～24歳 <small>(平成13年2月6日～平成18年2月5日)</small>	5,310	8,550	11,790	450	255	1,455	30	60	90	30	60	90			
25歳～29歳 <small>(平成8年2月6日～平成13年2月5日)</small>	5,720	9,400	13,080	540	315	1,770	30	60	90	30	60	90			
30歳～34歳 <small>(平成3年2月6日～平成8年2月5日)</small>	5,990	9,940	13,890	825	420	1,825	60	120	180	30	60	90			
35歳～39歳 <small>(昭和61年2月6日～平成3年2月5日)</small>	6,245	10,390	14,535	1,335	615	1,905	60	120	180	30	60	90			
40歳～44歳 <small>(昭和56年2月6日～昭和61年2月5日)</small>	6,925	11,630	16,335	2,040	935	2,180	120	240	360	60	120	180			
45歳～49歳 <small>(昭和51年2月6日～昭和56年2月5日)</small>	7,975	13,530	19,085	3,165	1,470	2,765	180	360	540	150	300	450			
50歳～54歳 <small>(昭和46年2月6日～昭和51年2月5日)</small>	9,745	16,800	23,855	4,620	2,205	3,390	270	540	810	360	720	1,080			
55歳～59歳 <small>(昭和41年2月6日～昭和46年2月5日)</small>	12,150	21,040	29,930	6,940	3,285	4,365	480	960	1,440	560	1,120	1,680			
60歳～64歳 <small>(昭和36年2月6日～昭和41年2月5日)</small>	16,240	28,450	40,660	10,740	5,050	5,870	920	1,840	2,760	920	1,840	2,760			
65歳～69歳 <small>(昭和31年2月6日～昭和36年2月5日)</small>	23,095	40,970	58,845	15,935	7,355	8,035	1,750	3,500	5,250	1,600	3,200	4,800			
70歳～74歳 <small>(昭和26年2月6日～昭和31年2月5日)</small>	33,325	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

子ども	基本保障 1口
0歳～22歳 <small>(平成15年2月6日～)</small>	2,775

- 上記表の基本保障(本人・配偶者のみ)には、加入者1人あたり1,890円(3カ月分)の制度運営費を加算しております。
- 保険年齢70歳～74歳の方は、基本保障1口のみご加入いただけます。(新規加入は69歳までとなります。)

私のプラン	基本保障	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	疾病障害一時金 保障プラン	介護一時金保障プラン	傷害保障プラン	
	口	円	口	円	口	円	口