

1 異動コード 58860 5 6 団体番号 008716-5 12

保険契約者(団体名)	日本税理士共済会	
13 結合番号 00000	17 所属会名 税理士会	
34 事業所番号 *****	43 支部名 支部	
44 所属番号	53	93
54		
94 被保険者(職員)番号	103 税理士登録番号	

(団体定期保険)

申込締切日	2025年3月31日	1 申込日 (告知日) 必ずご記入 ください	26 20 年 月 日 33
加入日 (効力開始日)	2025年6月1日	25	

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)

通信先住所 事務所 自宅

〒

TEL ()

◇太枠部分に必要な事項をご記入・押印ください。

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。

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	団体定期保険							
						申込区分	保険金額						
104 本人	105 フリガナを記入してください カナ 漢字	129 印	130 該当する ①	131 ①女 ①男	132 ③昭和 ④平成 年 月 日	138 ① 加入する	139	140 2000 1500 1000 500	144 万円	145	169	170	171
172 配偶者	173 フリガナを記入してください カナ 漢字	197 印	198 該当する ①	199 ①女 ①男	200 ③昭和 ④平成 年 月 日	206 ① 加入する	207	208 1000 400 800 300 700 200 600 100 500	212 万円	213	237	238	239

4 新規加入(配偶者を含む)の方で、告知事項1.2.3.にひとつでも該当する時は、追加告知欄に○印をつけてください。
申込書受付後に「被保険者告知書」を送付いたしますので、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◇

- 申込書太枠部分に必要な事項をもちろご記入のうえ押印ください。姓のみのご印鑑であれば本人と配偶者の印鑑は同一印で構いません。
- ご記入内容を訂正するときは、訂正箇所を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。(注) 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・記入してください。

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・ご了承のうえお申し込みください。

団体定期保険に付加される特約

大樹生命使用欄

240

249

被保険者同意事項

新規加入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・ご了承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確認し同意します。