

平成 23 年度「おしどり保障」中途加入申込書

三井生命提出用

1 異動コード 5 6 団体番号 12
58860 008716-5

(団体定期保険)

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

申込締切日	2012年4月6日	1 申込日(告知日)	26 20 年 月 日	33
加入日(効力開始日)	2012年6月1日	25 必ずご記入ください		

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。

保険期間は平成 24 年 6 月 1 日から 6 か月です。

申込締切日は平成 24 年 4 月 6 日となります。

私は以下の「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…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

家族区分	2	被保険者名	3	4	5	性別	生年月日	6 団体定期保険		7	死亡保険金受取人名	続柄	受取人続	現在のご加入内容	
								申込区分	保険金額						
本人	104	フリガナを記入してください	129	130	131	132	138 139	140	144 145	144 145	フリガナを記入してください	169	170	171	万円
	0	カナ 漢字	印	該当する ①	①女 ①男	③昭和 ④平成 年 月 日	① 加入・変更 ② 脱退 ③ 同額継続	1500 1000 500	万円	カナ 漢字					
配偶者	172	フリガナを記入してください	197	198	199	200	206 207	208	212 213	212 213	フリガナを記入してください	237	238	239	万円
	1	カナ 漢字	印	該当する ①	①女 ①男	③昭和 ④平成 年 月 日	① 加入・変更 ② 脱退 ③ 同額継続	500 100 400 300 200	万円	カナ 漢字					

3 新規加入・増額のお申し込み手続きにあたっては、以下の「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。

被保険者同意事項

- 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。

団体定期保険に付加される特約

4 新規加入・増額(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、別紙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。

告知事項

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。

- 告知日から過去 3 か月以内に、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)

三井生命使用欄

240 249

(0341)

R971433-00-RS018951-003791 B1