

3大疾病保障共済制度 加入申込書〈個人型〉

住友生命保険相互会社 御中

証券番号 **564000520** 収納番号 **0000001**

契約者

以下の者について、加入資格があることを確認し、下記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。

日本税協連福祉会



会員事務所名	代表者の所属する 税協名・府県名	税理士協同組合 (連合会)	都・道 府・県
代表者名	代表者税理士 登録番号		

(右づめでご記入ください)

1

告知事項のすべてに該当しない場合のみお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、**2** 申込内容の告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらず加入された場合には、「告知義務違反」として保険金のお支払いができないことがあります。

告知事項

A 申込日(告知日)までに、がんまたは上皮内がん*1と診断されたことがありますか。

B 申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。

C 申込日(告知日)から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「2週間以上にわたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたこと」のいずれかがありますか。

D 申込日(告知日)から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。
※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

別表	心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症*2
	脳	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)
	肺・気管支	慢性気管支炎・肺気腫・慢性閉塞性肺疾患
	胃腸	かいよう性大腸炎・クローン病
	肝臓・すい臓	肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障がい・すい炎
	腎臓	腎炎・ネフローゼ・腎不全・のう胞腎・人工透析
	しゅよう	しゅよう(良性腫瘍を含む)・ポリープ
	右記の病気	糖尿病*3・リウマチ・こうげん病・紫斑病

※1 がんには、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄異形成症候群、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ボーエン病、パジェット病を含みます。
上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮内にとどまっている状態を指し、子宮頸部・陰部・外陰部・肛門部の中程度または高度異形成を含みます。

※2 高血圧症については、直近の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。

※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「HbA1c(NGSP)が6.5%以上」「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

必ずご記入ください。

2 申込日(告知日) (和暦) 年 月 日 ご加入年月 (和暦) 年 月

加入案内用資料に記載された重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容を了解し、申込内容が自らの意向(二一ス)に沿ったものであることを確認のうえ、契約者あてに下記のとおり申し込みます。また下記の「個人情報のお取り扱いについて」の内容についても同意します。

申込内容

所属コード(11桁)	個人コード(11桁)		
被保険者名(カタカナでご記入ください)	性別	生年月日	保険金額
セイ(姓) メイ(名)	男(昭利) 女(平成)	年 月 日	1000万円 700万円 500万円 300万円 200万円 100万円
被保険者名(カタカナでご記入ください)	性別	生年月日	保険金額
セイ(姓) メイ(名)	男(昭利) 女(平成)	年 月 日	500万円 300万円 200万円 100万円

告知欄 ご本人自署(漢字フルネーム)

告知事項に該当しますか。 必ずご記入ください。

すべていいえ

告知欄 配偶者自署(漢字フルネーム)

告知事項に該当しますか。 ご加入の場合、配偶者が自署してください。

すべていいえ

取扱会社使用欄

生保	住友	コード	(20)
支社		コード	()
支部		コード	()
担当者		コード	()

ご連絡事項

*保険金受取人は、被保険者ご自身となります。申込日(告知日)は必ずご記入ください。訂正する際は、訂正箇所(=)を二重線(=)を引き、訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印を押印してください。訂正署名は、該当者ご自身の名前をご記入ください。告知事項に該当された方は申し込みません。

【個人情報のお取り扱いについて】

この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱生命保険会社および再保険会社(上記目的の範囲内)で提供します。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

住友生命使用欄



加入申込書の記入要領

記入事項を訂正または抹消される時は、= (二重線) を引いて、訂正署名 (漢字フルネーム) または訂正印を押印してください。

告知についての注意事項

告知事項のすべてに該当しない場合のみ、お申し込みいただけます。

以下をご確認のうえ、告知事項のすべてに該当しない場合には、告知事項に対する回答として告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。

①「検査」とは

医師の指示による検査を行った場合、該当となります。健康診断・がん検診・人間ドック・妊婦健診等の定期健診につきましては、「(医師の)検査」には含みません。

②「2週間以上」とは

以下の例に該当する場合など、一連の病気で医師の診察・検査・治療・投薬をうけ、転医・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間で、医師の管理下にあった期間をいいます。(実際の診療日数ではありません。)

【例】・受診は2日であっても、その間が2週間以上の場合
・1回の受診で2週間以上の投薬をうけた場合

一旦加入すれば、その後告知事項に該当しても同額もしくはそれ以下の保険金額で継続加入できます。

会員事務所名・代表者名・会員事務所 (代表者) 印 必ず記入・押印してください。

申込日 (告知日) 実際に申込書を記入した日 (告知事項を確認した日) をご記入ください。

所属コード・個人コード 生命共済制度に既に加入済の方は、所属コード・個人コードを被保険者名簿より転記ください。生命共済制度に未加入の場合は空白で結構です。

被保険者名 カタカナでご記入ください。 ※「エ・コ・ユ」「シ・ツ」「ア・マ」「ク・ワ」「ソ・リ・ン」はわかりやすくご記入ください。

保険金額 ご希望の保険金額を○で囲んでください。

3大疾病保障共済制度 加入申込書 (個人型)

日本税協連福祉会

住友生命保険相互会社 御中

証券番号 564000520 収納番号 0000001

告知事項のすべてに該当しない場合のみお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、**2** 申込内容の告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらずご加入された場合には、「告知義務違反」として保険金のお支払いができなくなります。

別表	別表	別表
A 申込日 (告知日) までに、がんまたは上皮内がん ^{※1} と診断されたことがありますか。 B 申込日 (告知日) から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。 C 申込日 (告知日) から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「2週間以上わたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたこと」のいずれかがありますか。 D 申込日 (告知日) から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。 ※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしとされた方」または「別表の病気で「該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。	心臓・血管 狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症 ^{※2} 脳 脳卒中 (脳出血・脳こうそく・くも膜下出血) 肺・気管支 慢性気管支炎・肺気腫・慢性閉塞性肺疾患 腎臓 がんによる大腸炎・クローン病 肝臓・すい臓 肝炎 (肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害 (いずれも) 腎臓 腎炎・ネフローゼ・腎不全のうろ膈腎・人工透析 しゅよう しゅよう (良性腫瘍を含む)・ポリープ 右記の病気 糖尿病 ^{※3} ・リウマチ・こうげん病・紫斑病	※1 がんには、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄形成症候群、カルチノイド、悪性GIST (消化管間質腫瘍)、ポリープ、バジレット病を含みます。 上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮にとどまっている状態を指し、子宮頸部・膣部・外陰部・肛門部の中程度または高度異形成を含みます。 ※2 高血圧症については、直近の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。 ※3 糖尿病については、「インスリンを使用」[HbA1c (NGSP)] が6.5%以上「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

2 申込日 (告知日) 令和〇〇年〇月〇日 加入年月 (和暦) 令和〇〇年〇月〇日

加入案内資料に記載された重要な事項 (契約概要・注意喚起情報) の内容を了解し、申込内容が自分の意向 (ニーズ) に沿ったものであることを確認のうえ、契約者あてに下記のとおり申し込みます。他の「個人情報のお取扱いについて」の内容についても同意します。

4 所属コード (11桁) 01234567890 個人コード (11桁) 01234567890

5 被保険者名 (カタカナでご記入ください) 性別 生年月日 保険金額

セイ (姓) メイ (名) 昭和 平成 令和

スミセイ タロウ 54年1月15日 1000万円 (500万円) (300万円) (200万円) (100万円)

告知事項に該当しますか? (すべていいえ)

6 告知欄 配偶者自署 (漢字フルネーム) 住生太郎

セイ (姓) メイ (名) 昭和 平成 令和

スミセイ ハナコ 56年8月2日 300万円 (200万円) (100万円)

告知事項に該当しますか? (すべていいえ)

告知欄 配偶者自署 (漢字フルネーム) 住生花子

取寄せ使用欄

生保 住友 (コード 20)

支社 (コード)

支部 (コード)

担当者 (コード)

住友生命使用欄

点検印 インプリント 受付印

法人サービス室 2020.8 保存中

告知事項

※保険金受取人は、被保険者ご自身となります。申込日 (告知日) は必ずご記入ください。訂正する際は、訂正欄所に二重線 (=) を引き、訂正署名 (漢字フルネーム) または訂正印を押印してください。訂正署名は、該当者ご自身の名前をご記入ください。告知事項に該当された方は申し込みません。

【個人情報のお取扱いについて】

この保険の運営に当たっては、団体は、加入対象者 (被保険者) の個人情報 (氏名、性別、生年月日、健康状態等) および変更人の氏名・続柄を団体 (契約者) が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内、提供 (関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取組生命保険会社および再保険会社へ上記目的の範囲内で提供します。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。(注) 保健医療等の機微 (センシティブ) 情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

7 自署 漢字フルネームでご署名ください。配偶者は、ご加入の手続きを行う場合にご署名ください。 ※ご本人と配偶者が同一筆跡の場合など、代筆が考えられる場合には、確認させていただくことがあります。

3大疾病保険金をお支払いできない場合

- ・がん (悪性新生物) による3大疾病保険金のお支払いは、加入日から90日経過した後に、生まれて初めて所定のがんと診断された場合に限りです。加入日から90日以内に診断された場合や生まれて初めての所定のがんでない場合、お支払いの対象とはなりません (この場合、お申し出により契約を無効とできることがあります)。
- ・急性心筋梗塞・脳卒中による3大疾病保険金のお支払いは、所定の支払事由の原因となる疾病が加入日以後に生じた場合に限りです。原因となる疾病が加入日より前に生じていた場合は、お支払いの対象とはなりません。

(※) 急性心筋梗塞・脳卒中の場合

