

# 加入手続き

加入申込書はP.13の用紙をコピーの上で使用ください。

○加入月の前月10日迄に日本税協連福祉会事務局に書類が届くようにお手続きください。5月(更新月)の締切日は、令和5年3月31日です。

## 加入申込書の記入要領

- ・下記の記入要領をご参照のうえ、楷書でもれなくご記入ください。
- ・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」には含まれません。

#### 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中、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

1 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。

2 会員事務所名・代表者名・会員事務所(代表者)印 必ずご記入・押印ください。

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

4 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。

5 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。

6 主契約保険金額 ご希望の保険金額を○で囲んでください。

### 加入申込書ご記入例

住友生命保険相互会社 行

保険料番号 564000520 契約者番号 0000001

日本税協連福祉会様

加入申込書 564000520 0000001

---

**1** 告知事項

A 申込日(告知日)までに、がんまたは上段内がん\*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、別業の病気で、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、別業の病気で、「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、異常検査・精密検査・再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「別業の病気に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

**2** 既往歴

心臓・血管 狭心症・心筋梗塞・心不全・心臓病・不整脈・高血圧症\*

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・肺炎・慢性閉塞性肺疾患

別業 がん(よう性大腸がん・胃がん)

腎臓 腎臓病(腎臓不全・腎臓病)

肝臓・すい臓 肝臓(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・胆膵臓病(すい臓炎)

腎臓病 腎臓病(腎臓不全・腎臓病)

しんじょう しゃくじょう(良性腫瘍を含む)・ポリープ

その他の病歴 糖尿病\*・リウマチ・こうげんがん・腎臓病

**3** 告知事項

※1 がんは、白血球、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄腫形成腫瘍、ホルモノイド、悪性GIST(消化管腫瘍)、ボーンメタスタシス、パピラリー癌を含みます。  
上段内がんは、がん細胞が腸管の粘膜に付着している上段内にとどまっている状態を指し、下段内がんは、がん細胞が腸管の粘膜から腸管腔内に脱落した状態を指します。

※2 高血圧症については、直近の検査値の血圧値が最大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。

---

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

**5** 被保険者名(カタカナで記入ください) 性別 生年月日 保険金額

セイ(姓)	メイ(名)	性別	生年月日	保険金額
スミセイ	タロウ	男	54年1月15日	1,000万円 500万円 300万円 200万円 100万円

**6** 告知事項

告知事項に該当します。すべていいえ

**7** 自署(漢字フルネーム)

お加入の手続きを行う場合は、必ずご記入ください。

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。すべていいえ

住生太郎 住生花子

---

**8** 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。  
訂正する時は、訂正箇所を二重線(=)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。  
訂正署名は、該当者が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。

**9** 告知事項

【個人情報のお取扱いについて】  
この保険の契約に当たっては、団体が、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)および加入者の氏名、健康状態(告知事項)が関係会社へ提供され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、各種契約の履行(給付、継続管理、保険金、給付金の支払い、各種商品・サービスの案内、提供(関連会社、提携会社を含む)、その他保険に関連する業務のために利用し、また、団体、他の生命保険会社生命保険会社及び再保険会社へ上記の個人情報を提供いたします。  
なお、団体は、この告知事項に準じて入手する個人情報を、この告知事項に準じて使用いたしません。  
また、今後、個人情報に実害が生じた際には、それ以上に上記の個人情報を取り扱いません。  
【注】保険契約書の裏面(センシティブ)欄については、保険業務の遂行により、業務の遂行に必要な場合と認められる目的で利用目的が設定されています。

### 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、生まれて初めて所定のがんと診断された場合に限り、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、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

加入日

お支払い対象 ○ 疾病の発生 → 所定の支払事由に該当

お支払い対象外 × 疾病の発生 → 所定の支払事由に該当

- 12 -

# 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 行

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。  
**日本税協連福祉会様**

会員事務所名	様	代表者の所属する 税協名・府県名	税理士協同組合	都道府県
代表者名	様 (印)	代表者税理士 登録番号		
保険の ご担当者名	□ 上記代表者 / □ 上記以外： 様			

**1** **ご加入のお申込みの場合は必ずご確認ください。**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いことがあります。

<b>告知事項</b>	<b>A</b> 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>別表</b>	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	※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)、ポーエン病、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内にとどまっている状態を指し、子宮頸部・膣部・外陰部・肛門部の中等度または高度異形成を含みます。 ※2 高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大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。
	<b>B</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。		脳	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)	
	<b>C</b> 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。		肺・気管支	慢性気管支炎・肺炎腫・慢性閉塞性肺疾患	
	<b>D</b> 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。		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・肝機能障害がい・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			
	右記の病名	糖尿病*3・リウマチ・こうげん病・紫斑病			

必ずご記入ください。 毎月10日締切→翌月1日加入

**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(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。また下記の「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。

ご本人	所属コード(11桁)		個人コード(11桁)		告知欄	ご本人自署(漢字フルネーム)
	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		
00	セイ(姓)	メイ(名)	男	昭和/平成	告知事項に該当しますか。 すべていいえ	様
	年 月 日	(1000万円) (700万円) (500万円) (300万円) (200万円) (100万円)				
10	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	告知事項に該当しますか。 すべていいえ	様
	セイ(姓)	メイ(名)	男	昭和/平成		
	年 月 日	(500万円) (300万円) (200万円) (100万円)				

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、訂正箇所にご二重線(=)を引き、訂正署名(漢字フルネーム)または訂正印を押印ください。訂正署名は、該当者を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に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

点検印  インプット印  受付印

法人サービス室 R5.1 保存の