

北海道医師会グループ保険 加入申込書兼告知書

こども特約付団体定期保険

SI

一般社団法人 北海道医師会 御中

申込締切日	20 年 月 日
効力発効日 (加入日)	20 年 月 日

団体名 一般社団法人 北海道医師会

新規加入の場合払込方法をご指定ください。

1 国民健康保険診療報酬より引去り

2 預金口座振替

※選択される番号に○印をしてください。

証券(事業所)番号	5 21004495 12
被保険者番号	35 医籍番号 44

※お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。

申し込み時における告知・確認事項

私(本人・配偶者・子ども)は、申込日(告知日)現在、記載の告知内容および以下の事項について確認・承知のうえ、この契約の加入を申し込みます。
 ■パンフレット等説明資料に記載された契約内容を承知し、意向に沿った申込内容であることを確認しました。
 ■申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、記載の告知内容と相違がないことを確認しました。
 ■「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。
 ■個人情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。
 ■申し込み手続のご案内に記載されている「生命保険の新規ご加入、保険金・給付金の増額前にご確認いただきたい事項【申し込み・告知・支払いに際してのご留意事項】」について確認し、承知しました。

加入のお申し込み手続きにあたり、加入する申込者の告知内容が、申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

死亡保険金受取人の指定を含め申込内容についての効力は、記載の「効力発効日(加入日)」から生じます。(必ず記載の「死亡保険金受取人について」をご確認ください)

申込日(告知日)

20 年 月 日

新規加入する場合、必ず記入・押印ください。

本人	区分	氏名 (カタカナでご記入ください。)	性別	生年月日 (該当箇所を○で囲んでください。)	グループ保険		確認印 [申込印] 兼 [告知印]
					告知記号ア	申込保険金額	
1	100		1男 5女	3昭 5平 年 月 日	77	82 171 万円	印
配偶者	200		1男 5女	3昭 5平 年 月 日		万円	印
子ども	301		1男 5女	5平 6令 年 月 日		万円	印
	302		1男 5女	5平 6令 年 月 日		万円	印
	303		1男 5女	5平 6令 年 月 日		万円	印
	304		1男 5女	5平 6令 年 月 日		万円	印
	305		1男 5女	5平 6令 年 月 日		万円	印

○こどもが未成年の場合は、親権者が確認、同意のうえ、お申し込みください。

【死亡保険金受取人欄】必ず死亡保険金受取人をご指定ください。

45 46 48	49	50	64
100	新規	コード(*1) 9	死亡保険金受取人氏名
2	配偶者	9 1=配偶者 5=兄弟姉妹 2=子 7=法定相続人 3=父母	氏名の記入は不要です。
200	新規	9 1=配偶者 5=兄弟姉妹 2=子 7=法定相続人 3=父母	氏名の記入は不要です。

(*1) 死亡保険金受取人コード

死亡保険金受取人について

○コードの意味 1: 配偶者、2: 子、3: 父母、5: 兄弟姉妹、7: 法定相続人、9: 個人指定
 ○受取人を受取人コードで指定する場合
 ・それぞれ被保険者死亡時の該当者となります。なお、該当者が複数の場合、保険金分割割合は均等とします。
 ○受取人氏名の記入がある場合、受取人コードの如何に関わらず受取人氏名の個人を指定します。
 ○受取人コードおよび受取人氏名の記入がない場合
 ・配偶者、子(死亡している場合の孫を含む)、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位で指定します。
 ○こどもを被保険者とする場合の受取人は保険料負担者(本人)とします。

死亡保険金受取人として9番を使用される場合は氏名を1名のみカタカナでご記入ください。

告知記号に対応する下記告知内容をご確認のうえ、お申し込みください。

告知内容【グループ保険(告知記号ア)】	
(本人)【現在の就業状態】	申込日(告知日)現在、病気やけがで休職・休業中でなく、かつ、病気により就業を制限されていません。 (注)「就業を制限」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、勤務先または医師等により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。
(配偶者・子ども共通)【現在の健康状態】	申込日(告知日)現在、医師による治療期間中または、薬の処方期間中ではありません。 (注)①「治療」には、指示・指導を含みます。 ②「医師による治療期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。
(本人・配偶者・子ども共通)【過去12ヵ月以内の健康状態】	申込日(告知日)より起算して過去12ヵ月以内に、別表記載の病気により連続して14日以上入院をしたことはありません。

別表
がん、肉腫、悪性腫瘍、白血病、脳出血、脳こうそく、くも膜下出血、てんかん、狭心症、心筋こうそく、心臓弁膜症、先天性心臓病、心筋症、不整脈、高血圧症、胃かいよう、十二指腸かいよう、肝炎、肝硬変、腎炎、ネフローゼ、腎不全、子宮筋腫、糖尿病

【告知の対象とならない事項】

- 医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤の服用
- 歯科医師による虫歯の治療
- 手術により完治した急性虫垂炎●完治後のかぜ
- 色覚異常●現在治療をうけていない花粉症・水虫
- 妊娠中および分娩後で定期健診のみ受診