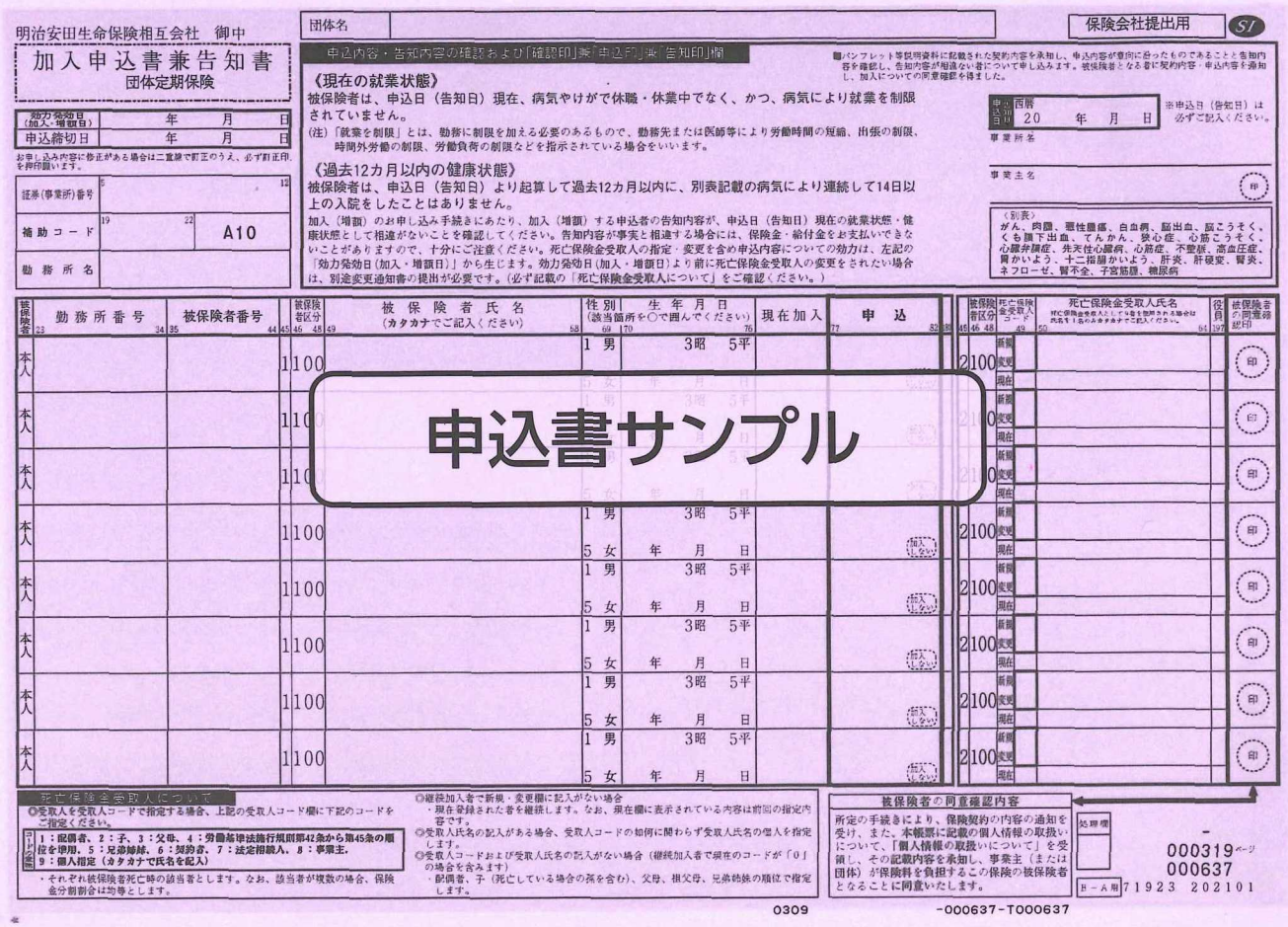

明治安田生命保険相互会社　御中

加入申込書兼告知書
団体定期保険

団体名

保険会社提出用

効力発効日（加入・増額日）	年　月　日
申込締切日	年　月　日

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。

証券(事業所)番号	6	12
補助コード	19 22	A10
勤務所名		

申込内容・告知内容の確認および「確認印」欄「申込印」欄「告知印」欄

■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、申込内容が意向に沿ったものであることと告知内容を確認し、告知内容が相違ない者について申し込みます。被保険者となる者に契約内容・申込内容を通知し、加入についての同意確認を得ました。

《現在の就業状態》
被保険者は、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。

《過去12カ月以内の健康状態》
被保険者は、申込日（告知日）より起算して過去12カ月以内に、別表記載の病気により連続して14日以上の入院をしたことはありません。
加入（増額）のお申し込み手続きにあたり、加入（増額）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・変更を含め申込内容についての効力は、左記の「効力発効日（加入・増額日）」から生じます。効力発効日（加入・増額日）より前に死亡保険金受取人の変更をされたい場合は、別途変更通知書の提出が必要です。（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 西暦 20　年　月　日　※申込日（告知日）は必ずご記入ください。

事業所名

事業主名　印

〈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

被保険者	勤務所番号 23–34	被保険者番号 35–44	被保険者区分 46–48	被保険者氏名（カタカナでご記入ください） 49–58	性別（該当箇所を○で囲んでください） 69	生年月日 70–76	現在加入	申込 77–82	被保険者区分 45–46	死亡保険金受取人コード 48–49	死亡保険金受取人氏名 50–64	役員 197	被保険者の同意確認印
本人			1100		1 男	3昭 5平			2100	新規 変更 現在			印
本人			1100		1 男	3昭 5平			2100	新規 変更 現在			印
本人			1100		1 男	3昭 5平			2100	新規 変更 現在			印
本人			1100		1 男	3昭 5平			2100	新規 変更 現在			印
本人			1100		1 男	3昭 5平			2100	新規 変更 現在			印
本人			1100		1 男	3昭 5平			2100	新規 変更 現在			印
本人			1100		1 男	3昭 5平			2100	新規 変更 現在			印
本人			1100		1 男	3昭 5平			2100	新規 変更 現在			印

申込書サンプル

死亡保険金受取人について
◎受取人を受取人コードで指定する場合、上記の受取人コード欄に下記のコードをご指定ください。
コード指定 1：配偶者、2：子、3：父母、4：労働基準法施行規則第42条から第45条の順位を準用、5：兄弟姉妹、6：契約者、7：法定相続人、8：事業主、9：個人指定（カタカナで氏名を記入）
・それぞれ被保険者死亡時の該当者とします。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。

◎継続加入者で新規・変更欄に記入がない場合
・現在登録された者を継続します。なお、現在欄に表示されている内容は前回の指定内容です。
◎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（継続加入者で現在のコードが「0」の場合を含みます）
・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。

被保険者の同意確認内容
所定の手続きにより、保険契約の内容の通知を受け、また、本帳票に記載の個人情報の取扱いについて、「個人情報の取扱いについて」を受領し、その記載内容を承知し、事業主（または団体）が保険料を負担するこの保険の被保険者となることに同意いたします。

処理欄

000319ページ
000637

B－A用 71923 202101

0309　-000637-T000637

加入ご希望の方は、下記お問い合わせ先までご連絡ください。

お問い合わせ先①

一般社団法人　北海道医師会　医業経営・福利厚生部

TEL：011-231-1434

お問い合わせ先②

グループ保険相談窓口（フリーダイヤル）

明治安田生命保険相互会社　北海道公法人営業推進部

TEL：0120-002-307