

# 申込書兼告知書

1 ニッセイ用  
No. 000001

日本生命保険相互会社 行

パンフレット記載の意向確認書により商品内容が自身の意向に合致していることを確認し、加入勧奨時に通知・配付された説明資料等に記載の重要事項（「契約概要」「注意喚起情報」を含む）、医療保障保険契約内容登録制度および個人情報の取扱い等について了承・同意のうえ、以下のとおり加入（変更）を申込みます。なお、告知内容は事実と相違ないことを確認しました。

大塚ホールディングス 株式会社

裏面をご確認のうえ、以下に記入ください。

事業所コード	所属コード	社員番号	申込日 (告知日)	申込締切日	効力発生日
26	31	46	令和	令和 6 2 6	令和 6 4 1

家族区分	被保険者氏名 (カタカナで記入ください)	性別	生年月日	申込(告知)印
本人	00	(1)男性 (2)女性	(3)昭和 (4)平成 (5)令和	印

Bグループ保険	0101	死亡保険金受取人	氏名 (カタカナで記入ください)	続柄コード	人数
申込内容 (万円)	90				

3大疾病保障・団体型	0111	死亡保険金受取人	氏名 (カタカナで記入ください)	続柄コード	人数	指定代理請求人	氏名 (カタカナでご記入ください)	続柄コード
申込内容 (万円)	210							

総合医療保険・団体型	0201	入院給付金日額 (円)	330	334
申込内容				

会社処理欄	
個別	家L保退
有無	内容族C険
129	130 131 132
	1 001
	歳
会社処理欄	
個別	家L満退
有無	内容族C険
249	250 251 252
	1 001
	歳
会社処理欄	
告知	家L保退
555	556 557
	1 003
	歳

事業所コード	所属コード	社員番号
26	31	46

**告知欄 Bグループ保険**

新規加入・増額する申込者それぞれがパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および裏面の<質問事項>を確認のうえ告知します。

\*主たる被保険者が新規加入・増額する申込者の告知をとりまとのうえ、以下の1または2に○印を記入ください。

①新規加入・増額する全ての申込者について、質問事項に対する答えが全て「いいえ」となります。  
②質問事項について「はい」の答えがある申込者がいます。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出します。【「はい」の答えがある申込者氏名 (カタカナで記入ください。)】

**告知欄 3大疾病保障・団体型**

新規加入・増額する申込者それぞれがパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および裏面の<質問事項>を確認のうえ告知します。

\*主契約の被保険者が新規加入・増額する申込者の告知をとりまとのうえ、以下の1または2に○印を記入ください。なお、<質問事項>1項に該当する申込者はご加入いただけません。

①新規加入・増額する全ての申込者について、質問事項に対する答えが全て「いいえ」となります。  
②質問事項について「はい」の答えがある申込者がいます。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出します。【「はい」の答えがある申込者氏名 (カタカナで記入ください。)】

**告知欄 総合医療保険・団体型**

新規加入・増額する申込者それぞれがパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および裏面の<質問事項>を確認のうえ告知します。

\*主契約の被保険者が新規加入・増額する申込者の告知をとりまとのうえ、以下の1または2に○印を記入ください。

①新規加入・増額する全ての申込者について、質問事項に対する答えが全て「いいえ」となります。  
②質問事項について「はい」の答えがある申込者がいます。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出します。【「はい」の答えがある申込者氏名 (カタカナで記入ください。)】

家族区分	被保険者氏名 (カタカナで記入ください)	性別	生年月日	申込(告知)印
配偶者		(1)男性 (2)女性	(3)昭和 (4)平成 (5)令和	印

Bグループ保険	0101	死亡保険金受取人	氏名 (カタカナで記入ください)	続柄コード	人数
申込内容 (万円)	90		シュタルヒホケンシヤ		1 1

3大疾病保障・団体型	0111	死亡保険金受取人	氏名 (カタカナで記入ください)	続柄コード	人数	指定代理請求人	氏名 (カタカナでご記入ください)	続柄コード
申込内容 (万円)	210		シュケイヤクノヒホケンシヤ	1	1			

総合医療保険・団体型	0201	入院給付金日額 (円)	330	334
申込内容				

会社処理欄	
個別	家L保退
有無	内容族C険
129	130 131 132
	2 001
	歳
会社処理欄	
個別	家L満退
有無	内容族C険
249	250 251 252
	2 001
	歳
会社処理欄	
告知	家L保退
555	556 557
	2 003
	歳

・主契約の被保険者が指定代理請求人をご指定の場合、配偶者の指定代理請求人は主契約の被保険者となります。

家族区分	被保険者氏名 (カタカナで記入ください)	性別	生年月日	申込(告知)印	未成年のときは、親権者が押印ください。
子ども		(1)男性 (2)女性	(3)昭和 (4)平成 (5)令和	印	

Bグループ保険	0101	申込内容 (万円)	90	94
現在の加入内容 (万円)				

3大疾病保障・団体型	0111	申込内容 (万円)	210	214
現在の加入内容 (万円)				

総合医療保険・団体型	0201	入院給付金日額 (円)	330	334
申込内容				

Bグループ保険	0101	申込内容 (万円)	90	94
現在の加入内容 (万円)				

3大疾病保障・団体型	0111	申込内容 (万円)	210	214
現在の加入内容 (万円)				

総合医療保険・団体型	0201	入院給付金日額 (円)	330	334
申込内容				

右面もご確認ください。

98509395 81200  
931 02066 939 00020 900 95168  
力 355 (保全 699 次回 837 )

(幹事会社) 日本生命保険相互会社

＜ 保 険 金 受 取 人 ＞

- ・子どもの死亡保険金受取人は本人（主たる被保険者）となります。
- ・死亡保険金受取人を変更される場合は、別途「死亡保険金受取人指定書」を提出ください。（「申込書兼告知書」では受取人を変更できません。）
- 【死亡保険金受取人続柄（コード）】  
 配偶者…1 子ども…2 父母…3 祖父母…4 兄弟姉妹…5 法定相続人…6 その他…9  
 \*死亡保険金受取人の続柄が「法定相続人（＝6）」のときは、受取人氏名・人数の記入は不要です。  
 \*死亡保険金受取人は、原則2親等以内の血族または配偶者となります。死亡保険金受取人の続柄が「その他（＝9）」となる場合や受取人が複数となる場合は、「死亡保険金受取人指定書」をあわせて提出ください。
- 3大疾病保険・団体型のとき  
 ・本人・配偶者の3大疾病保険金、上皮内新生物診断保険金、リビング・ニーズ特約保険金の受取人は被保険者ご本人となります。  
 ・子どもに関する保険金の受取人は主契約の被保険者となります。

＜ 指 定 代 理 請 求 人 ＞

- 3大疾病保険・団体型のとき  
 ・指定代理請求人をご指定の場合、3大疾病保険金、上皮内新生物診断保険金、リビング・ニーズ特約保険金とも同一のご指定となります。  
 ・既に加わされている方が指定代理請求人を指定（変更・取消）される場合は、別途「指定代理請求人指定書」を提出ください。（「申込書兼告知書」では指定代理請求人の指定（変更・取消）はできません。）  
 ・子どもに関する保険金については指定代理請求人の指定ができません。
- 【指定代理請求人続柄（コード）】 配偶者…1 子ども…2 父母…3 祖父母…4 兄弟姉妹…5 その他…9  
 \*指定代理請求人は、次の要件のいずれかを満たす方のうち1名だけ指定できます。  
 ○被保険者と次の関係にある方 ・ (ア) 戸籍上の配偶者 ・ (イ) 直系血族 ・ (ウ) 兄弟姉妹 ・ (エ) 同居または生計を一にしている被保険者の3親等内の親族  
 ○上記のほか、被保険者と次の関係にある方で当社が認めた方 ・ (オ) 同居または生計を一にしている方 ・ (カ) 財産管理を行っている方 ・ (キ) 死亡保険金受取人 ・ (ク) 上記(オ)～(キ)と同等の関係にある方  
 \*死亡保険金受取人が法人の場合、指定代理請求人の指定はできません。

＜ お 申 込 み に あ た っ て ＞

- ◆パンフレット等を必ずご確認のうえ、申込書（兼告知書）表面の太枠内をもれなく記入・押印ください。（印字済の方は、内容を確認ください。）
- ◆お申込みにあたっては、黒のボールペンで強く記入ください。（鉛筆・消せるボールペンは使用しないでください。）
- ◆申込日（告知日）は、この「申込書（兼告知書）」を記入した日を記入ください。
- ◆内容を訂正する場合は、二重線で抹消後、訂正印（申込印と同一のもの）を押印のうえ、訂正内容を記入ください。
- ◆同額にて継続される場合は提出不要です。
- ◆脱退される場合は、申込内容欄に「0」とご記入のうえ申込印を押印ください。

※本人死亡保険金受取人を複数名指定される方は、大塚倉庫（株）保険事業部までお問合せください。  
 ※以下の質問事項に該当する方、または該当しないか判断に迷われる方は別途、「被保険者の告知書」をご提出ください。

- ・複数の保険会社による共同取扱契約の場合、幹事会社が他の引受保険会社から委任を受けて事務を行います。引受保険会社は引受割合に応じて保険契約上の権利を有し義務を負うものであり、相互に連帯して責任を負うものではありません。また、将来に向かって、引受保険会社および引受割合の変更もありません。

＜ 質 問 事 項 ＞

- Bグループ保険
1. 申込日現在、健康上の理由で就業制限（\*1）を受けていますか。  
 （配偶者・子どもの場合、申込日から過去3カ月以内に、医師の治療・投薬（\*2）を受けたことがありますか。）
  2. 申込日から過去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りますか。
  3. 申込日から過去1年以内に、病気やけがで2週間以上にわたり（\*3）、医師の治療・投薬（\*2）を受けたことがありますか。  
 (\*1) 就業制限とは、勤務先または医師等により欠勤（公休・普通休暇等によるものも含む）を指示されている場合などをいいます。  
 (\*2) 「医師の治療・投薬」とは、医師による診察・検査・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。  
 （注）一過性の軽微な疾患（かぜ、アレルギー性鼻炎、歯治療）、手足の骨折によるものは含みません。  
 (\*3) 「2週間以上にわたり」とは、初診から終診までの期間が2週間以上の場合をいいます。たとえば、受診は2日でも、その間が2週間以上の場合や、合計2週間分以上の投薬を受けた場合は、「2週間以上」となります。

- 3大疾病保険・団体型
1. 今までに、がん（肉腫、白血病、リンパ腫、上皮内がんを含む）と診断されたことがありますか。
  2. 申込日現在、健康上の理由で就業制限（\*1）を受けていますか。（主契約の被保険者のみ）
  3. 申込日から過去3か月以内に、医師による診察（問診・診察・検査・治療・投薬）を受けたことがありますか。
  4. 申込日から過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または7日以上にわたり（\*2）、医師による診察（問診・診察・検査・治療・投薬）を受けたことがありますか。  
 (\*1) 就業制限とは、勤務先または医師等により欠勤（公休・普通休暇等によるものも含む）を指示されている場合などをいいます。  
 (\*2) 「7日以上にわたり」とは、初診から終診までの期間が7日以上の場合をいいます。たとえば、受診は2日でも、その間が7日以上の場合や、合計7日分以上の投薬を受けた場合は「7日以上」となります。  
 （注）一過性の軽微な疾患（かぜ、アレルギー性鼻炎、歯治療）、手足の骨折によるものは含みません。

- 総合医療保険・団体型
1. 申込日から過去3カ月以内に、医師の治療・投薬（\*1）を受けたことがありますか。
  2. 申込日から過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または7日以上にわたり（\*2）、医師の治療・投薬（\*1）を受けたことがありますか。  
 (\*1) 「医師の治療・投薬」とは、医師による診察・検査・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。  
 （注）一過性の軽微な疾患（かぜ、アレルギー性鼻炎、歯治療）、手足の骨折によるものは含みません。  
 (\*2) 「7日以上にわたり」とは、初診から終診までの期間が7日以上の場合をいいます。たとえば、受診は2日でも、その間が7日以上の場合や、合計7日分以上の投薬を受けた場合は、「7日以上」となります。