

MOLグループ団体総合生活補償保険加入申込票 (兼 健康状況告知書)

団体総合生活補償保険 (MS&AD 型)

センター送付

000 AAA 020 994

PRO6 03 88 LF 354④

STEP 1 申込人情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。

内は必ずご記入ください。

住所 317 (カタカナ)  
〒 〇〇〇 〇〇〇 (漢字)  
399 (漢字)

申込人名 307 (カタカナ)  
「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。  
347 フルネームでご署名ください。(漢字)

職名 018 (カタカナ) 所属コード 019

加入申込日 010 令和R 年 月 日

社員番号 017

電話番号 011

生年日 980 (大正) (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和 性 982 (男) (女) 1 (女) 2

メッセージ

手続区分 下記のいずれかに○をしてください

新規に加入する → 全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。

内容を変更する [前年度加入内容を追加・変更して継続する] → 変更後の内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。

継続加入しない → ご署名のうえ、ご提出不要です。

保険期間

令和 3 年 6 月 1 日 から

令和 4 年 6 月 1 日 まで

団体名

加入者番号 098

旧加入者番号 099

旧識別コード L17

STEP 2 申込内容と健康状況(告知)についてご確認のうえご記入ください。

(注1) 三井住友海上火災保険株式会社 最終頁の健康状況告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。「健康状況告知書ご記入のご案内」を受け取り、内容を了解しました。

病気の保険 88/B1

氏名 J04 (カタカナ) L67 (漢字)

生年日 323 (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和

年齢 303 (満) 才 性別 302 (男) (女) 1 (女) 2

職業名・職種名 576 カタカナで記入

職種コード 312 団体との関係 L18 (告知日) R 年 月 日

特約区分	介護を受ける方(親)の氏名(特約被保険者・介護対象者)	生年日	年齢	費用	健康状況告知書質問事項回答欄	最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。			
VT1	VKA カタカナで記入	VKB	VKC	VKE VKE VKE VKE VKE	VKF VKG VKH VKI	VKT			
① 一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	告知者ご署名欄 VKS (告知日) R 年 月 日
② 休業のみ		(T) (S) (H)		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電子メール等、 2. 3以外の連絡手段	
③ 一時金+休業	VKD (父) 1 (母) 2	年 月 日 才		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電話	
VT2	VKJ カタカナで記入	VKK	VKL	VKN VKN VKN VKN VKN	VKP VKQ VKR VKU				告知者ご署名欄 (告知者ご署名) R 年 月 日
① 一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	
② 休業のみ		(T) (S) (H)		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電子メール等、 2. 3以外の連絡手段	
③ 一時金+休業	VKM (父) 1 (母) 2	年 月 日 才		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電話	

390 J04 (カタカナ) L67 (漢字)

生年日 323 (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和

年齢 303 (満) 才 性別 302 (男) (女) 1 (女) 2

職業名・職種名 576 カタカナで記入

職種コード 312 団体との関係 L18 (告知日) R 年 月 日

特約区分	介護を受ける方(親)の氏名(特約被保険者・介護対象者)	生年日	年齢	費用	健康状況告知書質問事項回答欄	最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。			
VT1	VKA カタカナで記入	VKB	VKC	VKE VKE VKE VKE VKE	VKF VKG VKH VKI	VKT			
① 一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	告知者ご署名欄 VKS (告知日) R 年 月 日
② 休業のみ		(T) (S) (H)		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電子メール等、 2. 3以外の連絡手段	
③ 一時金+休業	VKD (父) 1 (母) 2	年 月 日 才		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電話	
VT2	VKJ カタカナで記入	VKK	VKL	VKN VKN VKN VKN VKN	VKP VKQ VKR VKU				告知者ご署名欄 (告知者ご署名) R 年 月 日
① 一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	
② 休業のみ		(T) (S) (H)		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電子メール等、 2. 3以外の連絡手段	
③ 一時金+休業	VKM (父) 1 (母) 2	年 月 日 才		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電話	

390 J04 (カタカナ) L67 (漢字)

生年日 323 (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和

年齢 303 (満) 才 性別 302 (男) (女) 1 (女) 2

職業名・職種名 576 カタカナで記入

職種コード 312 団体との関係 L18 (告知日) R 年 月 日

特約区分	介護を受ける方(親)の氏名(特約被保険者・介護対象者)	生年日	年齢	費用	健康状況告知書質問事項回答欄	最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。			
VT1	VKA カタカナで記入	VKB	VKC	VKE VKE VKE VKE VKE	VKF VKG VKH VKI	VKT			
① 一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	告知者ご署名欄 VKS (告知日) R 年 月 日
② 休業のみ		(T) (S) (H)		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電子メール等、 2. 3以外の連絡手段	
③ 一時金+休業	VKD (父) 1 (母) 2	年 月 日 才		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電話	
VT2	VKJ カタカナで記入	VKK	VKL	VKN VKN VKN VKN VKN	VKP VKQ VKR VKU				告知者ご署名欄 (告知者ご署名) R 年 月 日
① 一時金のみ		大正 昭和 平成	満	はい	はい	はい	はい	対面 FAX・郵送	
② 休業のみ		(T) (S) (H)		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電子メール等、 2. 3以外の連絡手段	
③ 一時金+休業	VKM (父) 1 (母) 2	年 月 日 才		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	電話	

ご注意

本申込票は、「病気の保険」用です。

右上の「団体名」は在籍会社名(出向元)となります。

ご記入にあたって

● [※]印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので、十分ご確認のうえご回答(記入)ください。

● 疾病を補償するセットに新たに加入する場合、または、疾病補償について保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、最終頁裏面の質問事項につき、正確にご回答ください。

● [○]年齢は保険始期日現在でご記入ください。  
(保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日現在ではなく、団体契約の保険始期日現在の年齢をご記入ください。)

● 職種コードは裏面をご参照ください。 職業名・職種名は裏面の職種コード一覧を参照のうえ、カタカナ20文字以内でご記入ください。

● [◆]団体との関係について下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。  
・団体の ..... 1: 構成員 (子会社・関連会社の構成員、退職者を含む) 0: 会員企業等の役員・従業員  
・上記1または0の ..... 2: 配偶者 3: ごども 4: 両親 5: 兄弟姉妹 6: 同居の親族 7: 使用人

STEP 3 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらをご確認のうえご記入ください。

331 特記事項

(注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内に病気またはケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。

他の保険契約等がありますか? (あり)

保険金請求歴がありますか? (あり)

ご注意 「あり」の場合裏面を必ずご記入ください。(ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。)

R50 合計保険料 (一回分) 円

前年合計保険料 (一回分) 円

受付日 (社内使用欄) 令和 年 月 日

計上用

0005610

NC01133357

職種コード一覧

職種コード	職業名・職種名	職業名・職種名(カナ)
01	技術者(技師、監督を含みます。)	ギジュツシャ
02	教員	キョウイン
03	保健医療従事者	ホケンイリョウジュウジシャ
04	芸術家、芸能家	ゲイジュツカ・ゲイノウカ
05	職業スポーツ家	シヨクギョウスポーツカ
06	その他の専門的職業従事者	センモンシヨクギョウジュウジシャ
11	事務従事者	ジムジュウジシャ
21	販売従事者	ハンバイジュウジシャ
31	農林業作業者	ノウリンギョウサギョウシャ
36	漁業作業者	ギョギョウサギョウシャ
41	採鉱・採石作業者	サイコウ・サイセキサギョウシャ
51	自動車運転者(助手を含みます。)	ジドウシャウンテンシャ
52	船舶関係従事者(漁労船以外の船舶乗船者)(モーターボート競争選手を除きます。)	センバクカンケイジュウジシャ
53	航空機関係従事者(航空機搭乗者)	コウクウキカンケイジュウジシャ
54	その他の運輸従事者(注1)	ソノタノウンユジュウジシャ
55	通信従事者(船舶・漁労船乗船者、航空機搭乗者を除きます。)(注2)	ツウシンジュウジシャ
61	金属製造加工作業者	キンゾクセイゾウカコウサギョウシャ
62	電気機械器具組立・修理作業者	デンキキカイキグサギョウシャ
63	輸送機械組立・修理作業者	ユソウキカイサギョウシャ
64	計器・光学機械器具組立・修理作業者	ケイキ・コウガクキグサギョウシャ
65	その他の機械組立・修理作業者	ソノタノキカイサギョウシャ
66	製糸・紡織作業者	セイシ・ポウシヨクサギョウシャ
67	裁断・縫製作業者	サイダン・ホウセイサギョウシャ
68	木・竹・草・つる製品製造作業者	キ・タケ・クサ・ツルサギョウシャ
69	パルプ・紙・紙製品製造作業者	パルプ・カミサギョウシャ
70	印刷・製本作業者	インサツ・セイホンサギョウシャ
71	ゴム・プラスチック製品製造作業者	ゴム・プラスチックサギョウシャ
72	革・革製品製造作業者	カワ・カワセイヒンサギョウシャ
73	窯業・土石製品製造作業者	ヨウギョウ・ドセキサギョウシャ
74	飲食料品製造作業者	インシヨクリョウヒンサギョウシャ
75	化学製品製造作業者	カガクセイヒンセイゾウサギョウシャ
76	建設作業者	ケンセツサギョウシャ
77	定置機関・機械および建設機械運転作業者	テイチ・ケンセツキカイウンテンサギョウ
78	電気作業者	デンキサギョウシャ
79	その他の技能工・生産工程作業者	ギノウコウセイサンコウテイサギョウ
81	保安職業従事者	ホアンシヨクギョウジュウジシャ
86	サービス職業従事者	サービスシヨクギョウジュウジシャ
91	有職者以外(主婦・学生等)	ユウシヨクシャイガイ

(注1) 自動車(二輪自動車(オートバイ)を除きます)を用いて配達・宅配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。  
 (注2) 自動車(二輪自動車(オートバイ)を除きます)を用いて郵便物・電報の集配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。

STEP3 表面のSTEP3で「あり」と回答している場合はご記入ください。

※他の保険契約等

被保険者氏名	傷害死亡・後遺障害 保険金額合計	傷害入院 保険金日額合計	傷害通院 保険金日額合計	疾病入院 保険金日額合計	疾病通院 保険金日額合計
	万円	円	円	円	円
	万円	円	円	円	円
	万円	円	円	円	円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

保険金請求歴

被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
		回	円
		回	円
		回	円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

●健康  
●団体  
●この  
●下記の  
●(※)  
●下表に

<告知

現在治  
必要の  
現在医  
再検査  
告知

質問  
1

質問  
2

質問  
3

質問  
4

注1

注2

注3

<ご注

加入申

5

循環器

消化

呼吸

泌尿器  
の疾患

内分

血液・

感染

神経・

筋・骨

皮膚

癌

妊娠  
分娩

(注)T01

【上記の  
加入申込  
ご記入さ  
なお、上  
(例)T01

12252

2113

01

0006191#

01/03

00006191

団体総合生活補償保険 (MS&AD型) 健康状況告知書質問事項

ご回答は加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」、「特定疾病対象外欄」にご記入ください。

- 「健康状況告知書ご記入のご案内」をご覧ください。
●「団体総合生活補償保険 (MS&AD型)」にお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。
●この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、保険金をお支払いできないことがありますのでご注意ください。
●下記の質問事項には、被保険者 (補償の対象者) ご自身がお答えください。
(※) 告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちのいずれかの方がお答えください。
●下表に記載がある傷害や疾病については下記質問1および質問2に関する告知は不要です。

<告知対象外となる傷害・疾病一覧>

Table with 2 columns: 現在治療中でもある告知いただく必要のないもの, and 現在医師から次回通院、入院、手術、再検査等を指示されなければ告知いただく必要のないもの. Lists various medical conditions like allergies, infections, and injuries.

質問1 過去3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。(上記別表<告知対象外となる傷害・疾病一覧>記載の傷害や疾病を除きます。)

質問2 次のいずれかに該当しますか。
①過去3年以内に、病気またはケガにより、医師による手術、または初診から終診(注1)までの期間が14日以上となる医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがある。(妊娠・分娩に伴う異常、帝王切開を含みます。上記別表<告知対象外となる傷害・疾病一覧>記載の傷害や疾病を除きます。
②これまでに、医師に悪性新生物(ガン)と診断されたことがある。(注1)終診とは、医師から次回通院、入院、手術、再検査や投薬等の指示をされなくなったことをいいます。(治療の必要はないが、定期的に経過観察(診察・検査)の必要があると医師から指示を受けている状態は、終診には該当しません。)(注2)上皮内新生物を含みます。

質問1または質問2のいずれか1つでも「はい」がある方は、下記の「疾病・症状一覧表」の中で、該当する疾病・症状をご選択ください。
<選択された疾病・症状がA欄の疾病・症状に該当する場合>
お引受できません。
<選択された疾病・症状がB欄の疾病・症状に該当する場合>
特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でお引受します。

●加入申込票の「該当疾病」欄の「B欄」に○印のうち、該当する疾病コードを「特定疾病対象外欄」にご記入ください。(具体的な疾病・症状名の記載は不要です。)
●次の疾病・症状について保険金をお支払いしない条件でお引受します。
①このコードに属するA・B欄すべての疾病・症状
②上記①と医学上因果関係がある疾病・症状
●特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご加入されているお客さまへ
職時に、あらかじめ健康状況の告知を行うことにより、新たな告知内容に応じた条件で継続加入いただくことができます。

質問3 満16才以上の女性のみお答えください。現在、妊娠していますか。

質問3に対する回答が「はい」の場合、「疾病・症状一覧表」の妊娠・出産にかかる疾患のうち、告知日時点における妊娠によるもの、およびこれと医学上因果関係がある疾病・症状については保険金をお支払いしない条件でお引受します。
「特定疾病対象外欄」に「Q2」をご記入ください。

質問1から質問3に対する回答に1つも「はい」が無い場合、お引受します。

- 注1 疾病・症状名が判明しない場合は、疾病・症状名が判明するまではお引受を見合わせさせていただきます。
注2 (例) 不整脈による受診歴のため疾病コードAOを特定疾病対象外欄に記入して加入された方が、心筋梗塞になった場合、保険金をお支払いしません。
注3 (例) 疾病コードA2を特定疾病対象外欄に記入して加入された方が、心筋梗塞(疾病コードAO)になり、この心筋梗塞と疾病コードA2に関する病状(高血圧症など)との間に医学上因果関係がある場合、保険金をお支払いしません。

<ご注意> 特定疾病対象外欄への対象外となる疾病・症状等の記載の有無にかかわらず、普通保険約款およびセットされる特約により保険金をお支払いできない場合があります。詳細は募集パンフレットをご確認ください。

特定の疾病・症状群について保険金をお支払いしない条件でご加入されているお客さまへ
職時に、あらかじめ健康状況の告知を行うことにより、新たな告知内容に応じた条件で継続加入いただくことができます。

疾病・症状一覧表

加入申込票の「特定疾病対象外欄」に記入いただく疾病コードに属する疾病・症状は下表のとおりです。

Large table with 4 columns: 分類, 疾病コード, A欄, B欄. Lists various medical conditions categorized by system (e.g., circulatory, digestive, respiratory, etc.).

(注)「Q1」は質問1または質問2①に該当する場合、「Q2」は質問3に該当する場合に、それぞれご記入ください。
【上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がない場合】
加入申込票の「特定疾病対象外欄」の「疾病コード」欄に「疾病コード」欄に「RO」および「具体的な疾病・症状名(カタカナ)」をご記入ください。
ご記入された疾病・症状およびご記入された疾病・症状と医学上因果関係がある疾病・症状について保険金をお支払いしない条件でお引受します。
なお、上記の疾病・症状一覧表に該当する疾病・症状がある場合は、必ず、上記の疾病・症状一覧表の該当する疾病・症状をご選択ください。
(例)「肺炎」の場合、具体的な疾病・症状名は記入せず、「肺炎」が区分される疾病コード「CO」を選択し、記入します。

団体総合生活補償保険 (MS&AD型) 健康状況告知書質問事項
団体長期障害所得補償保険

ご回答は加入申込票の「健康状況告知書質問事項回答欄」にご記入ください。

親介護一時金・休業 専用

この健康状況告知書質問事項は、以下の特約被保険者・介護対象者専用の質問書です。
【団体総合生活補償保険】
●親介護一時金支払特約
●親の介護による休業補償特約
【団体長期障害所得補償保険】
●親介護一時金支払特約

- 「健康状況告知書ご記入のご案内」をご覧ください。
●「親介護一時金支払特約」または「親の介護による休業補償特約」をセットする加入タイプにお申し込みいただく際には、下記の質問事項につき正確にご回答ください。この質問事項に対するご回答が事実と相違する場合、保険金をお支払いしないことがありますのでご注意ください。
●下記の質問事項には、介護を受ける方(※1)(特約被保険者または介護対象者)に現時点の健康状況をご確認のうえご回答ください。(※2) また、ご確認方法を選択してください。
(※1) 基本部分の被保険者の親御様(姻族を含みます。)をいいます。
(※2) 団体総合生活補償保険または団体長期障害所得補償保険の「親介護一時金支払特約」にご加入の場合は、基本部分の被保険者ご本人が介護を受ける方(※1)を代理して、ご回答いただきます。なお、告知時における基本部分の被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちのいずれかの方がお答えください。
●下記の質問1~4のうち、いずれか1つでも「はい」がある場合には、ご加入をお引受できません。

Table with 4 rows: 質問1 (歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。), 質問2 (医師により「認知症」または「次のいずれかの病気」と診断されたことがありますか。), 質問3 (現在、入院中または療養のため就床中ですか。), 質問4 (下表の「病名・症状一覧」記載の病気や症状と診断されたことがありますか。)

確認方法
特約被保険者となる方(親御様)へのご確認方法を以下からご選択ください。(複数に該当する場合は、最も番号の若い(小さい)確認方法に○印をしてください。)

病名・症状一覧

Table with 2 columns: 病名・症状, and 確認方法. Lists various conditions like stroke, heart disease, diabetes, etc., and their corresponding confirmation methods.

12252 2113 03 0006191# 03/03 00006191