

記入例

日本大学医学部同窓会 団体保険加入依頼書 東京海上日動火災保険株式会社 保険会社提出用

ご記入日(加入依頼日) 令和5年10月1日 加入者保険期間 令和6年3月1日~令和7年3月1日 申込方法・回数

郵便番号 000-0000 連絡先(電話番号) 00-0000-0000 加入者証券番号 被保険者明細番号

ご住所 カナ トウキョウト チョダク サンバンチョウ 6-4 生年月日 明治 大正 昭和 (平成) 令和 9年5月1日 性別 男性(女性)

漢字 東京都千代田区三番町6-4 所属名 カナ 漢字 加入者番号 XXXXX

お名前(ご署名・ご捺印) カナ トウカイ ハナコ 漢字 東海 花子 所属コード

ご希望のお手続き (1~5のいずれかに○) 1 新規に加入 更新 2 加入内容変更 3 被保険者明細追加 4 本被保険者明細は更新しない 5 全員更新しない

加入者からみた続病(2桁コード) [] にご参加 被保険者本人からみた受取人の続病 [] にご記入ください

がん補償 被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合は記入。タイプごとの補償内容や保険料等については募集パンフレット等にてご確認ください。

1 医師賠償責任	2 所得補償	3 団体長期障害所得補償	4 がん補償	5 医療補償	6 介護補償	傷害補償
タイプ	タイプ	口数	タイプ	タイプ	タイプ	タイプ
Z1	S	3 L 3				

被保険者・1回分保険料 円 加入者・1回分合計保険料 円 (注) 被保険者明細が複数ある場合は、合算した保険料を記入

所得補償 団体長期障害所得補償 医療補償 がん補償 介護補償

質問 1 2 3 質問 1 2 質問 1

健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容、【がん補償の場合】[]加入依頼書「がん保険金受取人の指定の内容」*4について確認・同意します。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

被保険者本人または親権者・後見人等*5 (自署)

介護補償のみに(追加)加入される場合、団体構成員のご家族(団体構成員の配偶者・子供・両親、兄弟及び団体構成員と同居の親族)を被保険の対象となる方(被保険者)とするときは、被保険者からのご依頼を受けた団体構成員が被保険者の健康状態を確認したうえで、代理で告知いただけます。なお、告知内容が正しくない場合には、ご契約が解除され、保険金をお受取りいただけないことがあります。健康状態告知を行った方がご署名ください。

項目	コード	内容	項目	コード	内容

旧加入者証券番号 旧明細番号 営業店 代理店/併立入 契約者(団体) 部数

ご記入日・ご連絡先・住所・氏名をご記入ください。必ずご捺印ください。

生年月日・性別をご記入ください。

保険の対象となる方(被保険者)がご加入者と異なる場合、被保険者のお名前・生年月日・性別等をご記入ください

ご希望の補償のタイプと口数をご記入ください。



加入依頼書裏面

⚠ 医師賠償責任保険にご加入の方は、必ず加入依頼書裏面の「☆医療施設の開設有無」にご記入ください。

☆医療施設の開設有無 (医師賠償責任保険にご加入の場合)

医療施設は、開設していません。

* 被保険者自身が医療施設を開設している場合は、病院賠償責任保険・診療所賠償責任保険・歯科診療所賠償責任保険へご加入ください。この保険契約にはご加入いただけません。