

加入申込票 記入例*

※成人病2倍プラン(B)に7口、三大疾病、親介護、先進医療、個人賠償のオプションをセットして新たに加入する場合

記入要領

- 「全地連共済 医療保障制度のご案内」はご契約に伴う大切なことから記載したものです。お申し込みの前に必ずご一読ください。
- 「加入申込票兼健康状況告知書」に必要事項をご記入いただき、自署欄にご署名のうえ、お申し込みください。
- 加入内容に変更のない場合、ご提出は不要です。前年ご加入の内容に応じたプランで継続されます。
- 黒ボールペンでご記入ください。

社員番号、職場名(カタカナ)をご記入ください。
 申込人氏名をカタカナでご記入いただき、その下に加入内容をご確認のうえ申込人がご署名ください。

補償の対象となる方(被保険者)の氏名(カタカナ)、生年月日、年令、性別をご記入ください。
 ※年令は令和3年4月1日時点の満年令

被保険者と団体との関係を右記「◆団体との関係」より選んでご記入ください。

他の保険契約・保険金請求歴につき、全被保険者分をご確認ください。

【「あり」の場合】
 ①「あり」に○印
 ②被保険者ごとの回答の内容を裏面にご記入ください。

・新たに加入される方、または継続時に、保険金額の増額をされる方のみ、被保険者本人がご記入ください。

【記入方法】

- 裏面をご覧ください、質問1~3(質問3は16才以上の女性のみ)のそれぞれに必ず「はい」「いいえ」どちらかに○印をつけてください。
- 「はい」の方は、裏面の疾病・症状一覧表でご確認のうえ、該当疾病(A欄、B欄)欄、特定疾病対象外欄にご記入ください。
- 被保険者本人が回答内容をご確認のうえ、ご署名いただき、告知日をご記入ください。
 ※告知時における被保険者の年令が満15才未満の場合には、親権者が確認・ご署名ください。

【訂正方法】

訂正される場合は被保険者本人が訂正箇所を二重線で消して、正しい内容をご記入のうえ、訂正署名(⇒訂正項目付近に被保険者ご自身(15才未満の場合は親権者)が署名)してください。

パンフレットをご確認のうえ、全被保険者分のご加入セットを合計して1回分の保険料をご記入ください。

5セット(親介護オプション)に新たに加入される方

- 該当の続柄に○印をご記入ください。
- 特約被保険者(親御様)氏名をカタカナでご記入ください。
- 当該特約被保険者(親御様)の生年月日、年令を被保険者本人が特約被保険者(親御様)を代理してご記入ください。
 年令は令和3年4月1日時点の満年令をご記入ください。
- 特約被保険者(親御様)に、「親介護専用」の健康状況告知書質問事項を確認のうえ、基本部分の被保険者本人が特約被保険者(親御様)を代理して質問1~4のそれぞれに必ず「はい」「いいえ」で回答し、該当に○印をつけてください。質問1~4のうち、いずれか1つでも「はい」がある場合には、お引き受けできません。
 <確認方法>特約被保険者(親御様)へのご確認方法を本加入申込票最終ページ裏面の「親介護専用」の健康状況告知書質問事項の「確認方法」から選択し、○印をつけてください。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○印をつけてください。
- 基本部分の被保険者本人が回答内容を確認のうえご署名いただき、告知日をご記入ください。特約被保険者(親御様)の署名は不要です。