

凸版印刷株式会社 御中

団体番号 ③	91903737000001
事業領域コード	
勤務所番号 ④	
被保険者番号 ⑤	

加入申込書兼告知書

長期所得サポート・プラン

団体名

凸版印刷株式会社

商品名称

提出用

団体長期障害所得補償保険

効力発効日	令和 3 年11月 1 日
申込締切日	令和 3 年 9 月 24 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。

⑥ 区分	⑦ 氏名 (カタカナでご記入ください)	⑧ 性別 (該当箇所を○で囲んでください。)	⑨ 生年月日 年 月 日	⑩ 申込コース 告知記号 ハ ご希望のコースを○で囲んでください		⑪ 現在加入コース	⑫ 告知記号	⑬ 「確認印」兼 「申込印」兼 「告知印」
				⑭ A	⑮ B			
本人	100	1 男 5 女	3 昭和 5 平成 年 月 日	⑯ A C E G I	⑰ B D F H 脱退	*****		⑱ 印

告知記号に対応する下記告知内容をご確認のうえ、お申してください。

告知内容	告知記号ハ	<p>【現在の就業状態】</p> <p>申込日(告知日)現在、病気やけがで休職・休業中ではなく、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。</p> <p>【過去3ヵ月以内の健康状態】</p> <p>申込日(告知日)より起算して過去3ヵ月以内に、医師による診察または健康診断・人間ドックを受け、その結果、検査(再検査・精密検査を含みます)・入院・手術をすすめられていません。 (注)検査をすすめられ検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。</p> <p>【過去2年以内の健康状態】</p> <p>申込日(告知日)より起算して過去2年以内に、医師による診察・検査・治療を受けた期間または薬の処方期間が、14日以上要した病気にかかったことはありません。 (注)①同一の病気で転院・転科している場合は通算します。 ②「医師による診察・検査・治療を受けた期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。 ③診察・検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。 ④「治療」には、指示・指導を含みます。</p>
------	-------	---

申し込み時における告知・確認事項

私(本人)は、申込日(告知日)現在、記載の告知内容および以下の事項について確認・承知のうえ、この契約の加入を申し込みます。

- 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、意向に沿った申込内容であることを確認しました。
- 申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、記載の告知内容と相違がないことを確認しました。
- 「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。
- 個人情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。

申込内容についての効力は、記載の「効力発効日」から生じます。

加入のお申し込み手続きにあたり、加入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。

新規加入する場合、必ず記入・押印ください

⑲ 申込日(告知日)

令和 3 年 月 日

PDFを印刷し提出の際は1部コピーして本人控えとして保管してください

<告知の対象とならない事項>

- 医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤の服用
- 歯科医師による虫歯の治療
- 手術により完治した急性虫垂炎
- 完治後のかぜ
- 色覚異常
- 現在治療をうけていない花粉症・水虫
- 妊娠中および分娩後で定期健診のみ受診

記入例

赤枠内に消えないボールペンでご記入の上ご提出ください。(本紙の提出が必要になります)

凸版印刷株式会社 御中

団体番号 ③	91903737000001
事業領域コード	
勤務所番号 ④	
被保険者番号 ⑤	123456

加入申込書告知書
長期所得サポート・プラン

団体名
凸版印刷株式会社

提出用
商品名称
団体長期障害所得補償保険

効力発効日	令和 3 年11月 1 日
申込締切日	令和 3 年 9 月 24 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。

⑥区分	⑦氏名 (カタカナでご記入ください)	⑧性別 (該当箇所を○で囲んでください)	⑨生年月日 (該当箇所を○で囲んでください)	申込コース 告知記号 ハ ご希望のコースを○で囲んでください	確認印 [申込印] [告知印]
本人 100	ホケン タロウ	①男 5女	③昭和 5 平成 55年 4 月 1 日	現在加入コース ***** A B C D E F G H I (脱退)	保険

希望のプランを○で囲んでください。

申し込み時における告知・確認事項

私(本人)は、申込日(告知日)現在、記載の告知内容および以下の事項について確認・承知のうえ、この契約の加入を申し込みます。

- 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、意向に沿った申込内容であることを確認しました。
- 申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、記載の告知内容と相違がないことを確認しました。
- 「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。
- 個人情報情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。

申込内容についての効力は、記載の「効力発効日」から生じます。

加入のお申し込み手続きにあたり、加入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。

新規加入する場合、必ず記入・押印ください	⑤ 申込日(告知日) 令和 3 年 9 月 4 日
----------------------	------------------------------

PDFを印刷し提出の際は1部コピーして本人控えとして保管してください

告知記号に対応する下記告知内容をご確認のうえ、お申しください。

告知内容	告知記号ハ	<p>【現在の就業状態】 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。</p> <p>【過去3ヵ月以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去3ヵ月以内に、医師による診察または健康診断・人間ドックを受け、その結果、検査(再検査・精密検査を含みます)・入院・手術をすめられていません。 (注)検査をすめられ検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。</p> <p>【過去2年以内の健康状態】 申込日(告知日)より起算して過去2年以内に、医師による診察・検査・治療を受けた期間または薬の処方期間が、14日以上要した病気にかかったことはありません。 (注)①同一の病気で転院・転科している場合は通算します。 ②「医師による診察・検査・治療を受けた期間」は初診から終診(医師の判断によるもの)までの期間をいいます。 ③診察・検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。 ④「治療」には、指示・指導を含みます。</p>
------	-------	---

<告知の対象とならない事項>

- 医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤の服用
- 歯科医師による虫歯の治療
- 手術により完治した急性虫垂炎
- 完治後のかぜ
- 色覚異常
- 現在治療をうけていない花粉症・水虫
- 妊娠中および分娩後で定期健診のみ受診