申込書記入例

※負担金裏面参照

●加入資格
〈本人(税理士・専従者・職員)、配偶者、こども〉を確認のうえ、ご記入ください。

〈新規加入・更新者の共用の記入例となっておりますのでご了承ください。〉

必ず記入してください。

E01006 大樹生命保険株式会社 宛

2024年度 選べる「医療保障」マイセレクト申込書兼告知書

大樹生命提出用

(無配当医療保障保険(団体型))

異動コード	団体番号
59089	300240-3

保険契約者(団体名)	日本税理士共済会
結合番号	00000
所属番号	
個人番号	
被保険者(職員)番号	様

加入日(効力開始日)	申込日(告知日)必ずご記入ください
2024年 8月 5日	20 24 年 4 月 15 日

保険契約者
日本税理士共済会 印(お届け印)
下記の者が加入資格を有することを確認しました。

私は裏面「被保険者同意事項」を確認し、また、告知欄の内容が事実に相違ないことを誓約のうえ、この保険契約への加入を申し込みます。

以下のプランの合算で本人4口以下、配偶者3口以下となるように○で囲んでください。
★基本保障プラン
★生活習慣病重点保障プラン
★ガン・女性疾病重点保障プラン
入院給付金日額・・・1口当たり5,000円

フリガナを確認または記入のうえ、漢字名を記入してください。

性別、生年月日を確認または記入してください。

必ず被保険者様ごとに押印してください(姓のみのご印鑑であれば同一印で構いません)。
なお、ご本人様に変更がない場合でも配偶者・こどものいずれかに変更がある場合には**ご本人様の押印が必要**です。

ご指定がない場合は約款に基づきます。

家族区分	被保険者名	被保険者押印欄	追加告知	性別	生年月日	基本保障プラン	生活習慣病重点保障	ガン・女性疾病重点保障	疾病障害一時金保障	介護一時金保障	傷害保障	死亡保険金受取人名	続柄名	続柄コード/受取人数
本人 0	フリガナ タイジュ タロウ / 漢字 大樹 太郎	(印 大樹)	該当する 1	0女 ①男	③昭和 4平成 53年 6月 25日	3口 ②口 1口	5201 ①口	5303 ①口	0065 3口 ②口 1口	0061 3口 ②口 1口	0063 3口 ②口 1口	フリガナを記入してください / 漢字		人
配偶者 1	フリガナ タイジュ ハナコ / 漢字 大樹 花子	(印 大樹)	該当する 1	⓪女 1男	③昭和 4平成 55年 7月 21日	2口 ①口	5201 ①口	5303 ①口	0065 3口 ②口 1口	0061 3口 ②口 1口	0063 3口 ②口 1口			
こども1 2	フリガナ タイジュ モモコ / 漢字 大樹 桃子	(印 大樹)	該当する 1	⓪女 1男	④平成 23年 2月 5日	①口								
こども2 3	フリガナを記入してください / 漢字	印	該当する 1	0女 1男	4 平成 年 月 日	1口								
こども3 4	フリガナを記入してください / 漢字	印	該当する 1	0女 1男	4 平成 年 月 日	1口								

オプション保障プラン

受取人続柄コード・・・1:配偶者 2:こども 3:父母 4:祖父母 5:兄弟姉妹
※配偶者は本人を上回る口数を選択できません。
※加入者全員に死亡保険金100万円が付加されています。
※配偶者・こどもの死亡保険金受取人は、本人となります。

8 以下の会員情報を必ずご記入願います。

所属会名	東 京 税理士会 品 川 支部
税理士登録番号	999999
フリガナ	タイジュ タロウ
税理士名	大樹 太郎 (印 大樹)
生命保険料控除証明書の要否	㊮ ・ 不要 (いずれかを○で囲んでください。)
書類送付先 □事務所 □自宅	〒141-0032 品川区大崎1-11-8 大樹会計事務所 TEL: 03 (5740) 0321

必ず押印してください。

本人の医療保険制度	

医療保険制度・・・1:組合保険 2:協会けんぽ 3:国民健保 4:国民健保(退職者) 5:共済組合 6:船員保険 7:後期高齢者医療制度

治療給付率 : 0%
給付金受取人 : 主契約の被保険者様

裏面告知欄をご確認ください。告知事項1. 2. 3. 4. 5. にひとつでも該当するときは追加告知欄に○をつけ、別送の被保険者告知書に詳細をご記入のうえ提出してください。

9 本人の代理請求人について
ご指定される場合、氏名(カタカナ)・続柄をご記入ください。また、続柄コードは以下の番号より選択ください。
1:配偶者 2:こども 3:父母 4:祖父母 5:兄弟姉妹
代理請求人指定可能な特約に申し込みのない場合、代理請求人の指定は無効です。

本人の代理請求人氏名(カタカナでご記入ください)	続柄名	続柄コード

裏面「被保険者同意事項」を必ずお読みいただき、内容を確認・ご了承のうえお申し込みください。

保険会社使用欄

団-2018-10

〈新規加入・増額の方〉
申込書裏面の「告知欄」をお読みのうえ、追加告知がある場合のみ追加告知欄に○をつけてください。
追って別紙「被保険者告知書」を送付いたしますので詳細事項をご記入のうえ提出してください。

加入口数を○で囲んでください。(「オプション保障」のみのご加入はできません。)

申込書は3枚複写と単票があります。
3枚複写のものは3枚目の「ご本人控」をお手元に残し、1、2枚目(2枚とも押印要)を日本税理士共済会へご提出ください。

選べる「医療保障」マイセレクト　負担金表（払込金額３カ月分）

本人・配偶者	基本保障			生活習慣病重点保障プラン	ガン・女性疾病重点保障プラン		疾病障害一時金保障プラン			介護一時金保障プラン			傷害保障プラン		
	１口	２口	３口	１口	男性1口	女性1口	１口	２口	３口	１口	２口	３口	１口	２口	３口
15歳～19歳（平成17年2月6日～平成21年8月5日）	円 4,455	円 6,840	円 9,225	円 450	円 255	円 980	円 30	円 60	円 90	円 30	円 60	円 90	円 120	円 240	円 360
20歳～24歳（平成12年2月6日～平成17年2月5日）	5,310	8,550	11,790	450	255	1,455	30	60	90	30	60	90			
25歳～29歳（平成7年2月6日～平成12年2月5日）	5,720	9,400	13,080	540	315	1,770	30	60	90	30	60	90			
30歳～34歳（平成2年2月6日～平成7年2月5日）	5,990	9,940	13,890	825	420	1,825	60	120	180	30	60	90			
35歳～39歳（昭和60年2月6日～平成2年2月5日）	6,245	10,390	14,535	1,335	615	1,905	60	120	180	30	60	90			
40歳～44歳（昭和55年2月6日～昭和60年2月5日）	6,925	11,630	16,335	2,040	935	2,180	120	240	360	60	120	180			
45歳～49歳（昭和50年2月6日～昭和55年2月5日）	7,975	13,530	19,085	3,165	1,470	2,765	180	360	540	150	300	450			
50歳～54歳（昭和45年2月6日～昭和50年2月5日）	9,745	16,800	23,855	4,620	2,205	3,390	270	540	810	360	720	1,080			
55歳～59歳（昭和40年2月6日～昭和45年2月5日）	12,150	21,040	29,930	6,940	3,285	4,365	480	960	1,440	560	1,120	1,680			
60歳～64歳（昭和35年2月6日～昭和40年2月5日）	16,240	28,450	40,660	10,740	5,050	5,870	920	1,840	2,760	920	1,840	2,760			
65歳～69歳（昭和30年2月6日～昭和35年2月5日）	23,095	40,970	58,845	15,935	7,355	8,035	1,750	3,500	5,250	1,600	3,200	4,800			
70歳～74歳（昭和25年2月6日～昭和30年2月5日）	33,325	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

こども	基本保障　１口
0歳～22歳（平成14年2月6日～）	円 2,775

- 上記表の基本保障（本人・配偶者のみ）には、加入者１人あたり1,890円（3カ月分）の制度運営費を加算しております。
- 保険年齢70歳～74歳の方は、基本保障１口のみご加入いただけます。（新規加入は69歳までとなります。）

私のプラン	基本保障	生活習慣病重点保障プラン	ガン・女性疾病重点保障プラン	疾病障害一時金保障プラン	介護一時金保障プラン	傷害保障プラン
	口　円	口　円	口　円	口　円	口　円	口　円