

2018年度「おしどり保障」加入申込書兼異動申出書

1 異動コード 51 6 団体番号 12
58860 008716-5

(団体定期保険)

保険契約者(団体名)	日本税理士共済会		
13 結合番号 00000	17 税理士登録番号		
34 事業所番号 *****	43 所属会名	税理士会	支部
44 所属番号	53		
被保険者(職員)番号 94	103 生命保険料 控除証明書	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要

申込締切日	2018年9月21日	1 申込日 (告知日)	26 20 年 月 日	33
加入日 (効力開始日)	2018年12月1日	18 25	必ずご記入 ください	

通信先住所 事務所 自宅

〒

TEL ()

保険契約者

日本税理士共済会

(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。

内容に変更がない場合は申込書の提出は不要です。
保障内容の変更は更新時の年1回のみです。

申込締切日は2018年9月21日となります。

受取人続柄…1:配偶者 2:子ども 3:父母
4:祖父母 5:兄弟姉妹 6:雇主 7:その他

私は以下の「被保険者同意事項」を確認し、また、告知欄の内容が事実と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。

家族区分	2	被保険者名	3	4	5	性別	生年月日	6 団体定期保険		7	死亡保険金受取人名	続柄	受取人続柄	現在のご加入内容	
								申込区分	保険金額						
本人	104	フリガナを記入してください	129	130	131	132	138 139	140	144 145	146	フリガナを記入してください	169	170	171	万円
	0	カナ 漢字	印	該当する ①	① 女 ① 男	③ 昭和 ④ 平成 年 月 日	① 加入・変更 ② 脱退 ③ 同額継続	1500 1000 500	万円	カナ 漢字					万円
配偶者	172	フリガナを記入してください	197	198	199	200	206 207	208	212 213	214	フリガナを記入してください	237	238	239	万円
	1	カナ 漢字	印	該当する ①	① 女 ① 男	③ 昭和 ④ 平成 年 月 日	① 加入・変更 ② 脱退 ③ 同額継続	500 100 400 300 200	万円	カナ 漢字					万円

3 新規加入・増額のお申し込み手続きにあたっては、以下の「被保険者同意事項」を必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえお申し込みください。

被保険者同意事項

- 本帳票の記載内容は事実と相違ないことを誓約します。
- 通知・配布された説明資料(以下、「説明資料」)により、保障内容等が意向に沿っていることを確認しました。
- 説明資料により契約内容および告知に関する重要事項や注意喚起情報等を確認し同意します。
- 個人情報の取扱いについて説明資料の記載内容を指定受取人とともに確認し同意します。

団体定期保険に付加される特約

4 新規加入・増額(配偶者を含む)の方で、告知事項1.2.3.にひとつでも該当する時は、追加告知欄に○印をつけ、別紙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。

私は告知事項1. 2. 3. のいずれにも該当しません。該当する場合は追加告知欄に記入します。

告知事項

- 告知日から過去3ヵ月以内に、医師・歯科医師の治療(指示・指導を含む)・薬の処方を受けたことがある。(※虫歯は除く)
- 告知日から過去1年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがある。(※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除く)
- 告知日から過去1年以内に、病気やけがで2週間以上の期間にわたる医師・歯科医師の治療(指示・指導を含む)、あるいは2週間分以上の薬の処方を受けたことがある。(※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊娠中絶・虫垂炎手術・虫歯は除く)

2018年度「おしどり保障」加入申込書のご記入要領

1 税理士登録番号、所属会名をご記入ください。生命保険料控除証明書欄に✓を入れてください。

2018年度「おしどり保障」加入申込書兼異動申出書
(団体定期保険)

三井生命提出用

【E0100】 三井生命保険株式会社 御中
異動コード 91 団体番号 12
58860 008716-5

保険契約者(団体名) 日本税理士共済会
結合番号 000000
事業所番号
所属番号
所属会名 ○○○○ 税理士会 ○○○○ 支部

申込締切日 2018年9月21日 申込日 2018年09月01日
加入日 2018年12月1日 (告知日) 必ずご記入ください

保険契約者 日本税理士共済会 (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。
内容に変更がない場合は申込書の提出は不要です。保障内容の変更は更新時の年1回のみです。
申込締切日は2018年9月21日となります。

通信先住所 事務所 自宅
〒
TEL ()

被保険者(職員)番号 生命保険料控除証明書 要 不要

私は以下の「被保険者同意事項」を確認し、また、告知欄の内容が事実と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。

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	申込区分	団体定期保険 保険金額	死亡保険金受取人名	現在のご加入内容
104	フリガナを記入してください ミツイ タロウ	(印)	①	①男	昭和 54年12月01日	① 加入・変更 ② 脱退 ③ 同額継続	1500 1000 500 万円	フリガナを記入してください (※ご記入不要です)	万円
105	三井 太郎	(印)	①	①男	昭和 54年12月01日	① 加入・変更 ② 脱退 ③ 同額継続	500 400 300 200 万円	フリガナを記入してください (※ご記入不要です)	万円
106	ミツイ ハナコ	(印)	①	①女	昭和 55年06月01日	① 加入・変更 ② 脱退 ③ 同額継続	500 400 300 200 万円	フリガナを記入してください (※ご記入不要です)	万円
107	三井 花子	(印)	①	①女	昭和 55年06月01日	① 加入・変更 ② 脱退 ③ 同額継続	500 400 300 200 万円	フリガナを記入してください (※ご記入不要です)	万円

新規加入・増額(配偶者を含む)の方で、告知事項1, 2, 3. にひとつでも該当する時は、追加告知欄に○印をつけ、別紙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。
私は告知事項1, 2, 3. のいずれにも該当しません。該当する場合は追加告知欄に記入します。

告知事項
1. 告知日から過去3ヶ月以内に、医師・歯科医師の治療(指示・指導を含む)・薬の処方を受けたことがある。(※虫歯は除く)
2. 告知日から過去1年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがある。(※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊婦中絶・虫歯炎手術・虫歯は除く)
3. 告知日から過去1年以内に、病気やけがで2週間以上の期間にわたる医師・歯科医師の治療(指示・指導を含む)、あるいは2週間分以上の薬の処方を受けたことがある。(※検査入院、内視鏡手術、レーザー治療、ファイバースコープ・カテーテル術を含み、正常分娩・人工妊婦中絶・虫歯炎手術・虫歯は除く)

三井生命使用欄
240 249

2 氏名(漢字とフリガナ)をもなく、正しくご記入ください。

3 被保険者押印欄は、被保険者ご自身が申込書左下の「被保険者同意事項」を確認のうえ、押印してください。なお、姓のみのご印鑑であれば配偶者も同一印で構いません。

4 申込書右下の「告知欄」の告知事項1・2・3にひとつでも該当する時は、追加告知欄に○印をつけてください。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。

5 この申込書を記入した日付をご記入ください。

通信先住所は、欄に✓を入れて、ご記入ください。

6 申込区分「1 加入・変更」と申込保険金額に○印をつけてください。

7 死亡保険金受取人は被保険者の配偶者となりますので、死亡保険金受取人名・続柄・受取人数欄は空欄で構いません。

☆ご記入にあたってご留意いただきたい事項☆

- ・申込書太枠部分に必要な事項をご記入ください。
- ・ご記入内容を訂正するときは、訂正箇所を二重線で消したうえ枠内余白に記入し、訂正印を押印してください。
なお、訂正印は被保険者押印欄に押印の印鑑をご使用ください。
(注) 配偶者に関する項目を訂正する場合は、配偶者の印鑑をご使用ください。
- ・加入資格のない方は、加入できません。

5 性別・生年月日(元号に○印)はもなく、正しくご記入ください。

※1…「治療(指示・指導を含む)」とは
医師・歯科医師の診察・検査を受けた結果、再検査をすすめられること、治療・入院・手術をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等を受けることをいいます。

※2…「2週間以上の期間にわたる」とは
病気やけがで、医師・歯科医師の検査・治療(指示・指導を含みます)を受け、転医、転科を含め、初診から終診までの継続加療期間で、医師・歯科医師の管理下にあった期間をいいます。
(実際の診療日数ではありません。)