

拠出型企業年金保険・大型グループ保険
 加入申込書 兼 告知書

申込日
(告知日)

令和
 年
 月
 日

以下の者について加入資格があることを確認し、上記「申込日」付で当団体定期保険契約への加入を申し込みます。

住友生命保険相互会社 御中

加入番号	取扱生保	ご加入年月
		令和 年 月

契約者名

愛知県勤務医師生活協同組合

印

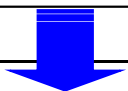
加入案内用資料を読み、重要な事項（契約概要・注意喚起情報等）の内容、個人情報の取扱いおよび申込内容が自らの意向（ニーズ）に沿ったものであることを確認・同意のうえ、契約者あて当制度への加入を申し込みます。

ご本人	ご住所	(〒)				
		TEL (- -)				
	フリガナ	性別	生年月日			申込印
	氏 名	1. 男	3. 昭和	年	月	日
		2. 女	4. 平成			
	医師免許番号					
	勤務先病院名	診療科目	(Tel - - 科)			

《拠出型企業年金保険》申し込みにあたり、私は現在健康で正常に就業しています。
 * 該当項目に記入ください。

月払	新規加入 口 , 000円	増 口 口 , 000円	減 口 口 , 000円	合計（残）口数 口 , 000円
一時払	今回申込 口 0万円			

《大型グループ保険》* お申込のコースの保険金を○で囲んでください。

保険金額	4, 000万円 (Aコース)	3, 000万円 (Bコース)	2, 000万円 (Cコース)	1, 000万円 (Dコース)	500万円 (配偶者コース)	配偶者コースを選択された方は押印ください。 
	《 新規加入 ・ コース変更 (⇒) 》					

● 配偶者記入欄 * 配偶者コースを選択された方のみご記入ください。

配偶者	フリガナ	性別	生年月日			申込印
	氏 名	1. 男	3. 昭和	年	月	日
		2. 女	4. 平成			

● 死亡保険金受取人記入欄

ご本人 死亡保険金受取人	(フリガナ)	続柄	割合	死亡保険金受取人の続柄は数字でご記入ください。 1. 配偶者 2. 子 3. 孫 4. 父母 5. 祖父母 6. 兄弟姉妹 9. その他 ※「9. その他」とされた場合、生命保険会社から確認させていただくことがあります。
配偶者 死亡保険金受取人	(フリガナ)	続柄	割合	

この申込書で死亡保険金受取人を変更される場合、変更の効力は申込書面に記載の「ご加入年月」からとなります。
 死亡保険金受取人を「ご加入年月」より前に変更したい場合は「異動通知書」にて別途お手続きください。

告知事項 (該当の方のみご記入ください)	ご加入（増額）を申し受けるかどうかを決める重要な事項ですので正確に記入してください。事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合、「告知義務違反」として保険金等のお支払いができない場合があります。	
	1. 最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことのある方はご記入ください。 2. 過去1年以内に、病気やケガで2週間以上の期間にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを受けた場合、または過去1年以内に、病気やケガで、「継続して2週間以上の入院をした方」または「手術をうけた方」のいずれかがいる場合はご記入ください。	
	氏名 病気やケガの名前・検査名および部位	手術名 入院期間 (年 月 ~ 年 月) 日間 診察・検査・治療・投薬を受けた年月 年 月 ~ 年 月 現状 (治ゆ・ 治ゆ以外) ◆高血圧症の場合はご記入ください。 血圧値 (最高 最低) ◆糖尿病の場合はご記入ください。 空腹時血糖値 mg/dl インスリン治療の有無 (有 ・ 無) 合併症の有無 (有 ・ 無)
	氏名 病気やケガの名前・検査名および部位	手術名 入院期間 (年 月 ~ 年 月) 日間 診察・検査・治療・投薬を受けた年月 年 月 ~ 年 月 現状 (治ゆ・ 治ゆ以外) ◆高血圧症の場合はご記入ください。 血圧値 (最高 最低) ◆糖尿病の場合はご記入ください。 空腹時血糖値 mg/dl インスリン治療の有無 (有 ・ 無) 合併症の有無 (有 ・ 無)

【個人情報のお取扱いについて】
 この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者（被保険者）の個人情報（氏名、性別、生年月日、健康状態等）および受取人の氏名・続柄を団体（契約者）が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。
 生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供（関連会社・提携会社を含む）、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱生命保険会社および再保険会社を上記目的の範囲内で提供します。
 なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。
 また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取扱います。
 （注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。