

加入のお申込みをされるお客様(ご加入者)

|                 |  |             |  |   |                               |  |         |             |          |  |
|-----------------|--|-------------|--|---|-------------------------------|--|---------|-------------|----------|--|
| ご記入日<br>(加入依頼日) |  | (必ずご記入ください) |  | 加入者<br>保険期間   | 令和 4 年 1 月 1 日~令和 5 年 1 月 1 日 |  | 払込方法・回数 | 団体・引当 月払    |          |  |
| 郵便番号            |  |             |  | 連絡先<br>(電話番号)   |                               |  |         | 加入者<br>証券番号 | 被保険者明細番号 |  |
| ご住所<br>カナ       |  |             |  | 生年月日  | 明治・大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日       |  | 性別      | 男性 女性       |          |  |
| 漢字              |  |             |  | 所属名<br>カナ   |                               |  |         |             |          |  |
| 漢字              |  |             |  | 漢字  |                               |  |         |             |          |  |
| お名前<br>カナ       |  |             |  | 私は左頁「ご加入時の同意内容について」を確認し、<br>契約者である企業・団体に対して加入(変更、更新<br>しない等)を依頼します。 |                               |  |         |             | 所属コード    |  |
| ご署名             |  |             |  |   |                               |  |         |             | 社員コード    |  |
| ご捺印             |  |             |  |   |                               |  |         |             |          |  |

個人の場合はフルネームで自署、法人の場合は捺印をお願いします。

ご希望のお手続き  
(1~5のいずれかに○)

1 新規に加入

更新

2 加入内容変更

3 被保険者明細追加

4 本被保険者明細は更新しない

5 全員更新しない

保険の対象となる方(被保険者)

|                                       |                   |    |  |  |                        |                         |                          |                           |
|---------------------------------------|-------------------|----|--|--|------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| ご加入者<br>と同一<br>異なる場合は<br>右欄に記入        | 本人の<br>お名前        | カナ |  |  | ★生年月日                  | 明治・大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日 |                          | 加入者からみた続柄<br>(2桁コード Dご参照) |
|                                       | 漢字                |    |  |  | ★性別                    | 男性 女性                   |                          | ★他の<br>保険契約等              |
| ご加入者<br>ご住所と<br>同じ<br>異なる場合は<br>右欄に記入 | 本人の<br>ご住所        | カナ |  |  | ★職業・職務<br>(傷害・所補のみ)    | (3桁コード Dご参照)            |                          | 傷害補償<br>職種級別              |
|                                       | 漢字                |    |  |  | がん保険金<br>受取人氏名<br>(カナ) |                         |                          | 被保険者本人<br>からみた受取人<br>の続柄  |
|                                       | 住宅<br>(建物)<br>所在地 | 漢字 |  |  |                        |                         | 被保険者本人<br>からみた受取人<br>の続柄 |                           |

▲がん補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合に記入。

ご希望のタイプ・口数をご記入ください。

|      |       |       |               |         |        |      |      |      |
|------|-------|-------|---------------|---------|--------|------|------|------|
| 1 傷害 | 2 個人賠 | 3 携行品 | 4 ホールイン<br>ワン | 5 生活用動産 | 6 GLTD | 7 医療 | 8 がん | 9 介護 |
| タイプ  | 口数    | タイプ   | タイプ           | タイプ     | タイプ    | タイプ  | タイプ  | タイプ  |
|      |       |       |               |         |        |      |      |      |

タイプごとの補償内容や保険料等については募集パンフレット等にてご確認ください。

|             |              |
|-------------|--------------|
| 被保険者・1回分保険料 | 加入者・1回分合計保険料 |
| 円           | 円            |

(注)被保険者明細が複数部の場合は、合計した保険料を記入

回答記入欄・署名欄

|                |            |      |  |      |   |    |    |
|----------------|------------|------|--|------|---|----|----|
| ★被保険者本人        | 団体長期障害所得補償 | 医療補償 | *5 被保険者(本人または<br>医療補償・がん補償<br>家族タイプのお子様)<br>が満15歳未満の場合<br>には、親権者・後見人<br>等(後見人・保佐人・<br>補助人)の代表者1名<br>が全員の同意をいた<br>したうえで、被保険<br>者に代わってご署名<br>ください。<br>(ご署名例:安心ショウタ<br>親権者 安心ヒロシ) | 介護補償 | *6 お子様氏名は年齢(年長)順に<br>ご記入ください。<br>*7 医療補償・がん補償の対象と<br>なるお子様の人数を記載くだ<br>さい。 |    |    |
|                | 質問 1       | なし   |  | あり   |   | なし | あり |
|                | 質問 2       | なし   |  | あり   |   | なし | あり |
|                | 質問 3       | なし   |  | あり   |   | なし | あり |
| ★家族タイプの<br>配偶者 | 質問 1       | なし   | あり   | なし   | あり  |    |    |
|                | 質問 2       | なし   | あり   | なし   | あり  |    |    |
|                | 質問 3       | なし   | あり   | なし   | あり  |    |    |
|                | 質問 4       | なし   | あり   | なし   | あり  |    |    |
| ★家族タイプの<br>お子様 | 質問 1       | なし   | あり   | なし   | あり  |    |    |
|                | 質問 2       | なし   | あり   | なし   | あり  |    |    |
|                | 質問 3       | なし   | あり   | なし   | あり  |    |    |
|                | 質問 4       | なし   | あり   | なし   | あり  |    |    |

対象となるお子様が3名以上の場合は、B「加入依頼書」裏面に「ご署名ください」

健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容、【がん補償の  
場合】B「加入依頼書」がん保険金受取人の指定の内容\*4  
について確認・同意します。

\*4 特にお申し出がない限り、更新前契約と同意内容での更新となります。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容について確認・同意します。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

(カナ必須)

配偶者(自署)

生年月日(必須) 平成 令和 年 月 日

健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容について確認・同意します。

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

\*5 \*6  
お子様1(自署)

生年月日(必須) 平成 令和 年 月 日

告知日(ご記入日) 令和 年 月 日

\*5 \*6  
お子様2(自署)

生年月日(必須) 平成 令和 年 月 日

|    |     |    |    |     |    |
|----|-----|----|----|-----|----|
| 項目 | コード | 内容 | 項目 | コード | 内容 |
|    |     |    |    |     |    |
|    |     |    |    |     |    |
|    |     |    |    |     |    |
|    |     |    |    |     |    |

|          |       |
|----------|-------|
| 旧加入者証券番号 | 旧明細番号 |
|          |       |

|             |           |                 |
|-------------|-----------|-----------------|
| 営業店         | 8 8 1 1   | 三菱UFJ 室         |
| 代理店/仲立人     | 4 9 1 2   | エムエスティ保険サービス東日本 |
| 契約者<br>(団体) | S X 3 4 0 | 三菱HCキャピタル       |

|    |  |
|----|--|
| 部数 |  |
|----|--|

A010503202201 20210820

AN00524196-03/06 8A1N-0112999