

# 3大疾病サポート保険 (団体型)

## 被保険者加入申込書 兼 被保険者同意確認通知書

3 疾 病 サ ポ 保 険  
整理番号バーコードシール貼付欄  
(第一生命使用欄)

### 第一生命保険株式会社 行

貴社の3大疾病サポート保険(団体型)普通保険約款(特約付のときはその特約条項)および保険料率を承知し、各被保険者の同意を得たことを通知するとともに、当該申込書に記載の加入者について生命保険契約を申し込みます。

各被保険者の同意を得るにあたっては、被保険者となるべき者全員に対して、お知らせ文書のとおり3大疾病サポート保険(団体型)の契約内容及び個人情報の取扱についての通知を行い、被保険者となることに同意しなかった者については申し込みから除外しています。

当該申込書に記載の事項および告知事項は事実と相違ありません。また、この申込書の記載事項について貴社から照会を受けた時は、速やかに確認のうえ回答いたします。もしこの事実と相違した場合は、契約またはその一部が解除されても異議ありません。今回の手続きは、保険契約者(または事務代行者)としての手続きであることに相違ありません。

**1** この申込書の **1** ページ ~ **1** ページ に記載された事項は事実と相違ありません。  
同一加入年月日で、この申込書を2枚以上同時に提出される場合は、**1**には最終ページを、**3**には当該ページを記入してください。それにより **5** (契約者告知項目) および **8** (保険契約者項目) は、1ページ目一括して記入いただくことで、2ページ目以降の記入を省略できます。

**2** 団体番号 事業所番号

29	10	結合	CD	00000000	枝	CD	28
----	----	----	----	----------	---	----	----

**3** ページ **4** 加入年月日(和暦)

29	32	年	月	日	0	1
----	----	---	---	---	---	---

加入年月日は、被保険者資格を得た日の直後の契約日に応ずる日(通常は1日)となります。

ご指定の番号(従業員番号等)がある場合には必ずご記入ください。ご記入ない場合は当社で配番いたします。

被保険者名はカタカナでご記入ください。

7 被保険者番号(右詰)	本配分区分	被保険者名(カナ)	性別	生年月日	主契約保険金額	職種職階コード	入社年月日
62	72	73	92	93 94	100 101	105 128 131	132
151	161	162	181	182 183	189 190	194 217 220	221
240	250	251	270	271 272	278 279	283 306 309	310
329	339	340	359	360 361	367 368	372 395 398	399
418	428	429	448	449 450	456 457	461 484 487	488

訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、余白部分に訂正者の押印またはご署名(フルネーム)のうえ、正しい内容をご記入ください。  
制度内容を変更した場合は、被保険者となられる方への通知の際にご使用された「契約内容についての通知文書『3大疾病サポート保険(団体型)についてのお知らせ』(お知らせ文書)」を添付のうえ、ご提出ください。

**5** 契約者告知事項として今回加入申込者について次の事項を告知します。

告知日(和暦) (告知事項①~③の記入日)		年	月	日
①	告知日現在、病気により休務中の方や健康上の理由で正常に就業していない方(就業の制限を含む)はいませんか。	いる	いない	
②	告知日から過去5年以内に、病気で継続2週間以上休務された方はいませんか。	いる	いない	
③	契約者が既に取得している情報の範囲でこれまでに、がん(上皮内がん・肉腫・白血病・リンパ腫を含む)にかかったことがある方はいませんか。	いる	いない	

**\*「就業の制限」とは**  
勤務に制限を加える必要があるもので、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。

**\*おたずねしている「がん」とは**  
がん(悪性新生物)、肉腫、リンパ腫、白血病、メラノーマ(悪性黒色腫)、ホジキン病、多発性骨髄腫、骨髄異形成症候群、真正赤血球増加症(多血症)、慢性骨髄増殖性疾患、本態性(出血性)血小板血症、カルチノイド、上皮内がん(上皮内新生物)、非浸潤がん、子宮頸がん0期、大腸の粘膜内がん、ポリープ、HSL、CIN3、VIN3、VAIN3、子宮頸部・膣部・外陰部の高度異形成、CIN2、VIN2、VAIN2、子宮頸部・膣部・外陰部の中等度異形成 など

**\*告知対象外の「休務」「就業の制限」について**  
告知事項①②は、以下の事由のみの休務、またはそれに関連した就業の制限は、告知の対象(「いる」と)なりません。  
1. 「労働基準法」第65条にもとづく産前・産後休業  
2. 「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」第2章および第3章にもとづく育児休業および介護休業

**6** 所属コード(左詰)

40	59	60	61
----	----	----	----

※所属コードをご使用の場合のみご記入ください。

**8** 保険契約者

団体名
代表者名
事務担当者名
<input type="checkbox"/> 訂正箇所ありの場合、レ点チェックしてください

左記①~③のいずれかが「いる」の場合、別途「契約者一括告知書」をご提出ください。

当保険の加入について、被保険者全員の記名・押印(または署名)により同意確認を実施する(個々同意方式)場合は、加入申込者(被保険者となられる方)が契約内容を確認のうえご本人印を押印いただくかご署名ください。  
従業員代表者が同意確認を行う契約(包括同意方式)の場合は、ご本人印の押印に替え、別途「内容通知に関する確認書」をご提出ください。

『3大疾病サポート保険(団体型)についてのお知らせ』(お知らせ文書)に記載の3大疾病サポート保険(団体型)の契約内容及び個人情報の取扱について受取人と共に同意します。

9 被保険者同意確認欄(押印または署名)		第一生命使用欄	
名	告知	名	告知
印	または 署名(フルネーム)	148	149
		0 無	0 不要
		1 有	1 要
印	または 署名(フルネーム)	237	238
		0 無	0 不要
		1 有	1 要
印	または 署名(フルネーム)	326	327
		0 無	0 不要
		1 有	1 要
印	または 署名(フルネーム)	415	416
		0 無	0 不要
		1 有	1 要
印	または 署名(フルネーム)	504	505
		0 無	0 不要
		1 有	1 要