

総合福祉団体定期保険 被保険者加入申込書兼被保険者同意確認通知書

①②の欄の「いる」「いない」に○をご記入ください。なお、「いる」に○を記入した場合は、別途「契約者一括告知書」をご提出ください。

告知日（記入日）をご記入ください。なお、責任開始期へ影響のある重要事項ですので、当社へ提出する前に再度点検をお願いいたします。

・訂正する場合、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。

・訂正した場合、以下にレ点を入れてください。

総合福祉団体定期保険
被保険者加入申込書兼被保険者同意確認通知書

第一生命保険株式会社(事務所) 行
貴社の総合福祉団体定期保険普通約款(特約付の時はその特約条項)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。

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①②の記入日) 年 月 日

告知日現在、病気やけがにより休職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? ① いる ② いない

② 引き続き2週間以上休職された方はいませんか? ① いる ② いない

8 団体名 株式会社〇〇〇〇
代表取締役 第一太郎
山田 一郎

9 被保険者同意確認欄(押印欄)
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場合のみ、加入申込者(被保険者となる方が契約内容を確認のうえご本人印を押印)してください。

2 団体番号 09... 00000000

3 ページ 1 加入年月日(和暦) 年 月 日 加入年月日は、被保険者資格を得た日の直後の契約日(※)に相当する日(通常は1日)となります。

6 所属コード(左 語) 山田 一郎

7 被保険者番号(右 語) 被保険者名(カナ) 性別 生年月日 主契約保険金額 主契約保険金受取人名(カナ) 受取人続柄コード 入社年月日 給与金額(円) 被保険者同意確認欄(押印または署名)

被保険者番号(右 語)	被保険者名(カナ)	性別	生年月日	主契約保険金額	主契約保険金受取人名(カナ)	受取人続柄コード	入社年月日	給与金額(円)	被保険者同意確認欄(押印または署名)
30	ヒビヤ タロウ	男	44 10 27	200	山田 一郎	01			日比谷
31	オオモリ ジロウ	男	59 03 11	200					大森 次郎

必ず(和暦にて)ご記入ください。

注) 当社宛のご提出が遅れた場合、お申し出どおりのお取扱いができない場合がありますのでご注意ください。

当保険の加入について被保険者全員の押印または署名により同意確認を実施する場合のみ、被保険者となる方が契約内容を確認のうえ、押印または署名ください。

保険金受取人を個別指定する場合のみ、以下の「受取人続柄コード」をご記入ください。

- 01 : 夫
- 02 : 妻
- 03 : 父
- 04 : 母
- 10 : 子ども長男
- 11 : 子ども次男
- 12 : 子ども三男
- 13 : 子ども四男
- 14 : 子ども五男
- 15 : 子ども長女
- 16 : 子ども次女
- 17 : 子ども三女
- 18 : 子ども四女
- 19 : 子ども五女
- 20 : 兄弟姉妹
- 50 : 契約者
- 60 : 各事業主
- 70 : 約款順位
- 80 : 労基法順位
- 90 : 法定相続人