

証券(事業所)番号 ③	
勤務所番号 ④	
勤務所名	
被保険者番号 ⑤	
被保険者氏名	

「OKI総合保障制度」加入申込書 兼 告知書

長期療養収入補償制度 (団体長期障害所得補償保険)

団体名：沖電気工業株式会社

提出用

効力発効日

2026年1月1日

申込締切日

2025年8月25日

申し込み時における告知・確認事項

●お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。

私(本人)は、申込日(告知日)現在、記載の告知内容および以下の事項について確認・承知のうえ、この契約の加入(増額)を申し込みます。

- パンフレット等説明資料に記載された契約内容を承知し、意向に沿った申込内容であることを確認しました。
- 申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、裏面の告知内容と相違がないことを確認しました。
- 「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。
- 個人情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。

申込日(告知日) ⑮	2025年 月 日
------------	-----------

加入(増額)のお申し込み手続きにあたり、加入(増額)する申込者の告知内容が、申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

※新規加入・内容変更・脱退等する場合、必ず記入・押印ください。

◎自身の加入内容を確認したうえで、今回… (※いずれかにチェック) 変更のない場合は提出不要です。

- 新規加入で申し込みます。 加入内容を変更します。 → 申込日(告知日)、お申し込み欄に記入・押印のうえご提出ください。

日中連絡先
(必ずご記入をお願いします)

TEL :
Mail :

新規加入および変更の方のみ申込書をご提出ください。申込書の提出のない方は自動更新となります。
お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。

区分	被保険者氏名 (カタカナでご記入ください)	性別	生年月日 (該当箇所を○で囲んでください)	申込欄		「確認印」 兼 「申込印」 兼 「告知印」
				申込コースを ○印で囲んでください。	告知記号	
100		1男 5女	3昭 5平 年 月 日		ア	
現在加入 コース	標準報酬月額 50 %コースに申し込みます。			50 %コース		印
	標準報酬月額 30 %コースに申し込みます。			30 %コース		
	標準報酬月額 20 %コースに申し込みます。			20 %コース		
	加入しません			加入しません		

告知記号に対応する下記告知内容をご確認のうえ、お申込ください。

加入（増額）のお申し込み手続きにあたり、加入（増額）する申込者の告知内容が、申込日（告知日）現在の就業状態、健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

告知内容

告知記号
ア

<本人>

【現在の就業状態】

申込日（告知日）現在、病気やけがで休職・休業中でなく、かつ、病気により就業を制限されていません。

（注）「就業を制限」とは、勤務に制限を加える必要のあるもので、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。

【過去3ヵ月以内の健康状態】

申込日（告知日）より起算して過去3ヵ月以内に、医師による診察または健康診断・人間ドックを受け、その結果、検査（再検査・精密検査を含みます）・入院・手術をすすめられていません。

（注）検査をすすめられ検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。

【過去2年以内の健康状態】

申込日（告知日）より起算して過去2年以内に、医師による診察・検査・治療を受けた期間または薬の処方期間が、14日以上要した病気にかかったことはありません。

（注）①同一の病気で転院・転科している場合は通算します。

②「医師による診察・検査・治療を受けた期間」は初診から終診（医師の判断によるもの）までの期間をいいます。

③診察・検査の結果、異常が認められなかった場合は該当しません。

④「治療」には、指示・指導を含みます。

告知の対象とならない事項

- 医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤の服用
- 歯科医師による虫歯の治療
- 手術により完治した急性虫垂炎
- 完治後のかぜ
- 色覚異常
- 現在治療を受けていない花粉症・水虫
- 妊娠中および分娩後で定期健診のみ受診

証券(事業所)番号 ^③	
勤務所番号 ^④	
勤務所名	
被保険者番号 ^⑤	
被保険者氏名	

「OKI総合保障制度」加入申込書 兼 告知書

長期療養収入補償制度 (団体長期障害所得補償保険)

団体名：沖電気工業株式会社

本人控

効力発効日

2026年1月1日

申込締切日

2025年8月25日

申し込み時における告知・確認事項

●お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。

私(本人)は、申込日(告知日)現在、記載の告知内容および以下の事項について確認・承知のうえ、この契約の加入(増額)を申し込みます。

- パンフレット等説明資料に記載された契約内容を承知し、意向に沿った申込内容であることを確認しました。
- 申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、裏面の告知内容と相違がないことを確認しました。
- 「重要事項説明(契約概要・注意喚起情報)」の内容を確認し、承知しました。
- 個人情報の取扱いについて、説明資料等の記載内容を承知し、同意しました。

申込日(告知日) ^⑮	2025年 月 日
-----------------------	-----------

加入(増額)のお申し込み手続きにあたり、加入(増額)する申込者の告知内容が、申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金をお支払いできないことがありますので、十分にご注意ください。

※新規加入・内容変更・脱退等する場合、必ず記入・押印ください。

◎自身の加入内容を確認したうえで、今回… (※いずれかにチェック) 変更のない場合は提出不要です。

- 新規加入で申し込みます。 加入内容を変更します。 → 申込日(告知日)、お申し込み欄に記入・押印のうえご提出ください。

日中連絡先
(必ずご記入をお願いします)

TEL :
Mail :

新規加入および変更の方のみ申込書をご提出ください。申込書の提出のない方は自動更新となります。
お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。

本人	⑥ 区分	⑦ 被保険者氏名 (カタカナでご記入ください)	⑧ 性別	⑨ 生年月日 (該当箇所を○で囲んでください)			申込欄		「確認印」 兼 「申込印」 兼 「告知印」
	100	1男 5女	3昭 5平 年 月 日	⑩ 告知記号 ア		申込コースを ○印で囲んでください。			
現在加入	標準報酬月額 50 %コースに申し込みます。		⑪ 50 %コース		⑭ 印				
	標準報酬月額 30 %コースに申し込みます。		30 %コース						
	標準報酬月額 20 %コースに申し込みます。		20 %コース						
	加入しません		加入しません						