

「長期療養時の所得サポート制度」加入申込書 兼 告知書

(団体長期障害所得補償保険) (健康づくりサポート)

団体名: [REDACTED]

団体提出用

御中

団体番号③ 91902712000001
 代議員区コード
 支部コード④
 支 部
 職 場 名
 社 員 番 号⑤
 氏 名

効力発効日

2021年9月1日

申込締切日

2021年6月11日

①「長期療養時の所得サポート制度」申込欄

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	
1-100		1男 5女	3昭 5平 年 月 日			
本人	既加入内容	免責期間 365 日コース (保険金月額 5 万円) に申込みます。		5	万円コース	印
		免責期間 365 日コース (保険金月額 10 万円) に申込みます。		10	万円コース	
		免責期間 365 日コース (保険金月額 15 万円) に申込みます。		15	万円コース	
		免責期間 7 日コース (保険金月額 5 万円) に申込みます。		S1	コース	
		免責期間 7 日コース (保険金月額 10 万円) に申込みます。		S2	コース	
		免責期間 7 日コース (保険金月額 15 万円) に申込みます。		S3	コース	
	コース	脱退します				

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	
1-200		1男 5女	3昭 5平 年 月 日			
配偶者	既加入内容	A1 コース (保険金月額 5 万円) に申込みます。		A1	コース	印
		A2 コース (保険金月額 10 万円) に申込みます。		A2	コース	
	コース	脱退します				

②「健康づくりサポート」申込欄

既加入内容	健康づくりサポートに加入される場合は必ずご記入ください。 健康づくりサポートは明治安田生命保険相互会社が提供するサービスです。(事務委託先 明治安田ライフプランセンター株式会社)健康づくりサポートのみの加入はできません。健康づくりサポートのサービス内容は変更される場合があります。パンフレット等説明資料に記載された加入者規約を承諾しました。
本人	「健康づくりサポート」へ加入される方は下記を○印で囲んでください。 <input type="checkbox"/> 加入します <input type="checkbox"/> 脱退します
申込欄	「確認印」兼「申込印」 印
申込者住所	〒 [REDACTED] フリガナ [REDACTED] おとごころ [REDACTED] 都道府県 [REDACTED] TEL ([REDACTED])

③ 申込日(告知日)

告知事項	私(本人・配偶者)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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 申込日(告知日)現在の就業状態・健康状態は、記載の告知内容と相違がないことを確認しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 「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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。
申込内容	申込内容についての効力は、記載の「効力発効日」から生じます。 加入(増額)のお申し込み手続きに当たり、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。
申込日(告知日)	2021年 月 日 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

加入申込書 兼 告知書 (健康づくりサポート)

団体名: [Redacted]

明治安田生命提出用

経由 明治安田生命保険相互会社 経由 明治安田ライフプランセンター株式会社 御中

団体番号	91902712000001
代議員区コード	
支部コード	
支部	
職場名	
社員番号	
氏名	

効力発効日
2021年9月1日
申込締切日
2021年6月11日

1 「長期療養時の所得サポート制度」 申込欄

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 (該当箇所を○で囲んでください)	生年月日			申込欄 申込コースを ○印で囲んでください。	「確認印」 兼 「申込印」 兼 「告知印」
			3	5	平		
1	100	1男 5女	3	5	平		
本人							

2 「健康づくりサポート」 申込欄

既加入内容

申込欄

「健康づくりサポート」へ加入される方は下記を○印で囲んでください。

加入します

脱退します

「確認印」兼「申込印」

印

健康づくりサポートに加入される場合は必ずご記入ください。

健康づくりサポートは明治安田生命保険相互会社が提供するサービスです。(事務委託先 明治安田ライフプランセンター株式会社)健康づくりサポートのみの加入はできません。健康づくりサポートのサービス内容は変更される場合があります。パンフレット等説明資料に記載された加入者規約を承諾しました。

申込者住所

〒	フリガナ
おとこ	都道府県
	TEL ()

3 申込日(告知日)

<p>告知・確認事項</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■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、記載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。 	<p>申込内容についての効力は、記載の「効力発効日」から生じます。</p> <p>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。</p>	<p>申込日(告知日)</p> <p>2021年 月 日</p> <p>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</p>
--	---	--

[Redacted] 明治安田生命保険相互会社、明治安田ライフプランセンター株式会社が保有する保険契約または、「健康づくりサポート」の加入有無の確認および更新手続等を目的として、3者が相互に開示することを同意の上、申し込みます。

通し番号

MYG-21-申-3 MYLP-申-21-健サ-001

告知記号に対応する下記告知内容をご確認のうえ、お申しください。

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
夕

<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。

<配偶者>

【現在の健康状態】

申込日（告知日）現在、医師による治療期間中または、薬の処方期間中ではありません。

（注）①「治療」には、指示・指導を含みます。

②「医師による治療期間」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。

<本人・配偶者共通>

【過去3 ヶ月以内の健康状態】

申込日（告知日）より起算して過去3 ヶ月以内に、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
- 現在治療をうけていない花粉症・水虫
- 妊娠中および分娩後で定期健診のみ受診