

団体契約加入依頼書

FLEX

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト（<https://www.sompo-japan.co.jp/>）に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の者（被保険者等）より必要な同意を得たうえ、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。

19.05

< 帳票 54267-1 >

証券番号 **9 1**

団体名

保険期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

健康告知事項 ~所得補償保険・団体長期障害所得補償保険 団体用医療保険にご加入の場合~ 新規加入される方、あるいは加入内容もしくは告知事項に変更のある方は、別途所定の告知書をご記入願います。

★疾病による学業費用補償特約セットの場合 被保険者の学校の種類が複数になる場合は、該当するものすべてに○をしてください。
① 小学校入学前 ② 小学校 ③ 中学校、高校 ④ 大学 ⑤ その他

加入者合計 保険料 (シート計) ※分割払は1回分 千 円 中途加入の場合記入 即時追加保険料 千 円

申込日 令和 年 月 日 加入者住所・氏名、被保険者氏名のフリガナは必ずご記入ください。
住所 漢字 フリガナ
氏名 漢字 フリガナ
扶養者 フリガナ 加入者と異なるときのみ記入（傷害総合のみ）
性別 (1)男 (2)女 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令 年 月 日生

明細整理番号の使用方法は契約によって異なりますので内容をご確認のうえご記入ください。
521 所属コード 明細整理番号1
522 職員番号 明細整理番号2
523 明細整理番号3
524 明細整理番号4
525 明細整理番号5
<漢字>
KG6 明細整理番号6
KG8 明細整理番号7

被保険者氏名	性別	傷害別	型	口数	保険料 (分割払は1回分)	即時追加保険料
1 ① 氏名 漢字 加入者と同じ場合は記入不要です。 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令 年 月 日生	(1)男 (2)女		800 型 801 □ 802 型 803 □ 804 型 805 □ 806 型 807 □ 808 型 809 □	1	0A0 千 円 0A1 千 円 0A2 千 円 0A3 千 円 0A4 千 円 0A5 千 円 0A6 千 円 0A7 千 円 0A8 千 円 0A9 千 円	0A0 千 円 0A1 千 円 0A2 千 円 0A3 千 円 0A4 千 円 0A5 千 円 0A6 千 円 0A7 千 円 0A8 千 円 0A9 千 円
2 氏名 漢字 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女		810 型 811 □ 812 型 813 □ 814 型 815 □ 816 型 817 □ 818 型 819 □		0E0 千 円 0E1 千 円 0E2 千 円 0E3 千 円 0E4 千 円 0E5 千 円 0E6 千 円 0E7 千 円 0E8 千 円 0E9 千 円	0E0 千 円 0E1 千 円 0E2 千 円 0E3 千 円 0E4 千 円 0E5 千 円 0E6 千 円 0E7 千 円 0E8 千 円 0E9 千 円
3 氏名 漢字 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女		820 型 821 □ 822 型 823 □ 824 型 825 □ 826 型 827 □ 828 型 829 □		0J0 千 円 0J1 千 円 0J2 千 円 0J3 千 円 0J4 千 円 0J5 千 円 0J6 千 円 0J7 千 円 0J8 千 円 0J9 千 円	0J0 千 円 0J1 千 円 0J2 千 円 0J3 千 円 0J4 千 円 0J5 千 円 0J6 千 円 0J7 千 円 0J8 千 円 0J9 千 円
4 氏名 漢字 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女		830 型 831 □ 832 型 833 □ 834 型 835 □ 836 型 837 □ 838 型 839 □		0N0 千 円 0N1 千 円 0N2 千 円 0N3 千 円 0N4 千 円 0N5 千 円 0N6 千 円 0N7 千 円 0N8 千 円 0N9 千 円	0N0 千 円 0N1 千 円 0N2 千 円 0N3 千 円 0N4 千 円 0N5 千 円 0N6 千 円 0N7 千 円 0N8 千 円 0N9 千 円

補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VH0 群コード	VH1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VH5 群コード	VH6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VL0 群コード	VL1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VL5 群コード	VL6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VP0 群コード	VP1 疾病名
2 種目名称	種目コード
VP5 群コード	VP6 疾病名
補償対象外とする疾病	
1 種目名称	種目コード
VSO 群コード	VSI 疾病名
2 種目名称	種目コード
VSS 群コード	VSS6 疾病名

520 ★他の保険契約等(注) (9)別紙
517 受取人指定・被保険者同意 (9)別紙 518 住宅の所在地 (9)別紙 519 扶養者住所氏名 (9)別紙
526 (9)脱退 (印) 前頁からの続き 527 (1) 整理番号

特殊不備	指示	確認	021	024	025	022
①	不備					

～所得補償保険・団体長期障害所得補償保険・団体用医療保険にご加入の場合～

次に該当される方は、別途所定の健康告知書をご記入ください。

- (1) 新規にご加入される方
- (2) 継続してご加入の方で、加入口数を増やされる方
- (3) 継続してご加入の方で、保険金額を増額される方
- (4) 継続してご加入の方で、てん補期間（保険金をお支払いする期間）を延長される方
- (5) 継続してご加入の方で、免責期間（保険金をお支払いできない期間）を短縮される方
- (6) 継続してご加入の方で、新たに家事従事者特約をセットされる方

保険種類 コード 表	大分類	小分類	保険種類コード
	団体総合保険	団体用医療	7193
	所得補償保険	団体長期障害所得 (GLTD)	7002
所得		7074	