

Osaka Metro グループ 団体総合生活補償保険(MS&AD型) 加入申込票 兼 健康状況告知書

STEP1 申込人情報と手続区分についてご確認のうえご記入ください。

☐内は必ずご記入ください。

住所	317 (カタカナ)	
〒	—	[399](漢字)
012		
申込人名	307 (カタカナ)	
「ご加入内容確認事項」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。		
[347]フルネームでご署名ください。(漢字)		
職場名	018 (カタカナ)	所 属 019 コード

加入 申込日	010 令和R 年 月 日
社 員 番 号	017
電 話 番 号	011
生 年 月 日	980 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 性 982 (男) ₁ 年 月 日 別 (女) ₂

メッセージ

団体総合生活補償保険 (MS&AD 型)

センター送付

000 AAA 020 994
PR06 03 ☒ × LF 354④

手続区分 下記のいずれかに○をしてください	
☐ 新規に加入する	→ 全ての内容をご記入のうえ、ご署名・ご提出ください。
☐ 内容を変更する 〔前年度加入内容を追加・変更して継続する〕	→
☐ 継続加入しない	→ ご署名のうえ、ご提出ください。
内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。	

保 險 期 間	
令和 4 年 1 月 1 日	から
令和 5 年 1 月 1 日	まで

団体名	
加入者 番 号	098
旧加入者 番 号	099
旧識別 コード	L17

STEP2 申込内容と健康状況(告知)についてご確認のうえご記入ください。

(注1) 三井住友海上火災保険株式会社 宛

最終頁の健康状況告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。また、個人情報の取扱いに同意します。〔健康状況告知書ご記入のご案内〕を受け取り、内容を了解しました。

被保険者欄		職業・職種欄
390	J04 (カタカナ)	職業名・職種名 576 カタカナで記入
氏 名	[L67](漢字)	
1 生 年 月 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和 年 月 日	
年 令	303 ※ ◎ 満 才	職種コード
性 別	302 ※ (男) ₁ (女) ₂ 団体との関係 L18 ◆	312

390	J04 (カタカナ)	職業名・職種名 576 カタカナで記入
氏 名	[L67](漢字)	
2 生 年 月 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和 年 月 日	
年 令	303 ※ ◎ 満 才	職種コード
性 別	302 ※ (男) ₁ (女) ₂ 団体との関係 L18 ◆	312

390	J04 (カタカナ)	職業名・職種名 576 カタカナで記入
氏 名	[L67](漢字)	
3 生 年 月 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和 年 月 日	
年 令	303 ※ ◎ 満 才	職種コード
性 別	302 ※ (男) ₁ (女) ₂ 団体との関係 L18 ◆	312

390	J04 (カタカナ)	職業名・職種名 576 カタカナで記入
氏 名	[L67](漢字)	
4 生 年 月 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和 年 月 日	
年 令	303 ※ ◎ 満 才	職種コード
性 別	302 ※ (男) ₁ (女) ₂ 団体との関係 L18 ◆	312

傷害補償 --/J1		医療補償 --/J1						傷害・医療共通オプション --/J1				--/J1 介護補償
基本補償 傷害補償 プラン名	オプション 死亡・後遺障害 プラン名	基本補償 医療補償 プラン名	オプション 通院 プラン名	オプション 三大疾病 プラン名	オプション がん プラン名	オプション 葬祭費用 プラン名	オプション 日常生活賠償 プラン名	オプション 携行品 プラン名	オプション 受託物 プラン名	オプション ホールインワン プラン名	基本補償 介護 プラン名	
R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	
A1 A2 A3 A4 A5	C1 C2 C3 C4	M1 M2 M3 M4	T1	D1	G1	S1	B1	K1	J1	H1 H2	N1 N2 N3	
572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	

基本補償 傷害補償 プラン名	オプション 死亡・後遺障害 プラン名	基本補償 医療補償 プラン名	オプション 通院 プラン名	オプション 三大疾病 プラン名	オプション がん プラン名	オプション 葬祭費用 プラン名	オプション 日常生活賠償 プラン名	オプション 携行品 プラン名	オプション 受託物 プラン名	オプション ホールインワン プラン名	基本補償 介護 プラン名
R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02
A1 A2 A3 A4 A5	C1 C2 C3 C4	M1 M2 M3 M4	T1	D1	G1	S1	B1	K1	J1	H1 H2	N1 N2 N3
572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①

基本補償 傷害補償 プラン名	オプション 死亡・後遺障害 プラン名	基本補償 医療補償 プラン名	オプション 通院 プラン名	オプション 三大疾病 プラン名	オプション がん プラン名	オプション 葬祭費用 プラン名	オプション 日常生活賠償 プラン名	オプション 携行品 プラン名	オプション 受託物 プラン名	オプション ホールインワン プラン名	基本補償 介護 プラン名
R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02
A1 A2 A3 A4 A5	C1 C2 C3 C4	M1 M2 M3 M4	T1	D1	G1	S1	B1	K1	J1	H1 H2	N1 N2 N3
572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①

基本補償 傷害補償 プラン名	オプション 死亡・後遺障害 プラン名	基本補償 医療補償 プラン名	オプション 通院 プラン名	オプション 三大疾病 プラン名	オプション がん プラン名	オプション 葬祭費用 プラン名	オプション 日常生活賠償 プラン名	オプション 携行品 プラン名	オプション 受託物 プラン名	オプション ホールインワン プラン名	基本補償 介護 プラン名
R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02	R02
A1 A2 A3 A4 A5	C1 C2 C3 C4	M1 M2 M3 M4	T1	D1	G1	S1	B1	K1	J1	H1 H2	N1 N2 N3
572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①	572 ①

※ 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。				
質問①	質問②	該当疾病	特定疾病対象外欄(お引受可否)	質問③
LKA はい ① いいえ ②	LKH はい ① いいえ ②	5A1 A欄 ① B欄 ②	疾病補償についてはお引受できません 506 疾病コード (B欄の場合のみ記入) 507 疾病・症状名(カタカナ)(R0の場合のみ記入)	L1A はい ① いいえ ②
※ 告知者ご署名欄 (注1) をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。				
LW8 (告知日) R		年 月 日		
(告知者ご署名)				

※ 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。				
質問①	質問②	該当疾病	特定疾病対象外欄(お引受可否)	質問③
LKA はい ① いいえ ②	LKH はい ① いいえ ②	5A1 A欄 ① B欄 ②	疾病補償についてはお引受できません 506 疾病コード (B欄の場合のみ記入) 507 疾病・症状名(カタカナ)(R0の場合のみ記入)	L1A はい ① いいえ ②
※ 告知者ご署名欄 (注1) をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。				
LW8 (告知日) R		年 月 日		
(告知者ご署名)				

※ 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。				
質問①	質問②	該当疾病	特定疾病対象外欄(お引受可否)	質問③
LKA はい ① いいえ ②	LKH はい ① いいえ ②	5A1 A欄 ① B欄 ②	疾病補償についてはお引受できません 506 疾病コード (B欄の場合のみ記入) 507 疾病・症状名(カタカナ)(R0の場合のみ記入)	L1A はい ① いいえ ②
※ 告知者ご署名欄 (注1) をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。				
LW8 (告知日) R		年 月 日		
(告知者ご署名)				

※ 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。				
質問①	質問②	該当疾病	特定疾病対象外欄(お引受可否)	質問③
LKA はい ① いいえ ②	LKH はい ① いいえ ②	5A1 A欄 ① B欄 ②	疾病補償についてはお引受できません 506 疾病コード (B欄の場合のみ記入) 507 疾病・症状名(カタカナ)(R0の場合のみ記入)	L1A はい ① いいえ ②
※ 告知者ご署名欄 (注1) をご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がフルネームでご署名ください。告知時における被保険者の年齢が満15才未満の場合には、親権者のうちいずれかの方が署名してください。				
LW8 (告知日) R		年 月 日		
(告知者ご署名)				

ご記入にあたって

●「※」印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払できないことがありますので、十分ご確認のうえご回答(記入)ください。

●団体総合生活補償保険(標準型)、または、学生・子ども保険の場合、交通事故危険のみ補償特約または自転車搭乗中等のみ補償特約をセットする場合は、職業名・職務名および職種コードは告知事項ではありません。

●疾病を補償するセットに新たに加入する場合、または、疾病補償について保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、最終頁裏面の質問事項につき、正確にご回答ください。

●「◎」年齢は保険始期日現在でご記入ください。(保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日現在ではなく、団体契約の保険始期日現在の年齢をご記入ください。)

●職種コードは裏面をご参照ください。職業名・職種名は裏面の職種コード一覧を参照のうえ、カタカナ20文字以内でご記入ください。

◆ 団体との関係

下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。

団体の

1：構成員
(子会社・関連会社の構成員、退職者を含む)

0：会員企業等の役員・従業員

上記 1 または 0 の

2：配偶者 5：兄弟姉妹
3：子ども 6：同居の親族
4：両親 7：使用人

STEP3 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらまでご確認のうえご記入ください。

331 特記事項

(注)他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険、普通傷害保険等)をいい、いずれも積立保険を含みます。)がありますか。

※ 他の保険契約等がありますか? (あり)

(注)他の保険会社等への保険金請求を含みます。過去3年以内に病気またはケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか。

保険金請求歴がありますか? (あり)

【ご注意】「あり」の場合裏面を必ずご記入ください。(ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。)

R50 合計保険料
(一回分) 円

前年合計保険料
(一回分) 円

受付日(社内使用欄)

令和 年 月 日

計上用

職種コード一覧

職種コード	職 業 名 ・ 職 種 名	職業名・職種名（カナ）
01	技術者（技師、監督を含みます。）	ギジュツシャ
02	教員	キョウイン
03	保健医療従事者	ホケンイリョウジュウジシャ
04	芸術家、芸能家	ゲイジュツカ・ゲイノウカ
05	職業スポーツ家	シヨクギョウスポーツカ
06	その他の専門的職業従事者	センモンシヨクギョウジュウジシャ
11	事務従事者	ジムジュウジシャ
21	販売従事者	ハンバイジュウジシャ
31	農林業作業者	ノウリンギョウサギョウシャ
36	漁業作業者	ギョギョウサギョウシャ
41	採鉱・採石作業者	サイコウ・サイセキサギョウシャ
51	自動車運転者（助手を含みます。）	ジドウシャウンテンシャ
52	船舶関係従事者（漁労船以外の船舶乗船者） （モーターボート競争選手を除きます。）	センバクカンケイジュウジシャ
53	航空機関係従事者（航空機搭乗者）	コウクウキカンケイジュウジシャ
54	その他の運輸従事者 ^{（注1）}	ソノタノウンユジュウジシャ
55	通信従事者（船舶・漁労船乗船者、 航空機搭乗者を除きます。） ^{（注2）}	ツウシンジュウジシャ
61	金属製造加工作業者	キンゾクセイゾウカコウサギョウシャ
62	電気機械器具組立・修理作業者	デンキキカイキグサギョウシャ
63	輸送機械組立・修理作業者	ユソウキカイサギョウシャ
64	計器・光学機械器具組立・修理作業者	ケイキ・コウガクキグサギョウシャ
65	その他の機械組立・修理作業者	ソノタノキカイサギョウシャ
66	製糸・紡織作業者	セイシ・ボウシヨクサギョウシャ
67	裁断・縫製作業者	サイダン・ホウセイサギョウシャ
68	木・竹・草・つる製品製造作業者	キ・タケ・クサ・ツルサギョウシャ
69	パルプ・紙・紙製品製造作業者	パルプ・カミサギョウシャ
70	印刷・製本作業者	インサツ・セイホンサギョウシャ
71	ゴム・プラスチック製品製造作業者	ゴム・プラスチックサギョウシャ
72	革・革製品製造作業者	カワ・カワセイヒンサギョウシャ
73	窯業・土石製品製造作業者	ヨウギョウ・ドセキサギョウシャ
74	飲食料品製造作業者	インシヨクリョウヒンサギョウシャ
75	化学製品製造作業者	カガクセイヒンセイゾウサギョウシャ
76	建設作業者	ケンセツサギョウシャ
77	定置機関・機械および建設機械運転作業者	テイチ・ケンセツキカイウンテンサギョウ
78	電気作業者	デンキサギョウシャ
79	その他の技能工・生産工程作業者	ギノウコウセイサンコウテイサギョウ
81	保安職業従事者	ホアンシヨクギョウジュウジシャ
86	サービス職業従事者	サービスシヨクギョウジュウジシャ
91	有職者以外（主婦・学生等）	ユウシヨクシャイガイ

（注1）自動車（二輪自動車（オートバイ）を除きます）を用いて配達・宅配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。
（注2）自動車（二輪自動車（オートバイ）を除きます）を用いて郵便物・電報の集配作業に従事する場合は、職種コード51に該当します。

STEP3 表面のSTEP3で「あり」と回答している場合はご記入ください。

※他の保険契約等

被保険者氏名	傷害死亡・後遺障害 保険金額合計	傷害入院 保険金日額合計	傷害通院 保険金日額合計	疾病入院 保険金日額合計	疾病通院 保険金日額合計
	万円	円	円	円	円
	万円	円	円	円	円
	万円	円	円	円	円

（ご注意）上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

保険金請求歴

被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
		回	円
		回	円
		回	円

（ご注意）上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。