

長期収入サポートプラン（団体長期障害所得補償保険(GLTD)) 加入申込票 兼 健康状況告知書

メッセージ

所得補償保険  
団体長期障害所得補償保険

センター送付

000 AAA 020 994  
PR06 03  - 23 354④

STEP 1 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。

****	317 (カタカナ)	〒	—	[399] (漢字)
012				
申込人名	307 (カタカナ)	[347] フルネームでご署名ください。 個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。 (漢字)		
職場名	018 (カタカナ)	所 属 代 理 店 番 号	019	

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

手続区分 下記のいずれかに○をしてください	
<input type="radio"/>	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。
<input type="radio"/>	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] → 内容を変更せず継続する場合は、ご提出不要です。
<input type="radio"/>	継続加入しない → ご署名のうえ、ご提出ください。

保 険 期 間	
令和 6 年 8 月 1 日	から
令和 7 年 8 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

STEP 2 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。

GLTD・定額型		20/D3	
390	J04 (カタカナ)	加入コース	
氏 名	L67 (漢字)	300	
生 年 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和 は い (3) 年 月 日	コース名	X1 X
年 令	303 ※ ◎ 満 才	572	
性 別	302 ※ (男)1 (女)2 団体との関係 L18 ◆	口 数	
健康状況告知書質問事項回答欄 最終頁の質問事項に正確にご回答ください。		特定疾病対象外欄	
質問① L53 はい (3)	質問② L54 はい (3)	L45 疾病コード	
いいえ (4)	いいえ (4)	562 疾病・症状名 (カタカナ)	
※ 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。告知期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の方が署名してください。		LW8 (告知日) 令和 R 年 月 日 (告知者ご署名)	

GLTD・定額型		20/D2	
390	J04 (カタカナ)	加入コース	
氏 名	L67 (漢字)	300	
生 年 日	323 ※ (S)昭和 (H)平成 (R)令和 は い (3) 年 月 日	コース名	X1 X
年 令	303 ※ ◎ 満 才	572	
性 別	302 ※ (男)1 (女)2 団体との関係 L18 ◆	口 数	
健康状況告知書質問事項回答欄 最終頁の質問事項に正確にご回答ください。		特定疾病対象外欄	
質問① L53 はい (3)	質問② L54 はい (3)	L45 疾病コード	
いいえ (4)	いいえ (4)	562 疾病・症状名 (カタカナ)	
※ 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。告知期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の方が署名してください。		LW8 (告知日) 令和 R 年 月 日 (告知者ご署名)	

<ご注意>

- 変更や訂正をされる場合は、記入者が二重線を引き正しい内容をご記入のうえ、フルネームでご署名ください。
- 「健康状況告知書質問事項回答欄」にご記入が必要な方
  - ①長期収入サポートコースへ新たにご加入される方
  - ②継続時に補償内容を拡大される方(口数を増やす等)
 上記①②いずれかを希望される方は、裏面左側の質問1,2に正確にご回答いただき、「告知ご署名欄」にご署名ください。またいずれかが「はい」の場合は、お引き受けできません。  
※質問3は『生活サポートコース』専用の回答欄となります。誤って回答された場合は、二重線で○を削除のうえ、訂正署名ください。

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。
- 疾病を補償するセットに新たにご加入する場合、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、最終頁の質問事項につき、正確にご回答ください。
- 【◎】年令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令をご記入ください。)
- 職種コードは裏面もしくは最終頁をご参照ください。 職業名・職種名は裏面もしくは最終頁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。
- 【◆】団体との関係について下記該当の数字(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 3：子ども 4：両親 5：兄弟姉妹 6：同居の親族 7：使用人

STEP 3 他の保険契約等、保険金請求歴がある場合は、こちらも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(所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等)をいいます。)がありますか。	(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。
※ 他の保険契約等がありますか? (あり)	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」と回答したこととなります。)

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

**STEP 3** 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	所得補償保険金額合計
	万円
	万円
	万円

(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。