

ケガ補償コース・病気補償コース 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。

住所	317 (カタカナ) 〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 012			399 (漢字)
申込人名	307 (カタカナ) 募集パンフレット、「重要事項のご説明」、「ご加入 内容確認事項」等を確認し、これらを書面もしくは電子 データなど団体が定める方法で受領すること、および 個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。			341 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 コード	019

☐ 内は必ずご記入ください。

加 申	入 込	010 令和R 年 月 日				
社 番	員 号	017				
電 番	話 号	011				
生 月	年 日	980 (T)大正 (S)昭和 (H)平成 年 月 日			性 別	982 (男) 1 (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	X	88	LF	354 (4)

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 険 期 間		団体名	
令和 7 年 7 月 25 日	から まで	加入者 番 号	098
令和 8 年 7 月 25 日		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

団体総合生活補償保険 (MS&AD型) 疾病補償用										88/81			
390	J04 (カタカナ)										※ 健康状況告知書質問事項回答欄 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。		
氏 名	L67 (漢字)		ケガ補償 コース (必選択)		病氣補償 コース		オプション 成人病 2倍支払		オプション がん診断 保険金		オプション 先進医療		
											オプション 疾病入院 一時金		
											オプション 疾病通院 一時金		
300	323 ※ (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和		300		300		300		300		300		
1	生 年 月 日	323 ※ (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和		300		300		300		300		300	
年 令	303 ※ 満		302 ※		302 ※		302 ※		302 ※		302 ※		
職 業 名	576 カタカナで記入		572		572		572		572		572		
職 種 コード	312		L18 ◆		L18 ◆		L18 ◆		L18 ◆		L18 ◆		
										※ 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) 令和 R 年 月 日			
										(告知者ご署名)			

390	J04 (カタカナ)		300	ケガ補償 コース (必選択)	病氣補償 コース	オプション 成人病 2倍支払	オプション がん診断 保険金	オプション 先進医療	オプション 疾病入院 一時金	オプション 疾病退院 一時金	※ 健康状況告知書質問事項回答欄 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。				
	氏 名	L67 (漢字)									特定疾病対象外欄				
	生 年 日	323 ※ (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和									506 疾病コード		507 疾病・症状名 (カタカナ)		
	年 令	303 ※ ◎ 満									性 別	302 ※ (男) 1 (女) 2	LKA はい (3)	LKH はい (3)	LTA はい (3)
	職業名・ 職種名	576 カタカナで記入									いいえ (4)	いいえ (4)	いいえ (4)	お引受け可否は最終頁裏面を参照ください	
職 種 コード	312	団体との 関 係	L18 ◆	572 □数	1	1	1	1	1	1	1	※ 告知者ご署名欄 (注1) ご確認のうえ、必ず被保険者ご本人がブル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)					

[illegible]

390	J04 (カタカナ)			ケガ補償 コース (必選択)	病気補償 コース	オプション 成人病 2倍支払	オプション がん診断 保険金	オプション 先進医療	オプション 疾病入院 一時金	オプション 疾病退院 一時金	※ 健康状況告知書質問事項回答欄 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。						
	氏 名										特定疾病対象外欄						
	L67 (漢字)										質問①	質問②	質問③	506 疾病コード		507 疾病・症状名 (カタカナ)	
	生 年 日										LKA はい ③	LKH はい ③	LTA はい ③				
	年 令										いいえ ④	いいえ ④	いいえ ④				
4	323 ※ (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和 年 月 日			300 セット名	1	1	1	1	1	1	お引受け可否は最終頁裏面を参照ください						
	303 ※ ◎ 満 才 性 別										※ 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才未満の場合は、親権者のうちいずれの方が署名してください。						
	302 ※ (男) 1 (女) 2										LW8 (告知日) 令和 R 年 月 日 (告知者ご署名)						
職業名・ 職種名			576 カタカナで記入	572 □数	1	1	1	1	1	1							
職 種 コード			312		1	1	1	1	1	1							
			団体との 関 係	L18 ◆													

390	J04 (カタカナ)										※ 健康状況告知書質問事項回答欄 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。			
5	氏 名	L67 (漢字)				ケガ補償 コース (必選択)	病気補償 コース	オプション 成人病 2倍支払	オプション がん診断 保険金	オプション 先進医療	オプション 疾病入院 一時金	オプション 疾病退院 一時金	質問① 質問② 質問③ 特定疾病対象外欄	
	生 年 日	323 ※ (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和			300								LKA はい (3) LKH はい (3) LTA はい (3)	506 疾病コード 507 疾病・症状名 (カタカナ)
	年 令	303 ※ ◎ 満 才		302 ※									いいえ (4) いいえ (4) いいえ (4)	お引受け可否は最終頁裏面を参照ください
	職業名・ 職種名	576 カタカナで記入			セット名								※ 告知者ご署名欄 (注1) をご確認のうえ、必ず被保険者が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の方が署名してください。	
	職 種 コード	312		団体との 関 係	L18 ◆	572 □数	1 □	1 □	1 □	1 □	1 □	1 □	LW8 (告知日) 令和 R 年 月 日 (告知者ご署名)	

390	J04 (カタカナ)											※ 健康状況告知書質問事項回答欄 最終頁裏面の質問事項に正確にご回答ください。																		
	氏名	L67 (漢字)		ケガ補償 コース (必選択)	病気補償 コース	オプション 成人病 2倍支払	オプション がん診断 保険金	オプション 先進医療	オプション 疾病入院 一時金	オプション 疾病退院 一時金		<table border="1"> <thead> <tr> <th>質問①</th> <th>質問②</th> <th>質問③</th> <th colspan="2">特定疾病対象外欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LKA はい ③</td> <td>LKH はい ③</td> <td>LTA はい ③</td> <td>506 疾病コード</td> <td></td> </tr> <tr> <td>いいえ ④</td> <td>いいえ ④</td> <td>いいえ ④</td> <td>507 疾病・症状名 (カタカナ)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				質問①	質問②	質問③	特定疾病対象外欄		LKA はい ③	LKH はい ③	LTA はい ③	506 疾病コード		いいえ ④	いいえ ④	いいえ ④	507 疾病・症状名 (カタカナ)	
	質問①	質問②	質問③	特定疾病対象外欄																										
	LKA はい ③	LKH はい ③	LTA はい ③	506 疾病コード																										
	いいえ ④	いいえ ④	いいえ ④	507 疾病・症状名 (カタカナ)																										
生年日	323 ※ (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和																													
年月	303 ※ ◎	満才	性別	302 ※																										
年齢					(男) 1	(女) 2																								
職業名・ 職種名	576 カタカナで記入		セット名									お引受け可否は最終頁裏面を参照ください																		
職 種 コード	312	団体との 関係	L18 ◆	572 □数	1	1	1	1	1	1	1	※ 告知者ご署名欄 (注1) をご確認のうえ、必ず被保険者が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病気補償コース(B1,B2)、病気オプション(S1,S2,SG,SS,SN,ST)に新たにご加入される方
- ②病気補償コース・オプションの補償内容を拡大される方(保険金額の増額等)
- 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تينに新たに加する場合、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：ごとも 4：両親 5：兄弟姉妹 | 6：同居の親族 7：使用人 |

STEP3 ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ㏀ ㏁ ㏂ ㏃ ㏄ ㏅ ㏆ ㏇ ㏈ ㏉ ㏊ ㏋ ㏌ ㏍ ㏎ ㏏ ㏐ ㏑ ㏒ ㏓ ㏔ ㏕ ㏖ ㏗ ㏘ ㏙ ㏚ ㏛ ㏜ ㏝ ㏞ ㏟ ㏠ ㏡ ㏢ ㏣ ㏤ ㏥ ㏦ ㏧ ㏨ ㏩ ㏪ ㏫ ㏬ ㏭ ㏮ ㏯ ㏰ ㏱ ㏲ ㏳ ㏴ ㏵ ㏶ ㏷ ㏸ ㏹ ㏺ ㏻ ㏼ ㏽ ㏾ ㏿ 㐀 㐁 㐂 㐃 㐄 㐅 㐆 㐇 㐈 㐉 㐊 㐋 㐌 㐍 㐎 㐏 㐐 㐑 㐒 㐓 㐔 㐕 㐖 㐗 㐘 㐙 㐚 㐛 㐜 㐝 㐞 㐟 㐠 㐡 㐢 㐣 㐤 㐥 㐦 㐧 㐨 㐩 㐪 㐫 㐬 㐭 㐮 㐯 㐰 㐱 㐲 㐳 㐴 㐵 㐶 㐷 㐸 㐹 㐺 㐻 㐼 㐽 㐾 㐿 㑀 㑁 㑂 㑃 㑄 㑅 㑆 㑇 㑈 㑉 㑊 㑋 㑌 㑍 㑎 㑏 㑐 㑑 㑒 㑓 㑔 㑕 㑖 㑗 㑘 㑙 㑚 㑛 㑜 㑝 㑞 㑟 㑠 㑡 㑢 㑣 㑤 㑥 㑦 㑧 㑨 㑩 㑪 㑫 㑬 㑭 㑮 㑯 㑰 㑱 㑲 㑳 㑴 㑵 㑶 㑷 㑸 㑹 㑺 㑻 㑼 㑽 㑾 㑿 㒀 㒁 㒂 㒃 㒄 㒅 㒆 㒇 㒈 㒉 㒊 㒋 㒌 㒍 㒎 㒏 㒐 㒑 㒒 㒓 㒔 㒕 㒖 㒗 㒘 㒙 㒚 㒛 㒜 㒝 㒞 㒟 㒠 㒡 㒢 㒣 㒤 㒥 㒦 㒧 㒨 㒩 㒪 㒫 㒬 㒭 㒮 㒯 㒰 㒱 㒲 㒳 㒴 㒵 㒶 㒷 㒸 㒹 㒺 㒻 㒼 㒽 㒾 㒿 㓀 㓁 㓂 㓃 㓄 㓅 㓆 㓇 㓈 㓉 㓊 㓋 㓌 㓍 㓎 㓏 㓐 㓑 㓒 㓓 㓔 㓕 㓖 㓗 㓘 㓙 㓚 㓛 㓜 㓝 㓞 㓟 㓠 㓡 㓢 㓣 㓤 㓥 㓦 㓧 㓨 㓩 㓪 㓫 㓬 㓭 㓮 㓯 㓰 㓱 㓲 㓳 㓴 㓵 㓶 㓷 㓸 㓹 㓺 㓻 㓼 㓽 㓾 㓿 㔀 㔁 㔂 㔃 㔄 㔅 㔆 㔇 㔈 㔉 㔊 㔋 㔌 㔍 㔎 㔏 㔐 㔑 㔒 㔓 㔔 㔕 㔖 㔗 㔘 㔙 㔚 㔛 㔜 㔝 㔞 㔟 㔠 㔡 㔢 㔣 㔤 㔥 㔦 㔧 㔨 㔩 㔪 㔫 㔬 㔭 㔮 㔯 㔰 㔱 㔲 㔳 㔴 㔵 㔶 㔷 㔸 㔹 㔺 㔻 㔼 㔽 㔾 㔿 㕀 㕁 㕂 㕃 㕄 㕅 㕆 㕇 㕈 㕉 㕊 㕋 㕌 㕍 㕎 㕏 㕐 㕑 㕒 㕓 㕔 㕕 㕖 㕗 㕘 㕙 㕚 㕛 㕜 㕝 㕞 㕟 㕠 㕡 㕢 㕣 㕤 㕥 㕦 㕧 㕨 㕩 㕪 㕫 㕬 㕭 㕮 㕯 㕰 㕱 㕲 㕳 㕴 㕵 㕶 㕷 㕸 㕹 㕺 㕻 㕼 㕽 㕾 㕿 㖀 㖁 㖂 㖃 㖄 㖅 㖆 㖇 㖈 㖉 㖊 㖋 㖌 㖍 㖎 㖏 㖐 㖑 㖒 㖓 㖔 㖕 㖖 㖗 㖘 㖙 㖚 㖛 㖜 㖝 㖞 㖟 㖠 㖡 㖢 㖣 㖤 㖥 㖦 㖧 㖨 㖩 㖪 㖫 㖬 㖭 㖮 㖯 㖰 㖱 㖲 㖳 㖴 㖵 㖶 㖷 㖸 㖹 㖺 㖻 㖼 㖽 㖾 㖿 㗀 㗁 㗂 㗃 㗄 㗅 㗆 㗇 㗈 㗉 㗊 㗋 㗌 㗍 㗎 㗏 㗐 㗑 㗒 㗓 㗔 㗕 㗖 㗗 㗘 㗙 㗚 㗛 㗜 㗝 㗞 㗟 㗠 㗡 㗢 㗣 㗤 㗥 㗦 㗧 㗨 㗩 㗪 㗫 㗬 㗭 㗮 㗯 㗰 㗱 㗲 㗳 㗴 㗵 㗶 㗷 㗸 㗹 㗺 㗻 㗼 㗽 㗾 㗿 㘀 㘁 㘂 㘃 㘄 㘅 㘆 㘇 㘈 㘉 㘊 㘋 㘌 㘍 㘎 㘏 㘐 㘑 㘒 㘓 㘔 㘕 㘖 㘗 㘘 㘙 㘚 㘛 㘜 㘝 㘞 㘟 㘠 㘡 㘢 㘣 㘤 㘥 㘦 㘧 㘨 㘩 㘪 㘫 㘬 㘭 㘮 㘯 㘰 㘱 㘲 㘳 㘴 㘵 㘶 㘷 㘸 㘹 㘺 㘻 㘼 㘽 㘾 㘿 㙀 㙁 㙂 㙃 㙄 㙅 㙆 㙇 㙈 㙉 㙊 㙋 㙌 㙍 㙎 㙏 㙐 㙑 㙒 㙓 㙔 㙕 㙖 㙗 㙘 㙙 㙚 㙛 㙜 㙝 㙞 㙟 㙠 㙡 㙢 㙣 㙤 㙥 㙦 㙧 㙨 㙩 㙪 㙫 㙬 㙭 㙮 㙯 㙰 㙱 㙲 㙳 㙴 㙵 㙶 㙷 㙸 㙹 㙺 㙻 㙼 㙽 㙾 㙿 㚀 㚁 㚂 㚃 㚄 㚅 㚆 㚇 㚈 㚉 㚊 㚋 㚌 㚍 㚎 㚏 㚐 㚑 㚒 㚓 㚔 㚕 㚖 㚗 㚘 㚙 㚚 㚛 㚜 㚝 㚞 㚟 㚠 㚡 㚢 㚣 㚤 㚥 㚦 㚧 㚨 㚩 㚪 㚫 㚬 㚭 㚮 㚯 㚰 㚱 㚲 㚳 㚴 㚵 㚶 㚷 㚸 㚹 㚺 㚻 㚼 㚽 㚾 㚿 㜀 㜁 㜂 㜃 㜄 㜅 㜆 㜇 㜈 㜉 㜊 㜋 㜌 㜍 㜎 㜏 㜐 㜑 㜒 㜓 㜔 㜕 㜖 㜗 㜘 㜙 㜚 㜛 㜜 㜝 㜞 㜟 㜠 㜡 㜢 㜣 㜤 㜥 㜦 㜧 㜨 㜩 㜪 㜫 㜬 㜭 㜮 㜯 㜰 㜱 㜲 㜳 㜴 㜵 㜶 㜷 㜸 㜹 㜺 㜻 㜼 㜽 㜾 㜿 㝀 㝁 㝂 㝃 㝄 㝅 㝆 㝇 㝈 㝉 㝊 㝋 㝌 㝍 㝎 㝏 㝐 㝑 㝒 㝓 㝔 㝕 㝖 㝗 㝘 㝙 㝚 㝛 㝜 㝝 㝞 㝟 㝠 㝡 㝢 㝣 㝤 㝥 㝦 㝧 㝨 㝩 㝪 㝫 㝬 㝭 㝮 㝯 㝰 㝱 㝲 㝳 㝴 㝵 㝶 㝷 㝸 㝹 㝺 㝻 㝼 㝽 㝾 㝿 㞀 㞁 㞂 㞃 㞄 㞅 㞆 㞇 㞈 㞉 㞊 㞋 㞌 㞍 㞎 㞏 㞐 㞑 㞒 㞓 㞔 㞕 㞖 㞗 㞘 㞙 㞚 㞛 㞜 㞝 㞞 㞟 㞠 㞡 㞢 㞣 㞤 㞥 㞦 㞧 㞨 㞩 㞪 㞫 㞬 㞭 㞮 㞯 㞰 㞱 㞲 㞳 㞴 㞵 㞶 㞷 㞸 㞹 㞺 㞻 㞼 㞽 㞾 㞿 㟀 㟁 㟂 㟃 㟄 㟅 㟆 㟇 㟈 㟉 㟊 㟋 㟌 㟍 㟎 㟏 㟐 㟑 㟒

(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、普通傷害保険等を含む、いずれも積立保険を含みます。）がありませんか。
※ 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。）

331 特記事項

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。