

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

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)	
	〒 〃 012	399 (漢字)
申込人氏名	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、および個人情報取扱に同意のうえ、加入を申し込みます。	
職場名	018 (カタカナ)	347 フルネームでご署名ください。 (漢字)
	所 属 コード	019

加入 申込日	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	性 別	982 (男) ₁ (女) ₂
	年		月	日		

メッセージ

所得補償保險
団体長期障害所得補償保險

センター送付

		000	AAA	020	994	
PR06	03	X	—	23	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 8 月 1 日	から まで	加入者番 号	098
令和 8 年 8 月 1 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

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				20/23				
1	J04 (カタカナ)		300	加入コース		※ 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。		
	氏 名	L67 (漢字)		X1	X	質問①	質問②	特定疾病対象外欄
	生 年 月 日	323 ※ (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和 年 月 日				L53 はい (3)	L54 はい (3)	L45 疾病コード 562 疾病・症状名 (カタカナ)
	年 令	303 ※ ◎ 満 才				いいえ (4)	いいえ (4)	お引受けできません
	性 別	302 ※ (男) 1 (女) 2 団体との関係 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満15才未満の場合は、親権者のうちいずれかの方が署名してください。		
			572			LW8 (告知日)	令和 R 年 月 日	
			口数			(告知者ご署名)		

GLTD・定額型				20/22			
1	390	J04 (カタカナ)		300	加入コース		
	氏 名	L67 (漢字)			※ 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。		
	生 年 月 日	323 ※ (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和 年 月 日			質問①	質問②	特定疾病対象外欄
	年 令	303 ※ ◎ 満 才			L53 はい (3)	L54 はい (3)	L45 疾病コード 562 疾病・症状名 (カタカナ)
1	572	性 別	302 ※ (男) 1 (女) 2	団 体 と の 関 係	L18 ◆	いいえ (4) いろいろ (4) お引受けできません	
		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)			

<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。

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

331 特記事項

(注) 他社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? **※ 彼の保険契約等がありますか?** (あり)

(注) 他社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。)

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 |

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。