

団体名	愛知県職員生活協同組合
所属	
被保険者番号	
氏名	

愛知県職員生活協同組合

グループ生命保険 加入・変更 申込書 兼 告知書

〈記入見本〉 ●新規加入・ご加入内容を変更(訂正)される方のみ「グループ生命保険 加入・変更 申込書 兼 告知書 (第一生命提出用)」をご提出ください。
 ※ご記入後は必ずコピーを取り、ご加入者様控として大切に保管願います。
 ●ご記入内容を変更(訂正)される場合は、該当箇所を二重線で抹消し、訂正箇所のそばに申込みされる方の署名(漢字フルネーム)または訂正印を押印ください。

【1】団体番号・所属・被保険者番号・責任開始日
 所属は左詰め、被保険者番号は右詰めでご記入ください。被保険者番号に変更がある場合は団体事務担当者様経由でお手続きください。

【2】申込日(告知日)
 実際に申込書を記入した日(告知事項を確認した日)を和暦でご記入ください。

【3】申込区分
 いずれかに○をご記入ください。

【4】被保険者(加入者)カナ氏名
 カタカナでご記入ください。
 ※「ユ・コ」「ツ・シ」「ア・マ」「ワ・ク」はわかりやすくご記入ください。

【5】自署欄
 申込区分のいずれかに○をされた場合は必ず漢字フルネームでご本人様・配偶者様・お子様それぞれがご署名ください。
 ※お子様が15歳未満の場合は親権者全員から同意を得たうえでご本人様がお子様の氏名をご署名ください。

愛知県職員生活協同組合 グループ生命保険 加入・変更 申込書 兼 告知書									
告知事項 (1)告知日から過去3ヶ月以内に前ページ中央の別表の病状により医師の治療(指示・指導を含む)、投薬をうけたことがありますか。 (2)告知日から過去1年以内に前ページ中央の別表の病状により手術または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 (3)告知日から過去1年以内に前ページ中央の別表の病状により2週間以上にわたり医師の治療(指示・指導を含む)、投薬をうけたことがありますか。 新規加入もしくは保険金額の増額を希望される方について、上記の告知事項(1)～(3)をご確認のうえ次のとおりお手続きください。 ●全て該当しない場合、「(3)該当なし」に○印をご記入ください。 ●1つでも該当する場合は必ずご記入ください。 ※新規加入・保険金額の増額以外の方はご記入は不要です。									
1	申込区分	2	被保険者(加入者)氏名	3	告知	4	性別	5	生年月日
0	新規加入	ダイイチ タロウ	該当なし	男	50	9	15		
第一 太郎									
1	新規加入	ダイイチ ハルコ	該当なし	女	53	11	10		
第一 春子									
2	新規加入	ダイイチ ナツコ	該当なし	女	17	4	19		
第一 夏子									
3	新規加入		該当なし	男					
4	新規加入		該当なし	女					
5	新規加入		該当なし	男					
6	新規加入		該当なし	女					

【6】告知
 新規加入・増額される方は告知事項および次ページの別表をご確認のうえ、告知ください。

【9】保険金額
 今回申込み(変更)される保険金額をご記入(○をつけて)ください。

【10】死亡保険金受取人
 氏名をカタカナでご記入ください。続柄コードは当申込書記載の続柄コード表をご確認のうえご記入ください。受取割合は右詰め合計が100%となるようご記入ください。
 ※死亡保険金受取人をバンフレット記載の責任開始日より前から変更する場合は、別途「死亡保険金受取人変更通知書」でお手続きください。
 なお、その他の変更項目があり当申込書をご提出いただく場合は、当申込書の受取人欄に変更後の受取人をご記入ください。

〈記入要領〉

- 新規加入・保険金額の増額の場合： 1 ～ 10 を黒のボールペンでご記入ください。(消せるものは不可)
 - 上記以外の場合： 6 を除く 1 ～ 10
- ※配偶者様・お子様だけのご加入はできませんので、ご本人様とのセットでお申込みください。

- ◎最終ページの「告知にあたりご留意いただきたいこと」もあわせてご参照ください。
 ◎告知事項に該当がなくお申込みいただいたとしても、過去の告知や傷病歴等によりご加入（増額）いただけない場合があります。

本ページは必ずコピーを取り、ご加入者様控とともに大切に保管願います。

団体定期保険

告知事項

- (1)告知日から過去3ヶ月以内に別表の病気により医師の治療（指示・指導を含む）・投薬をうけたことがありますか。
 (2)告知日から過去1年以内に別表の病気により手術または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。
 (3)告知日から過去1年以内に別表の病気により2週間以上にわたり医師の治療（指示・指導を含む）・投薬をうけたことがありますか。

別表：お申込みいただけない病名一覧

お申込みいただけない病名	
心臓・血管	狭心症、心筋こうそく、心臓弁膜症、先天性心臓病、心不全、心筋症、不整脈、高血圧症（※1）、大動脈瘤、大動脈解離
脳・精神・神経	脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）、てんかん、統合失調症、躁うつ病、うつ病、抑うつ状態、神経症、パニック障害、不安障害、適応障害、睡眠障害、自律神経失調症、認知症、アルコール依存症、パーキンソン病、パーキンソン症候群
肺・気管支	慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性気管支炎、肺気腫、気管支拡張症
胃腸	かいよう性大腸炎、クローン病
肝臓・すい臓	肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）、肝硬変、肝機能障害、すい炎
腎臓	腎炎、ネフローゼ、腎不全、のう胞腎
がん・しゅよう	がん（※2）、しゅよう（良性は除きます）
その他	糖尿病（※3）、リウマチ、こうげん病、紫斑病

※1 高血圧症は、告知日現在満36歳以上の方は告知事項に該当しません。（その他左記の病気で告知事項に該当しない場合、お申し込みいただけます。）

※2 おたずねしている「がん」は、以下を含みます。
 悪性しゅよう、悪性新生物、癌、肉腫、白血病、リンパ腫、多発性骨髄腫、骨髄異形成症候群、真性赤血球増加症（多血症）、慢性骨髄増殖性疾患、本態性（出血性）血小板血症、カルチノイドなど（上皮内がんは除きます。）

※3 糖尿病は、下表のすべての項目を満たす場合に限り告知事項に該当しません。（その他左記の病気で告知事項に該当しない場合、お申し込みいただけます。）

告知日現在の満年齢	50歳以上
告知でおたずねしている期間内のインスリン治療有無	なし
糖尿病による合併症（神経障害、網膜症、腎症など）	なし
直近のHbA1cの検査値	7%未満

《上記の告知事項(1)～(3)について》

- すべてに該当しない場合
 お申込み可能です。
 告知欄の「0該当なし」に
 ○印をご記入ください。

- ひとつでも該当する場合
お申込みいただけません。

告知

0 該当なし

告知事項下線部分について

- 「指示・指導」とは：医師の診察・検査をうけた結果更に検査をすすめられること、治療・投薬・入院・手術をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等をうけることをいいます。なお、健康診断や人間ドックの結果通知書による再検査の指示・生活指導などは医師の指示・指導に該当しませんが、その結果にもとづき医師（検査機関の医師・産業医を含みます）から直接指示・各種指導を受けている場合は、該当します。
 ●「2週間以上にわたり」とは：一連の病気やけがで、医師の治療（指示・指導を含みます）や投薬をうけ、転院・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間をいいます。（実際の診療日数ではありません。）

■告知の記入に関してご不明な点がある場合は、以下の照会先へご照会ください。

第一生命保険株式会社 団体保障事業部

TEL：0120-005-328（団体保険総合受付フリーダイヤル）

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

第一生命保険株式会社〔事務幹事会社〕御中

- 全ての加入者は、パンフレットの内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を了承し、申込書記載の事項及び告知欄記載の事項は、事実と相違ないことを誓約のうえ申込みます。
また、パンフレットに記載の【意向確認のお願い】により、商品内容が自身の意向に沿ったものであることを確認のうえ申込みます。
●パンフレット記載の個人情報の取扱について受取人と共に同意します。
●未成年の子については、親権者全員から同意を得たうえで申込みます。

団体番号	0 7 9 3 4 4 0 0 1 0
所属	
被保険者番号	

1 責任開始日
令和 年 月 日

必ずご記入ください。

2 申込日(告知日)
令和 年 月 日

愛知県職員生活協同組合

グループ生命保険 加入・変更 申込書 兼 告知書

第一生命提出用

パンフレットの内容(契約概要・注意喚起情報・個人情報の取扱等)を了承し同意されて引受保険会社にご提出いただいておりますので、ご契約の成立・不成立に関わらず書類の返却はいたしません。

告知事項

- (1)告知日から過去3ヶ月以内に前ページ中央の別表の病気により医師の治療(指示・指導を含む)・投薬をうけたことがありますか。
(2)告知日から過去1年以内にページ中央の別表の病気により手術または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。
(3)告知日から過去1年以内にページ中央の別表の病気により2週間以上にわたり医師の治療(指示・指導を含む)・投薬をうけたことがありますか。

新規加入もしくは保険金額の増額を希望される方について、上記の告知事項(1)～(3)をご確認のうえ次のとおりお手続きください。

- 全て該当しない場合 ⇒「①: 該当なし」に○印をご記入ください。
●1つでも該当する場合⇒お申込みいただけません。
*新規加入・保険金額の増額以外の方はご記入は不要です。

ご本人様	3 申込区分	4 被保険者(加入者)氏名	6 告知	7 性別	8 生年月日	9 注契約申込保険金額(万円) (※希望する金額に○をつけてください)	10 死亡保険金受取人(注1)		
							カナ氏名	続柄コード	受取割合(%)
0	1. 新規加入	力子氏名... (必ずカタカナで記入ください)	①: 該当なし	① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成 ⑤ 令和	4,000 3,500 3,000 2,500 2,000 1,500 1,000 500 万円	ロウキホウジ ユンイ	8 0	1 0 0
	2. 変更	旧被保険者氏名(元来・同居)							

※配偶者様だけのご加入はできませんので、ご本人様とのセットでお申込みください。なお、配偶者様の保険金額はご本人様の保険金額以下でお申込みください。受取割合は右詰めでご記入ください。

配偶者様	3 申込区分	4 被保険者(加入者)氏名	6 告知	7 性別	8 生年月日	9 注契約申込保険金額(万円) (※希望する金額に○をつけてください)	10 死亡保険金受取人(注1)		
							カナ氏名	続柄コード	受取割合(%)
1	1. 新規加入	力子氏名... (必ずカタカナで記入ください)	①: 該当なし	① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成 ⑤ 令和	800 500 万円	ホケンリョウフタンシヤ	9 9	1 0 0
	2. 変更	旧被保険者氏名(元来・同居)							

※ご本人様が扶養するお子様のうち、当契約に定める加入年齢範囲内のお子様全員について同一保険金額かつご本人様の保険金額以下でお申込みください。
※お子様だけのご加入はできませんので、ご本人様とのセットでお申込みください。

お子様	3 申込区分	4 被保険者(加入者)氏名	6 告知	7 性別	8 生年月日	9 子ども特約申込保険金額(万円) (※希望する金額に○をつけてください)	10 死亡保険金受取人						
							死亡保険金受取人	保険料負担者様(ご本人様)					
2	1. 新規加入	力子氏名... (必ずカタカナで記入ください)	①: 該当なし	① 男 ② 女	④ 平成 ⑤ 令和	400 万円	400 万円	400 万円					
	2. 変更	旧お子様氏名(元来・同居)											
	1. 新規加入	力子氏名... (必ずカタカナで記入ください)							①: 該当なし	① 男 ② 女	④ 平成 ⑤ 令和	400 万円	400 万円
	2. 変更	旧お子様氏名(元来・同居)											
	1. 新規加入	力子氏名... (必ずカタカナで記入ください)											
2. 変更	旧お子様氏名(元来・同居)												
5	1. 新規加入	力子氏名... (必ずカタカナで記入ください)	①: 該当なし	① 男 ② 女	④ 平成 ⑤ 令和	400 万円	400 万円						
2. 変更	旧お子様氏名(元来・同居)												

続柄コード表			
01 夫	05 祖父	40 孫	
02 妻	06 祖母	70 約款順位	
03 父	10 こども	90 法定相続人	
04 母	20 兄弟姉妹		

- *続柄コード11～19は10こどもに読み替えます。
*続柄コード21～34は20兄弟姉妹に読み替えます。
*原則、受取人に第三者を指定することはできません。
*約款順位: 団体定期保険普通保険約款の定めにより、配偶者、子、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位とします。

- (注1)死亡保険金受取人が前回と相違するときは、パンフレット記載の責任開始日より本申込書にご記入の受取人に変更します。
(注2)お子様が15歳未満のときは、親権者全員の同意を得たうえで、親権者がお子様の氏名をご署名ください。お子様が15歳以上の未成年のときは、親権者全員から同意を得たうえで、お子様ご自身がご署名ください。

加入申込書のご提出にあたってのお願い

- ◎本加入申込書は記入後に必ずコピーを取り、制度内容に関するパンフレット（契約概要・注意喚起情報を含みます）とともに大切に保管願います。なお、お申込みいただいてもご加入・増額ができない場合があります。
- ◎保障内容等、ご加入内容の詳細につきましては制度内容に関するパンフレット（契約概要・注意喚起情報を含みます）にてご確認ください。
- ◎ご家族の方にもこの保険の内容についてあらかじめご説明ください。

保険金等のご請求手続きについて（保険金等をもれなくご請求いただくために）

団体保険の保険金等のご請求は、保険契約者を通じてのお手続きとなります。

ご加入内容から、お支払事由に「該当するのでは？」と思われる場合には、保険契約者の事務担当者様経由、ご請求手続きをおとりください。また、ご不明な点がございましたら、保険契約者の事務担当者様にご確認いただくか、第一生命へご照会ください。

第一生命では、団体保険におけるご請求手続きに関する留意事項やお支払いできる場合、お支払いできない場合の具体的事例などをご案内した「団体保険における保険金・給付金のお支払いについて」をホームページに掲載しております。保険契約者向けに作成しておりますが、保険金等をもれなくご請求いただくために、被保険者様およびそのご家族の方もぜひご覧ください。

（第一生命ホームページ <https://www.dai-ichi-life.co.jp/>）

他の保険契約へのご加入がある場合、そのご契約の保障内容をご確認いただき、お支払事由に該当する場合には別途お手続きをおとりください。

第一生命保険株式会社 団体保障事業部 TEL：0120-709-471（団体保険総合受付フリーダイヤル）
受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

告知にあたりで留意いただきたいこと

- ・保険金（死亡保険金除く）・給付金のお支払いは、原因となる傷病や不慮の事故等が責任開始日以降に生じた場合に限りです。
 - ・責任開始日前に原因となる傷病や不慮の事故等が生じている場合には、上記の保険金・給付金のお支払いの対象となりません。
- また、その傷病歴等について正しく告知した場合でもお支払い対象となりません。
- ※保障の内容については契約ごとに異なりますので、パンフレットをご確認ください。

