

証券番号	団体名	事業所コード	医師協名	被保険者番号	個人コード	被保険者氏名
タ9071000417	一般社団法人日本医師休業共済会					

SOMPOひまわり生命保険株式会社 御中

申込みに際し、募集パンフレットの「契約概要」および「注意喚起情報」で保険契約の内容、告知に関する重要事項を了知し、「意向確認欄」で申込内容が自身の意向に合致していることを確認のうえ、加入に同意します。また、個人情報の取扱いについても募集パンフレットでその内容を承知し同意します。なお、保険金受取人からも、保険金受取人の個人情報が私の個人情報と同様に取扱われることについて同意を取得しました。本帳票の記載事項および告知事項は事実と相違ありません。もし、告知事項について事実を記入しなかったり、記入した内容が事実と異なっていた場合には契約が解除されたり、保険金の支払いを受けられないことがあっても異議ありません。

【ご注意】

- ◎記載内容を訂正する場合、訂正印(被保険者申込印兼同意印と同一)の押印が必要です。
- ◎配偶者・こどものみの加入はできません。なお、こどもが未成年の場合は、親権者が記入・押印してください。
- ◎配偶者・こどもが申込まれる場合は、それぞれの被保険者が同意したうえで、お申込ください。
- ◎「効力発生日」までに、記入された告知事項に変更が生じた場合は、本加入申込書兼告知書の提出先へ速やかにご連絡ください。あらかじめ告知いただく必要があります。なお、内容によってはご加入いただけない場合がありますのでご注意ください。

※申込書の提出がない場合は、現在のご加入内容で自動更新となります。

申込締切日:毎月10日
効力発生日:申込締切日の翌月1日
申込書提出先:各組合事務局

告知事項は被保険者ご本人が、申込日(告知日)現在の状況のありのままをもれなく正確にご記入ください。

★告知事項①～④の質問に対して告知欄の「はい」・「いいえ」のいずれかに○を付けてください。

- ①最近3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導を含む)・投薬を受けたことがありますか。
- ②過去1年以内に病気やけがで手術を受けたことがありますか。
- ③過去1年以内に病気やけがで継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。
- ④過去1年以内に病気やけがで2週間以上にわたり医師の治療(指示・指導を含む)・投薬を受けたことがありますか。

★上記①～④に該当される場合は、裏面「告知書」に内容をご記入ください。

申込日兼告知日 **必須** 年 月 日

被保険者区分	被保険者氏名	被保険者申込印兼同意印	性別	生年月日	申込区分 該当箇所に ☑をご記入 ください。	現在の 保険金額	新規加入・変更後 の保険金額 <small>保険金額を変更する場合は、 変更後の金額をご記入ください。</small>	死亡保険金受取人 <small>※高度障害保険金受取人は それぞれの被保険者本人です。</small>	続柄 <small>該当する番号を○で 囲ってください。</small>	告知事項 <small>新規、変更あり(増 額)の場合は必ず ご記入ください。</small>
00 本人	フリガナ	印	男 女	昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	万円	フリガナ	①配偶者 ⑥法定相続人 ②子ども ⑦事業主 ③父母 ⑧その他 ④祖父母 ⑨約款順位 ⑤兄弟姉妹	本人 はい いいえ
10 配偶者	フリガナ	印	男 女	昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	万円	フリガナ	①配偶者 ⑥法定相続人 ②子ども ⑦事業主 ③父母 ⑧その他 ④祖父母 ⑨約款順位 ⑤兄弟姉妹	配偶者 はい いいえ
21 こども	フリガナ	印	男 女	平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	万円	被保険者区分の「本人」	3 父母	こども はい いいえ
22 こども	フリガナ	印	男 女	平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	万円	被保険者区分の「本人」	3 父母	こども はい いいえ

営業店受付日	本社受付日	点検	決定

【続柄】

- 1:配偶者 2:こども 3:父母 4:祖父母 5:兄弟姉妹
- 6:法定相続人 7:事業主 9:その他 10:約款順位
- ◇死亡保険金受取人欄に「ヤッカングジュンイ」と表示されている場合、配偶者・子・父母・祖父母・兄弟姉妹の順位に従って死亡保険金受取人の指定があったものとします。
- ◇高度障害保険金受取人は被保険者本人となります。

- ◇死亡保険金受取人を変更される場合、効力発生日からの変更となります。
- ◇お子様の死亡保険金受取人は加入者本人(主たる被保険者)となります。
- ※お子様が未成年の場合は、親権者が確認、同意のうえお申込みください。

告知事項で「はい」に○印をつけた方は裏面告知書をご記入ください。

告知書

加入申込者ご本人が申込日(告知日)現在の状況のありのままをもれなく正確に記入してください。
ありのままもれなく告知されないと、保険金が支払われない場合があります。

告知日 **必須** 年 月 日

表面の「告知事項」で「はい」に○をした場合は下記に詳しく記入してください。

該当被保険者氏名 **自署**

- ①最近3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導を含む)・投薬を受けたことがある方。
- ②過去1年以内に病気やけがで手術を受けたことがある方。
- ③過去1年以内に病気やけがで継続して2週間以上の入院をしたことがある方。
- ④過去1年以内に病気やけがで2週間以上にわたり医師の治療(指示・指導を含む)・投薬を受けたことがある方。

- 高血圧症、高脂血症、高尿酸血症、痛風の場合、医療機関で測定した数値と「直近の測定日」「合併症の有無」をご記入ください。
なお、投薬されている場合は、投薬後の数値をご記入ください。

(漢字)	傷病名および現在の症状													(1)直近の血圧値(高血圧症の場合)	最高	mmHg		最低	mmHg	
	治療・投薬の有無、年月	(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)	年	月	~	年	月	(2)直近の測定値(高脂血症の場合)	総コレステロール(T-cho)		mg/dl								
	入院の有無	(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)	手術の有無		(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)	HDLコレステロール(HDL-cho)		mg/dl										
	入院期間	日間	年	月	~	年	月	LDLコレステロール(LDL-cho)		mg/dl										
	治療中の場合、現在の症状・治療内容等													中性脂肪(TG)		mg/dl				
	完治している場合	完治日	年	月	日	(3)直近の血液検査値(高尿酸血症・痛風の場合)		尿酸(UA)		mg/dl										
									後遺症の有無		(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)								
									(4)直近の測定日		年	月	日							
									(5)合併症の有無				(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)						
(漢字)	傷病名および現在の症状													(1)直近の血圧値(高血圧症の場合)	最高	mmHg		最低	mmHg	
	治療・投薬の有無、年月	(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)	年	月	~	年	月	(2)直近の測定値(高脂血症の場合)	総コレステロール(T-cho)		mg/dl								
	入院の有無	(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)	手術の有無		(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)	HDLコレステロール(HDL-cho)		mg/dl										
	入院期間	日間	年	月	~	年	月	LDLコレステロール(LDL-cho)		mg/dl										
	治療中の場合、現在の症状・治療内容等													中性脂肪(TG)		mg/dl				
	完治している場合	完治日	年	月	日	(3)直近の血液検査値(高尿酸血症・痛風の場合)		尿酸(UA)		mg/dl										
									後遺症の有無		(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)								
									(4)直近の測定日		年	月	日							
									(5)合併症の有無				(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)						
(漢字)	傷病名および現在の症状													(1)直近の血圧値(高血圧症の場合)	最高	mmHg		最低	mmHg	
	治療・投薬の有無、年月	(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)	年	月	~	年	月	(2)直近の測定値(高脂血症の場合)	総コレステロール(T-cho)		mg/dl								
	入院の有無	(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)	手術の有無		(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)	HDLコレステロール(HDL-cho)		mg/dl										
	入院期間	日間	年	月	~	年	月	LDLコレステロール(LDL-cho)		mg/dl										
	治療中の場合、現在の症状・治療内容等													中性脂肪(TG)		mg/dl				
	完治している場合	完治日	年	月	日	(3)直近の血液検査値(高尿酸血症・痛風の場合)		尿酸(UA)		mg/dl										
									後遺症の有無		(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)								
									(4)直近の測定日		年	月	日							
									(5)合併症の有無				(<u>ある</u>)	(<u>ない</u>)						

・「効力発生日」までに上記「告知事項」に変更が生じた場合は、加入申込書兼告知書の提出先へ速やかにご連絡ください。あらためて告知いただく必要があります。
なお、内容によってはご加入いただけない場合がありますのでご注意ください。

告知書を訂正された場合は、訂正印として必ず被保険者申込印兼同意印と同一印を押印ください。