

愛知医療グループ生命共済制度  
加入(変更)申込書

申込日  
(告知日)

年 月 日

以下の者について加入資格があることを確認し、上記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。

住友生命保険相互会社 行

証券番号: 547687903 取納番号: 0000001

契約者名

一般社団法人 愛知医療共済会 様

取扱生保	ご加入(変更)年月
	年 月

加入案内用資料に記載された重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容を了解し、申込内容が自らの意向(ニーズ)に沿ったものであることを確認のうえ、契約者あてに下記のとおり申し込みます。また、下欄の「個人情報のお取扱いについて」の内容についても、受取人とともに同意します。

ご本人	ご住所	(〒 )		TEL ( - - )	
	被保険者(カタカナ)	性別	生年月日		告知欄
	ご本人自署 (漢字フルネーム)	男 女	昭和 平成	年 月 日	下記の告知事項に該当しますか。  すべて いいえ
	勤務先病院名	掛金負担者		○で囲んでください。 本人 事業主	
	保険金額	*ご希望の保険金額を○で囲んでください。 6,000万円・5,000万円・4,000万円・3,000万円・2,000万円・1,000万円・500万円・200万円 申込区分《 新規加入・増額・減額・脱退 (現在のご加入額 万円) 》 *ご本人様が脱退されますと配偶者様も同時に脱退となります。			
死亡保険金受取人	1・2どちらかに ○を記入ください	1 指定受取人 (カタカナ)	死亡保険金受取人の続柄を○で囲んでください。 配偶者 子 孫 父母 祖父母 兄弟姉妹		受取割合 100%

配偶者も申し込みされる場合はご記入ください。

配偶者	配偶者名(カタカナ)	性別	生年月日		告知欄
	配偶者自署 (漢字フルネーム)	男 女	昭和 平成	年 月 日	下記の告知事項に該当しますか。  すべて いいえ
	保険金額	2,000万円・1,000万円・500万円・200万円 申込区分《 新規加入・増額・減額・脱退 (現在のご加入額 万円) 》 *ご本人様が脱退されますと配偶者様も同時に脱退となります。			
	死亡保険金受取人	1・2どちらかに ○を記入ください	1 指定受取人 (カタカナ)	死亡保険金受取人の続柄を○で囲んでください。 配偶者 子 孫 父母 祖父母 兄弟姉妹	

当月末日までに事務局に受付けたものは翌々月1日より効力を開始します。

この申込書で死亡保険金受取人を変更される場合、変更の効力は申込書面に記載の「ご加入(変更)年月」からとなります。

死亡保険金受取人を「ご加入(変更)年月」より前に変更されたい場合は「被保険者内容変更通知書」で別途お手続きください。

告知事項 別表	<p><b>ご加入・増額のお申込みの場合は必ずご確認ください。</b>同額更新・脱退・減額・死亡保険金受取人等の変更の場合はご確認いただく必要はありません。告知事項のすべてに該当しない場合のみお申込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、上記の告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらずご加入・増額された場合には、「告知義務違反」として保険金や給付金のお支払いができないことがあります。</p>	
	<p>A. 申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。 B. 申込日(告知日)から過去1年以内に、別表の病気で、2週間以上の期間にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。</p>	
	心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症*1
	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・うつ病・双極性障がい(躁うつ病)・睡眠障がい・自律神経失調症・パニック障がい・不安障がい・神経症・統合失調症・心因反応・適応障がい・知的障がい・発達障がい・認知症
	肺・気管支	慢性気管支炎・気管支拡張症・肺炎腫・慢性閉塞性肺疾患
	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・肝機能障がい・すい炎
	腎臓	腎炎・ネフローゼ・腎不全・のう胞腎・人工透析
	目	網膜色素変性症
	がん・しゅよう	がん*2・肉腫・白血病・悪性しゅよう
右記の病気	糖尿病*3・リウマチ・こうげん病・紫斑病	

\*1 高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。

\*2 がんには、上皮がん、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄異形成症候群、子宮頸部・陰部・外陰部の高度異形成、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ポーエン病、バジェット病を含みます。

\*3 糖尿病については、「インスリンを使用」「HbA1c(NGSP)が6.5%以上」「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

【個人情報のお取扱いについて】

この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。

生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。

なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。

また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。

(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

取扱会社使用欄

生保	コード
支社	コード
支部	コード
担当者	コード

住友生命使用欄

点検印	インボット印	受付印
-----	--------	-----