

手術給付特約・死亡保険金不担保特約(入院保障保険(終身型 09)用)・無事故割引特約・代理請求特約付入院保障保険(終身型 09)(60日型)

申込人(保険契約者)は、重要事項説明書に記載の【お申込みに際しての意向確認について】を読み、契約内容が自らの意向に合致していることを確認のうえ、本契約を申込みます。また、申込人(保険契約者)および被保険者は、申込書裏面記載事項について確認・同意しています。

受付番号	9T1
契約日	平成 27 年 7 月 1 日
申込日(告知日)	平成 年 月 日

顧客番号	制度番号	入金番号	団体名
			株式会社プリヂストン
事業所/所属			加入者番号

保険契約申込印

「重要事項説明書」、「パンフレット」および「ご契約のしおり・約款(または「ご契約のしおり抜粋」)」、「ご契約の解約と払いもどし金について」の記載部分を含む)を受領し、重要な事項を了知したうえで申込みます。

印

(2枚とも)

保険契約者住所

郵便番号: _____

住所漢字: _____ 都道府県: _____

住所カナ: _____

(市外局番一局番一番号の要領でご記入ください)

電話番号: _____

保険契約者欄

(フリガナ) _____

(漢字) 必ず記入(自署) _____

生年月日: 昭和 ③ _____ 平成 ④ _____ 年 月 日 歳

年齢: _____

性別: 男 ① _____ 女 ② _____

区分	被保険者名	被保険者印	生年月日	契約年齢	性別	加入区分	基本プラン 加入口数	特約				告知欄
								手術補完 給付特約	先進医療 給付特約(12)	特約II 生活習慣病入院 給付特約(09) (120日型・II型)	特約III 3大疾病診断 給付特約(03)	
① 本人	(フリガナ) _____ (漢字) 必ず記入(自署) _____	印 (2枚とも)	昭和 ③ _____ 平成 ④ _____ 年 月 日 歳	_____	男 ① _____ 女 ② _____	新規	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	付加する	付加する	付加する	付加する	告知欄 *下段工は、特約IVへお申込みの場合のみご記入ください 下記「被保険者告知欄」をご確認いただき、いいえ・はいのいずれか該当する方に○をしてください。 特約IVを付加される場合は遺贈の欄も○をしてください。 【必ずご記入ください】 下記A〜ウがすべて「いいえ」の場合 下記A〜ウのうち1つでも「はい」の場合 いいえ はい
	(フリガナ) _____ (漢字) 必ず記入 _____ 契約内容を了知し、契約締結に同意します。	印 (2枚とも)	昭和 ③ _____ 平成 ④ _____ 年 月 日 歳	_____	男 ① _____ 女 ② _____	新規	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	付加する	付加する	付加する	付加する	告知欄 *下段工は、特約IVへお申込みの場合のみご記入ください 下記「被保険者告知欄」をご確認いただき、いいえ・はいのいずれか該当する方に○をしてください。 特約IVを付加される場合は遺贈の欄も○をしてください。 【必ずご記入ください】 下記A〜ウがすべて「いいえ」の場合 下記A〜ウのうち1つでも「はい」の場合 いいえ はい
	(フリガナ) _____ (漢字) 必ず記入 _____ 契約内容を了知し、契約締結に同意します。	印 (2枚とも)	昭和 ③ _____ 平成 ④ _____ 年 月 日 歳	_____	男 ① _____ 女 ② _____	新規	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	付加する	付加する	付加する	付加する	告知欄 *下段工は、特約IVへお申込みの場合のみご記入ください 下記「被保険者告知欄」をご確認いただき、いいえ・はいのいずれか該当する方に○をしてください。 特約IVを付加される場合は遺贈の欄も○をしてください。 【必ずご記入ください】 下記A〜ウがすべて「いいえ」の場合 下記A〜ウのうち1つでも「はい」の場合 いいえ はい
	(フリガナ) _____ (漢字) 必ず記入 _____ 契約内容を了知し、契約締結に同意します。	印 (2枚とも)	昭和 ③ _____ 平成 ④ _____ 年 月 日 歳	_____	男 ① _____ 女 ② _____	新規	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	付加する	付加する	付加する	付加する	告知欄 *下段工は、特約IVへお申込みの場合のみご記入ください 下記「被保険者告知欄」をご確認いただき、いいえ・はいのいずれか該当する方に○をしてください。 特約IVを付加される場合は遺贈の欄も○をしてください。 【必ずご記入ください】 下記A〜ウがすべて「いいえ」の場合 下記A〜ウのうち1つでも「はい」の場合 いいえ はい

家族区分: 1:本人 2:配偶者 3~:子供・親
※基本契約とは以下を指します。
主契約・手術給付特約・死亡保険金不担保特約(入院保障保険(終身型 09)用)・無事故割引特約・代理請求特約

表示の保険料は、1口(入院給付金日額5,000円)あたりの金額です。

特約の付加を希望される場合は○をしてください。

被保険者告知欄

この告知欄による告知は、ご契約をお引受けするかどうかを決める重要な事項です。必ず被保険者ご本人が、ありのままを正確にご記入ください。もしこれらの事項について事実をご記入にならなかったり、ご記入いただいた内容が事実と違っていた場合には、ご契約が解除されたり、保険金などの支払いを受けられないことがあります。また、病気または傷害による給付金などは、責任開始期以後発病または受傷した場合に限り支払いを受けられます。

告知必須項目	A. 申込日現在、病気がけがで入院中、または入院が手術をすすめられていますか ウ. 申込日より過去1年以内に病気で、継続して10日以上入院をしたことがありますか ウ. 申込日現在、妊娠していますか
ガン化学療法・緩和療養給付特約専用告知項目	上記特約IVを付加される場合のみ告知してください。 エ. 今までに、ガン・悪性新生物(肉腫・白血病・悪性リンパ腫・多発性骨髄腫を含みます)および上皮内新生物(上皮内ガン)で、医師の診察・検査・治療・投薬・手術を受けたことや入院をしたことがありますか ※「はい」に該当する場合、特約IVはお申込みいただけません。

入院保障保険(終身型 09) 特約内容

完全セット	手術給付特約
任意選択	特約I: 手術補完給付特約(給付倍率5倍)・先進医療給付特約(12) 特約II: 生活習慣病入院給付特約(09)(120日型・II型) 特約III: 3大疾病診断給付特約(03) 特約IV: ガン化学療法・緩和療養給付特約