

2019.4改定

3枚複写式の申込書になります。
1枚目にボールペンで強くご記入の上、
1・2枚目を全圧連に送付、3枚目の「事業所控え」は申込会社にてご保管ください。

【告知事項について】
次の告知事項「告知内容」について、事実をありのまま正確にもれなくご記入ください。
①告知事項「有」について、○で囲んでください。
②告知事項「有」の場合は、別紙の「告知書」にその明細と内容および現在の状態について具体的に記入してください。

1.告知日から最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療（指示・指導を含む）薬の処方を受けたことはありませんか。
2.告知日から過去1年以内に、病氣やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことはありませんか。
また、告知日から過去1年以内に初診日から最終受診日までが2週間以上の、医師の診察・検査・治療（指示・指導を含む）、または2週間分以上の薬の処方を受けたことはありませんか。
3.手足の欠損または機能に障がいはありませんか。また、背骨（脊柱）・視力・聴力・言語・しゃべり機能に障がいはありませんか。

続 配 偶 者：1 子 供：2 父 母：3
祖 父 母：4 兄 弟 姉 妹：5 事 業 主：6
病 法 定 相 続 人：7 保 険 契 約 者：8 その他：9

大陽生命 提出用

被保険者加入申込書 兼 異動通知書 (A)

保険契約者
団体名 全国圧送事業団体連合会
代表者名 全圧連記入欄
事業所名 株式会社 OOOO
代表者名 代表取締役 □□ □□

証券番号 K-06511
ブロック1
ブロック2
生保
事業所コード XXXX
所属コード

申込(告知)日 年 月 日
加入(異動)日 年 月 日
ご提出 枚中 枚

被保険者番号	被保険者氏名(カタカナ)	異動区分	性別	生年月日	保険金	保険料	保険金受取人	告知欄
1	ゼンアツ タロウ	①新規 ③減額 ⑥死亡 ②増額 ④脱退	①男 ②女	00 3 3	200			①有 ②無
2	ゼンアツ ハナコ	①新規 ③減額 ⑥死亡 ②増額 ④脱退	①男 ②女	00 7 7	400	200	事業主	①有 ②無
3	ゼンアツ ジロウ	①新規 ③減額 ⑥死亡 ②増額 ④脱退	①男 ②女	00 7 7				①有 ②無
4		①新規 ③減額 ⑥死亡 ②増額 ④脱退	①男 ②女					①有 ②無
5		①新規 ③減額 ⑥死亡 ②増額 ④脱退	①男 ②女					①有 ②無

【ご契約者・事業主の皆様へ】
○同意確認の重要性 保険法第38条および第67条の規定にもとづき、契約者である団体(事業主)が、被保険者になろうとする方へ、契約内容を周知し、加入にかかる同意を確認する必要があります。この同意確認を行わなかった保険契約の部分は、無効となり保障されません。確實に同意確認を行ってください。
○全員加入型契約(保険料を加入資格のある方は全額負担)の場合は、ご加入の被保険者ご本人が押印してください。

当用紙は3枚綴りです。
1枚目・2枚目を全圧連にご提出ください。
3枚目は事業所控えとして保管ください。

大陽生命使用欄
検印 担当
団体保険課 受付日
営業担当 受付日
入力日

SMAC 1346025-M1 3L3 500 807150-4 A50L12

確認事項	☑
① 事業所名・代表者名・事業所印を押印してください。	☐
② 本申込書への記入日をご記入ください。	☐
③ 申込書送付日の月の翌々月1日をご記入ください。翌々月の1日が加入(脱退)日です。 【例】申込日2月15日の場合 → 加入(脱退)日 4月1日 ご不明な場合は記入せずにお送りください。	☐
④ 被保険者氏名はカタカナでご記入ください。	☐
⑤ 被保険者の同意印を押印してください。(脱退の際は押印不要です。)	☐
⑥ 異動区分(1新規、4脱退)、性別、生年月日をご記入ください。	☐
⑦ 保険金 パンフレットに記載の保険金額よりご確認いただき、ご記入ください。 1口…200 2口…400 3口…600 4口…800 5口…1000となります。	☐
⑧ 保険金受取人は事業主に☑してください。	☐
⑨ 告知欄は、上記【告知事項について】を確認いただき、健康状態に該当がない場合は【0:無】をお選びください。※告知欄の訂正印は、⑤の個人印を押印ください。 有の場合は告知書が必要となります。事務局へご連絡ください。	☐
※ 内容を訂正した場合は訂正箇所を二重線で消し、①の事業所印と同じ印鑑を押印してください。	☐