

000 AAA 020 994

RP24 03 20 23 354⑤

団体長期障害所得補償保険加入申込票 兼 被保険者明細書 ①保険会社用

「重要事項のご説明」の「ご加入いただく内容に関する確認事項（ご意向の確認）」について確認するとともに、個人情報取扱に同意のうえ加入を申し込みます。裏面の健康状態告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。

「健康状態告知についてのご案内」を受け取り、内容を了解しました。

団体名	王子ホールディングス株式会社
会社名	
事業所コード	LW7
所属名	
所属コード	019

申込日 010 令和 R 年 月 日

申込人（被保険者）氏名	
307 J04 (カナ)	フルネームで署名してください (漢字) 自署
341 L67	
017 社員コード:	

契約内容	
保険期間	令和 6年11月 1日より 1年間
てん補期間	65才に達した日まで
免責期間	90日

323	※生年月日	302	※性別
昭和 S	年 月 日	男 1	
平成 H		女 2	

現在の加入内容	加入タイプ : 加入口数 :	現在の保険料 : 円 更改後の保険料 : 円
---------	-------------------	---------------------------

加入区分	<input checked="" type="radio"/> 新規申込	<input type="radio"/> 変更申込	<input type="radio"/> 脱退	<input type="radio"/>
------	---------------------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------------

390① L18①

加入タイプ	300
加入口数	572
	口

備考

GLTD（団体長期障害所得保険）は、ケガや病気によって働けなくなった時の収入減少を補う保険です。
ぜひご検討ください。

※健康状態告知書

団体長期障害所得補償保険の基本セットに今回新たに申し込みいただく方、および継続加入する場合で補償内容を拡大するご契約条件の変更（保険金額の増額、免責期間の短縮、てん補期間の延長等）を伴う方は、下記の告知質問事項1、2のいずれにも該当しない場合のみ加入いただけます。継続加入する方で補償内容を拡大する契約条件の変更をしない場合は、告知不要です。

1. 次のいずれかに該当する。

- ①告知日（ご回答日）現在、病気のため入院しているか、入院・手術・再検査等※1をすすめられている。
②告知日（ご回答日）より過去2年以内に病気で、継続して14日以上入院をしたことがある。
※1再検査等とは、医師から病気による入院・手術のために受検の指示を受けたものをいい、精密検査等を含みます。
なお、健康診断や人間ドックにおける「要再検査」等の結果は含みません。

2. 告知日（ご回答日）より過去2年以内に以下のいずれかの病気と医師に診断されたり、医師による検査※2・治療（投薬を含みます）を受けたことがある、または受けるように指導されたことがある。

- ①「がん」、「上皮内がん」
②「糖尿病」、「高血糖症」、「耐糖能異常」
③「精神の病気（アルコール・薬物依存を含みます）」

※2検査結果が異常なしだった場合は「該当なし」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「該当あり」となります。

過去の健康状態告知内容	
特定疾病等対象外欄（再告知の場合要削除）	
L45 疾病コード	562 疾病・症状名

私は加入申込みに際して健康状態に関する上記の告知質問事項および裏面の記載事項をすべて確認し、告知質問事項1、2のいずれにも該当しませんでしたので、この保険の加入申込みをします。なお、事実を告知していなかったり、告知内容が事実と相違した場合、保険契約を解除されたり保険金の支払いを受けられなかったとしても異議はありません。

（ご注意）告知の内容にかかわらず、新規加入日より12か月以内に発生した就業障害に関しては、就業障害の原因となった身体障害について新規加入日前12か月以内に医師の治療、診察、診断を受け、または治療のために服薬をしていたときは、保険金をお支払いできないことがあります。

※【他の保険契約等】（注）他の保険会社等における契約を含みます。

同種の危険を補償する他の保険契約等（被保険者が同一であり、所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等の身体障害による就業不能に対して保険金が支払われる他の保険契約等）がありますか（団体契約、生命保険、共済を含みます）。

「あり」の場合、右欄「あり」に○印のうえ、必ず「合計保険金額」にご記入ください。
(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。)

Y34	合計保険金額	Y36
あり	1	万円

保険金請求歴（注）他の保険会社等への保険金請求を含みます。
過去3年以内に病気またはケガで保険金（5万円以上）を請求または受領したことがありますか。

保険会社	
回数	合計金額
回	円

ご加入者様へのご注意 ※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項（告知事項）です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分にご確認のうえご回答（記入）ください。

社内
使用欄

団体コード

初年度加入日	L92
	H:R: . .
告知社内処理日	XJY
	H:R: . .

旧加入番号	099	識別コード
加入番号	098	