

とうきゅうグループ団体保険

医療保険【総合医療保険(団体型)】商品内容のご説明

主な保障内容

保険期間中に以下のお支払事由に該当されたときにお支払いします。

給付金のお支払いにあたっては、原因となるケガや病気が加入日(*)以後に生じることが必要となります。

(*)その被保険者についてこの保険契約上の責任が開始した日をいい、増額部分については「加入日」を「増額日」と読み替えます。

<入院給付金の型について>

・本人または配偶者の場合、特定疾病倍額型となり、子どもの場合、一律基本型となります。

給付の名称	お支払事由の概要	お支払額		お支払限度※1	
		入院給付金日額 5,000円	入院給付金日額 10,000円		
入院給付金	基本型 (子ども)	ケガや病気等により1泊2日以上継続して入院をされたとき	5,000円 (入院給付金日額) × 入院日数	10,000円 (入院給付金日額) × 入院日数	[1回の入院※2] 124日 [通算] 1,095日
	特定疾病 倍額型 本人 または 配偶者	特定疾病により1泊2日以上継続して入院をされたとき	10,000円 (入院給付金日額×2) × 入院日数	20,000円 (入院給付金日額×2) × 入院日数	
	ケガや特定疾病以外の病気等により1泊2日以上継続して入院をされたとき	5,000円 (入院給付金日額) × 入院日数	10,000円 (入院給付金日額) × 入院日数		
入院療養 給付金	入院給付金をお支払いする入院をされたとき	25,000円 (入院給付金日額×5)	50,000円 (入院給付金日額×5)	通算30回※3	
手術給付金 (20倍)※4	1泊2日以上継続した入院中に、公的医療保険制度の対象となる手術または先進医療に該当する手術等を受けられたとき	100,000円 (入院給付金日額×20)	200,000円 (入院給付金日額×20)	—	
手術給付金 (5倍)※4	外来または日帰り入院中に、公的医療保険制度の対象となる手術または先進医療に該当する手術等を受けられたとき	25,000円 (入院給付金日額×5)	50,000円 (入院給付金日額×5)	通算30回	
放射線治療 給付金	公的医療保険制度の対象となる放射線治療または先進医療に該当する放射線照射・温熱療法を受けられたとき	50,000円 (入院給付金日額×10)	100,000円 (入院給付金日額×10)	通算なし (60日の間に1回)	

・特定疾病とは、「悪性新生物(がん)、糖尿病、心疾患、高血圧性疾患・大動脈瘤等、脳血管疾患、腎疾患、肝疾患」の生活習慣病等をいいます。

・対象となる特定疾病的詳細については「ご加入のみなさまへ」(P109～P113)をご確認ください。

・骨髄幹細胞の採取のための入院・手術の保障は、総合医療保険(団体型)への加入日(*)からその日を含めて1年経過後の入院・手術にかぎります。

(*) その被保険者についてこの保険契約上の責任が開始した日をいい、増額部分については「加入日」を「増額日」と読み替えます。

ただし、ニッセイ医療保険(無配当)から総合医療保険(団体型)への継続加入者については、当該継続加入日からその日を含めて1年内の骨髄幹細胞の採取のための入院・手術であってもお支払い対象となります。(この場合、継続加入時におけるニッセイ医療保険(無配当)または総合医療保険(団体型)の入院給付金日額のいずれか低い金額が限度となります。)

※1 お支払限度については、更新前後のお支払日数(回数)を通算します。

※2 入院を2回以上された場合でも、最終の入院の退院日の翌日からの経過日数等によっては1回の入院とみなす場合があります。

※3 すでに入院療養給付金のお支払事由に該当している場合には、入院療養給付金をお支払いすることとなった最終の入院が開始された日からその日を含めて180日経過後に新たに開始された入院がお支払いの対象となります。

※4 公的医療保険制度の対象手術でも、一部の所定の手術については、お支払いの対象外となります。

〈対象外の手術の例〉…「創傷処理」「皮膚切開術」等

また、同一の日に複数回の手術を受けられた場合には、1つの手術についてのみがお支払いの対象となります。

この場合、手術給付金(20倍)をお支払いするときは、手術給付金(5倍)のお支払いはいたしません。

保障内容に関する詳細、「給付金のお受取りにあたっての日数制限」や上表の注記(※1～※4)等の制限事項の詳細については、【当パンフレット】「給付金のお支払事由」、「法令等の改正に伴う変更」、【注意喚起情報】「給付金をお支払いしない主な場合」、ならびに「ご加入のみなさまへ」を必ずご確認ください。

保障額と保険料

○月払保険料表(概算)

保険料は毎月の給与から控除します。(第1回目は9月給与から)

保険年齢	入院給付金日額	本人・配偶者	
		10,000円	5,000円
15歳～19歳 (H13.4.2生～H18.4.1生)	1,380円	690円	
20歳～24歳 (H8.4.2生～H13.4.1生)	2,020円	1,010円	
25歳～29歳 (H3.4.2生～H8.4.1生)	2,740円	1,370円	
30歳～34歳 (S61.4.2生～H3.4.1生)	3,010円	1,505円	
35歳～39歳 (S56.4.2生～S61.4.1生)	3,040円	1,520円	
40歳～44歳 (S51.4.2生～S56.4.1生)	3,270円	1,635円	
45歳～49歳 (S46.4.2生～S51.4.1生)	4,060円	2,030円	
50歳～54歳 (S41.4.2生～S46.4.1生)	5,500円	2,750円	
55歳～59歳 (S36.4.2生～S41.4.1生)	7,660円	3,830円	
60歳～64歳 (S31.4.2生～S36.4.1生)	10,420円	5,210円	
65歳～69歳 (S26.4.2生～S31.4.1生)	14,200円	7,100円	
70歳 (S25.4.2生～S26.4.1生)	17,820円	8,910円	
71歳 (S24.4.2生～S25.4.1生)	19,240円	9,620円	
72歳 (S23.4.2生～S24.4.1生)	20,700円	10,350円	
73歳 (S22.4.2生～S23.4.1生)	22,160円	11,080円	
74歳 (S21.4.2生～S22.4.1生)	23,630円	11,815円	
75歳 (S20.4.2生～S21.4.1生)	25,100円	12,550円	
76歳 (S19.4.2生～S20.4.1生)	26,580円	13,290円	
77歳 (S18.4.2生～S19.4.1生)	28,030円	14,015円	
78歳 (S17.4.2生～S18.4.1生)	29,580円	14,790円	
79歳 (S16.4.2生～S17.4.1生)	31,040円	15,520円	
80歳 (S15.4.2生～S16.4.1生)	32,570円	16,285円	
～22歳 (H10.4.2生～)	1,740円	870円	こども

上記は概算保険料です。正規保険料は申込締切後に加入者数等に基づき算出し、更新日(今回は令和2年10月1日)から適用します。

加入者数等により保険料が上下する可能性がありますので、目安としてご確認ください。

保険料は、毎年の更新日に再計算し適用します。

年齢が上がり、次の年齢群団へ移る方が同額の給付金額で更新された場合、通常、更新後の保険料は更新前より高くなります。

当パンフレットにおける年齢は原則として満年齢で記載しており、保険年齢の場合は保険年齢〇〇歳と記載しております。

*「保険年齢」は、被保険者の年齢を満年齢で計算し、1年未満の端数は6ヶ月以下は切捨て、6ヶ月超は切上げます。

(例:19歳7ヶ月の被保険者の方の保険年齢は20歳となります。)

☑ 取扱内容

加入資格

○以下の加入資格の他、「申込書兼告知書」に記載の内容（ウェブお手続き対象の方は、専用ウェブサイトに記載の内容）を十分ご確認のうえ、お申込みください。
以下の年齢は効力発生日現在の年齢です。

ご加入のお申込みをされる方は必要事項を記入・押印のうえ「申込書兼告知書」を勤務先のとうきゅうグループ団体保険担当窓口へご提出ください。

《本人》公的医療保険制度に加入している役員・従業員（出向者を含みます。）の方で新規加入・増額は、年齢14歳6ヶ月超70歳6ヶ月以下の方。（昭和25年4月2日生～平成18年4月1日生）
継続加入は、年齢80歳6ヶ月以下の方。

《配偶者》役員・従業員（出向者を含みます。）と生計を一にする配偶者の方で新規加入・増額は、年齢満16歳以上70歳6ヶ月以下の方。
継続加入は、年齢80歳6ヶ月以下の方。

《こども》役員・従業員（出向者を含みます。）と生計を一にするこどもで年齢0歳以上22歳6ヶ月以下の方。
ただし、加入資格があるこどもが2名以上いる場合は、全員ご加入ください。
この場合、保障額は同一となります。

定年退職後の継続加入について

○定年退職者または関連会社（当契約の募集対象ではない企業）へ転籍した方（※）で「総合医療保険（団体型）」に1年以上継続して加入されている役員・従業員およびその配偶者・こどもは以下のとおり継続加入いただくことができます。

（※）転籍先企業に他の団体保険制度がないことが条件となります。

・本人は、退職時に加入していた保障額と同額もしくはそれ以下の保障額で、退職後も年齢80歳6ヶ月まで継続加入することができます。

・配偶者は、本人が退職後も継続して加入する場合には、それまでと同額もしくはそれ以下の保障額で、年齢80歳6ヶ月まで継続加入することができます。

・こどもは、本人が退職後も継続して加入する場合には、それまでと同額もしくはそれ以下の保障額で、年齢22歳6ヶ月まで継続加入することができます。

※本人が退職後、本人・配偶者・こどもの新規加入・増額はできません。

※勤務先により、お取扱いできない場合がございます。詳しくは、勤務先のとうきゅうグループ団体保険担当窓口まで、お問合せください。

<ご注意>

(1)一旦加入すれば、その後病気になられても、原則として、加入資格を満たすかぎり同額もしくはそれ以下の保障額で継続加入できます。

(2)本人としての加入資格を有する配偶者は、本人としてご加入ください。
(同一人が本人、配偶者の二つの資格で二重に加入することはできません。)

(3)配偶者・こどものみで加入することはできません。

(4)配偶者は本人と同額もしくはそれ以下、こどもは本人（配偶者が加入している場合は配偶者）と同額もしくはそれ以下の保障額でお申込みください。

(5)保険期間中に本人が死亡または脱退された場合は、配偶者・こどもも自動的に脱退となります。

(6)本人が上記加入資格を失われた場合には、年齢によらずこの保険契約からの脱退手続きが必要です。
ただし、所定の条件のもと手続きいただいた場合、上記のとおり継続加入いただくことができます。

定年退職以外の退職後のお取扱い

○保険期間の中途で退職される方で、希望のある場合に限り、残りの保険料を一括して払込みいただければ、退職直後の更新日の前日（9月末日）まで継続加入できます。定年退職者または関連会社（当契約の募集対象ではない企業）へ転籍した方は、【定年退職後の継続加入について】をあわせてご確認ください。

保険期間

○保険期間は効力発生日～令和3年9月30日までです。
以降は毎年10月1日を更新日とし、保険期間1年で更新します。

この保険契約から脱退いただく場合

○本人（主たる被保険者）が加入資格を失われた場合には、保険期間の途中であってもその日にこの保険契約から脱退となります。

○配偶者・こどもが加入されている場合、配偶者は次の①または②に定める日、こどもは次の③に定める日にこの保険契約から脱退となります。

①本人の脱退日・死亡日

②加入資格を失われた日

③更新日にこどもが加入資格を失われている場合はその更新日の前日

○この保険契約の保障終了日は、脱退となった日の属する月の末日です。ただし、退職の方は保障終了日翌日以後の保険料を払込みいただいている場合、その保険料を返金いたします。（例えば、在職者が3月24日に脱退された場合、3ヶ月分保険料を払込みいただき、3月31日が保障終了日となります。退職者が3月24日に脱退された場合も3月31日が保障終了日となります、払込みいただいた一括保険料のうち、4月1日以降分の保険料は返金いたします。）

○この保険契約には、被保険者が脱退された場合の払戻金はありません。

受取人

○本人（主たる被保険者）・配偶者・こどもの入院給付金・入院療養給付金・手術給付金・放射線治療給付金の受取人は本人（主たる被保険者）です。

配当金

○1年ごとに収支計算を行い、剩余金が生じた場合は、配当金をお受取りになります。配当金のお受取りがある場合、実質負担額（年間払込保険料から配当金を控除した金額）が軽減されます。

○脱退され、保険期間の中途で保障終了となられた方は配当金をお受取りになれません。

配当還元率に記載の保険期間は、以下のとおりです。

令和1年度（保険期間：平成30年10月1日～令和1年9月30日）

平成30年度（保険期間：平成29年10月1日～平成30年9月30日）

平成29年度（保険期間：平成28年10月1日～平成29年9月30日）

平成28年度（保険期間：平成27年10月1日～平成28年9月30日）

過去4年間の配当還元率（年間払込保険料に対する配当金の割合です。）

令和1年度	平成30年度	平成29年度	平成28年度
約24.7%	約19.4%	約20.5%	約24.0%

※ただし、これは過去4年間の配当実績に基づくものであり、将来のお受取りをお約束するものではありません。

●配当金のお支払い時期・お支払い方法については、所属企業の担当窓口までお問合せください。

給付金のお支払事由

【入院給付金】

○お支払いは、被保険者が保険期間中に次の①または②に定める入院をされた場合にかぎります。

①加入日（＊）以後に生じた不慮の事故による傷害または発病した疾病を直接の原因として、1泊2日以上継続して入院をされた場合

※お支払いの対象となる入院は、治療を目的として医療法に定める日本国内の病院または診療所およびこれらと同等の日本国外の医療施設に入院をされた場合にかぎります。

②骨髄幹細胞の採取術を直接の目的として、1泊2日以上継続して入院をされた場合

※総合医療保険（団体型）への加入日（＊）からその日を含めて1年経過後の入院にかぎるものとし、その入院中に骨髄幹細胞の採取術を受けられることを要します。

ただし、ニッセイ医療保険（無配当）から総合医療保険（団体型）への継続加入者については、当該継続加入日からその日を含めて1年以内の骨髄幹細胞の採取術のための入院であってもお支払対象となります。（この場合、継続加入時ににおけるニッセイ医療保険（無配当）または総合医療保険（団体型）の入院給付金日額のいずれか低い金額が限度となります。）

※お支払いの対象となる入院は、医療法に定める日本国内の病院または診療所およびこれらと同等の日本国外の医療施設に入院をされた場合にかぎります。

（＊）その被保険者についてこの保険契約上の責任が開始した日をいい、増額部分については「加入日」を「増額日」と読み替えます。以下「加入日（＊）」については同じ内容を表しています。

○お支払いは、1回の入院について124日、通算して1,095日を限度とします。

※お支払限度については、更新前後のお支払日数を通算します。

○複数回の入院をされた場合、入院給付金の型に応じて、以下のようにお取扱いいたします。

<基本型の場合>

入院給付金のお支払事由に該当する入院を2回以上された場合、それぞれの入院の原因にかかわらず、それらの入院を1回の入院とみなし、お支払日数の限度を適用します。ただし、入院給付金をお支払いすることとなった最終の入院の退院日の翌日からその日を含めて180日経過後に開始した入院については新たな入院とみなします。

<特定疾病倍額型の場合>

①特定疾病を直接の原因とする入院の場合

入院給付金のお支払事由に該当する入院を2回以上された場合、それぞれの入院の原因にかかわらず、それらの入院を1回の入院とみなし、お支払日数の限度を適用します。ただし、入院給付金をお支払いすることとなった最終の入院の退院日の翌日からその日を含めて180日経過後に開始した入院については新たな入院とみなします。

②不慮の事故による傷害または特定疾病以外の疾病等を直接の原因とする入院の場合

入院給付金のお支払事由に該当する入院を2回以上された場合、それぞれの入院の原因にかかわらず、それらの入院を1回の入院とみなし、お支払日数の限度を適用します。ただし、入院給付金をお支払いすることとなった最終の入院の退院日の翌日からその日を含めて180日経過後に開始した入院については新たな入院とみなします。

※なお、①②の入院を別々にされた場合、各々1回の入院とみなします。

●特定疾病を直接の原因として入院された場合、入院1日につき入院給付金日額を2倍にして計算した金額とします。

【入院療養給付金】

○お支払いは、入院給付金をお支払いする入院をされた場合にかぎります。

○すでに入院療養給付金のお支払事由に該当している場合には、入院療養給付金をお支払いすることとなった最終の入院が開始された日からその日を含めて180日経過後に新たに開始された入院がお支払いの対象となります。

○お支払いは、通算30回を限度とします。

※お支払限度については、更新前後のお支払回数を通算します。

【手術給付金（20倍）】

○お支払いは、被保険者が保険期間中、かつ1泊2日以上継続した入院中に次の①または②に定める手術を受けられた場合にかぎります。

①加入日（＊）以後に生じた不慮の事故による傷害または発病した疾病を直接の原因として、所定の手術を受けられた場合

※お支払いの対象となる手術は、治療を目的とし、医療法に定める日本国内の病院または診療所およびこれらと同等の日本国外の医療施設における手術にかぎります。

②骨髄幹細胞の採取術を受けられた場合

※総合医療保険（団体型）への加入日（＊）からその日を含めて1年経過後に受けられた骨髄幹細胞の採取術であることを要します。

ただし、ニッセイ医療保険（無配当）から総合医療保険（団体型）への継続加入者については、当該継続加入日からその日を含めて1年以内に受けられた骨髄幹細胞の採取術であってもお支払対象となります。（この場合、継続加入時ににおけるニッセイ医療保険（無配当）または総合医療保険（団体型）の入院給付金日額のいずれか低い金額が限度となります。）

※お支払いの対象となる手術は、医療法に定める日本国内の病院または診療所およびこれらと同等の日本国外の医療施設における手術にかぎります。

○同一の日に複数回の手術を受けられた場合には、1つの手術についてのみがお支払いの対象となります。

【手術給付金（5倍）】

○お支払いは、被保険者が保険期間中、かつ外来または日帰り入院中に、次の①または②に定める手術を受けられた場合にかぎります。

①加入日（＊）以後に生じた不慮の事故による傷害または発病した疾病を直接の原因として、所定の手術を受けられた場合

※お支払いの対象となる手術は、治療を目的とし、医療法に定める日本国内の病院または診療所およびこれらと同等の日本国外の医療施設における手術にかぎります。

②骨髄幹細胞の採取術を受けられた場合

※総合医療保険（団体型）への加入日（＊）からその日を含めて1年経過後に受けられた骨髄幹細胞の採取術であることを要します。

ただし、ニッセイ医療保険（無配当）から総合医療保険（団体型）への継続加入者については、当該継続加入日からその日を含めて1年以内に受けられた骨髄幹細胞の採取術であってもお支払対象となります。（この場合、継続加入時ににおけるニッセイ医療保険（無配当）または総合医療保険（団体型）の入院給付金日額のいずれか低い金額が限度となります。）

※お支払いの対象となる手術は、医療法に定める日本国内の病院または診療所およびこれらと同等の日本国外の医療施設における手術にかぎります。

○同一の日に複数回の手術を受けられた場合には、1つの手術についてのみがお支払いの対象となります。この場合、手術給付金（20倍）をお支払いするときは、手術給付金（5倍）のお支払いはいたしません。

○お支払いは、通算30回を限度とします。

※お支払限度については、更新前後のお支払回数を通算します。

【放射線治療給付金】

○お支払いは、加入日（＊）以後に生じた不慮の事故による傷害または発病した疾病を直接の原因として、保険期間中に所定の施術を受けられた場合にかぎります。

○お支払いの対象となる施術は、治療を目的とし、医療法に定める日本国内の病院または診療所およびこれらと同等の日本国外の医療施設における施術にかぎります。

○すでに放射線治療給付金のお支払事由に該当している場合、放射線治療給付金をお支払いすることとなった最後の施術日からその日を含めて60日経過後に受けられた施術がお支払いの対象となります。

(ご注意)
給付金をお支払いできないことがあります。お支払いに関する
詳細は「ご加入のみなさまへ」(P109 ~P113)をご覧ください。

税務上のお取扱い

<保険料>

- この保険契約には新生命保険料控除制度が適用され、実質保険料(保険料から配当金を控除した金額)は、介護医療保険料控除の対象です。
- *生命保険料控除の詳細は、以下のニッセイのホームページをご参照ください。
(<https://www.nissay.co.jp/keiyaku/oshirase/hokenryokojo/>)
- *介護医療保険料控除の対象となる実質保険料については、年末調整・確定申告時に控除証明書等にて必ずご確認ください。
- *当医療保険以外に介護医療保険料控除の対象となる保険等にご加入の場合、控除額は控除の対象となる保険等の保険料をそれぞれ合計した保険料に基づき計算されます。当医療保険のみの保険料に基づき計算されるわけではありません。

<給付金>

- 入院給付金・入院療養給付金・手術給付金・放射線治療給付金は、主たる被保険者が受取人の場合、非課税です。

税務の取扱い等について、令和2年1月現在の税制・関係法令等に基づき記載しております。今後、税務の取扱い等が変わる場合がありますので、記載の内容・数値等は将来にわたって保証されるものではありません。
個別の税務取扱い等については、所轄の国税局・税務署や顧問税理士等にご確認ください。

制度運営および引受保険会社

○当制度は東急株式会社が生命保険会社と更新時点の約款に基づき締結した家族特約付総合医療保険(団体型)契約に基づいて運営します。

[引受保険会社] 日本生命保険相互会社

制度内容の変更

○東急株式会社の福利厚生制度の変更等により、制度内容が変更される場合があります。また、これに伴い、保険料率や付保特約、給付内容、加入資格等が変更される場合があります。

法令等の改正に伴う変更

○この保険契約のお支払事由、保険料その他この保険契約の内容(以下、「お支払事由等」といいます。)にかかる法令等の改正による公的医療保険制度等の改正があり、その改正がこの保険契約のお支払事由等に影響を及ぼすと引受保険会社が認めた場合には、主務官庁の認可を得て、この保険契約のお支払事由等を変更することができます。

個人情報の取扱いに関する東急株式会社と引受保険会社からのお知らせ

○この保険契約は、東急株式会社(以下、会社といいます。)を保険契約者とし、会社および会社の子会社(以下、子会社といいます。)の所属員を加入対象者とする企業保険です。そのため、この保険契約の運営にあたっては、会社および子会社は加入対象者の個人情報(氏名・性別・生年月日・健康状態等)を取扱い、会社がこの保険契約を締結した引受保険会社へ提出します。会社および子会社は、この保険契約の運営において入手する個人情報を、この保険契約の事務手続きのために使用します。

○引受保険会社は受領した個人情報を各種保険の引受け・継続・維持管理、給付金等のお支払い、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、会社、子会社等へその目的の範囲内で提供します。

○また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き会社・子会社および引受保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。

なお、記載の引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社へ提供されます。

(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。

ご相談窓口等

募集期間中のお問合せにつきましては、P9に記載のニッセイ団体保険コールセンターまでお問合せください。

募集期間後のご照会・苦情につきましては、以下の団体窓口までお問合せください。

(なお、募集期間後の引受保険会社へのご要望・苦情につきましては、同じく以下の日本生命窓口までご連絡ください。)

<団体お問合せ先>

東急保険コンサルティング株式会社 リテール営業部 営業サポートグループ チェックオフチーム TEL 0120-953-809(フリーコール)

<日本生命お問合せ先>

日本生命保険相互会社 法人サービスセンター TEL 0120-563-925

※お問合せの際には、記号証券番号(900-95124)をお知らせください。

【受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00(祝日・12/31～1/3を除く。)】

「障がい」の表記

当パンフレット(「医療保険」部分)では、「障害」を「障がい」と表記しています。なお、法律、政令、規則等の法令で用いられている用語や特定の固有名詞については「障害」とそのまま表記する場合があります。

☑ 退職後継続加入について

○定年退職者または関連会社（当契約の募集対象ではない企業）へ転籍した方（※）で「総合医療保険(団体型)」に1年以上継続して加入されている役員・従業員およびその配偶者・こどもは以下のとおり継続加入いただくことができます。

（※）転籍先企業に他の団体保険制度がないことが条件となります。

《本人》退職時に加入していた保障額と同額もしくはそれ以下の保障額で、退職後も年齢80歳6ヶ月まで継続加入することができます。

《配偶者》本人が退職後も継続して加入する場合には、それまでと同額もしくはそれ以下の保障額で、年齢80歳6ヶ月まで継続加入することができます。

《こども》本人が退職後も継続して加入する場合には、それまでと同額もしくはそれ以下の保障額で、年齢22歳6ヶ月まで継続加入することができます。ただし、加入資格のあるこどもが2名以上いる場合は、全員同一の保障額で継続加入ください。

移行手続きについて

○移行希望の有無を所属会社の医療保険担当者にお申し出ください。その後、東急保険コンサルティング株式会社から、申込書類一式（申込書・口座振替依頼書等）が送付されますので、必要事項をご記入・押印のうえ、必ず期日までにご返送ください。

保険料について

○移行手続き時に指定いただいた金融機関の口座から、1年に1回、年一括払保険料を振替させていただきます（今回は9月28日）。

○振替ができなかった場合は、別途ご案内いたしますので、期日までに振込いただきます。

配当金について

○配当金明細書をご郵送後、保険料振替金融機関に振込いたします（12月初旬）。

ご注意点・その他

○新規加入はできません。

○保障額の増額および配偶者・こどもの追加加入はできません。

○ご住所および電話番号等に変更があった場合は、東急保険コンサルティング株式会社 リテール営業部 営業サポートグループ チェックオフチームまでご連絡ください。

☑ 退職後継続加入の方の保障額と保険料【概算】（年一括払）

保険年齢	入院給付金日額	本人・配偶者	
		10,000円	5,000円
15歳～19歳 (H13.4.2生～H18.4.1生)	16,063円	8,031円	
20歳～24歳 (H8.4.2生～H13.4.1生)	23,512円	11,756円	
25歳～29歳 (H3.4.2生～H8.4.1生)	31,893円	15,946円	
30歳～34歳 (S61.4.2生～S61.4.1生)	35,036円	17,518円	
35歳～39歳 (S56.4.2生～S61.4.1生)	35,385円	17,692円	
40歳～44歳 (S51.4.2生～S56.4.1生)	38,062円	19,031円	
45歳～49歳 (S46.4.2生～S51.4.1生)	47,258円	23,629円	
50歳～54歳 (S41.4.2生～S46.4.1生)	64,020円	32,010円	
55歳～59歳 (S36.4.2生～S41.4.1生)	89,162円	44,581円	
60歳～64歳 (S31.4.2生～S36.4.1生)	121,288円	60,644円	
65歳～69歳 (S26.4.2生～S31.4.1生)	165,288円	82,644円	
70歳 (S25.4.2生～S26.4.1生)	207,424円	103,712円	
71歳 (S24.4.2生～S25.4.1生)	223,953円	111,976円	
72歳 (S23.4.2生～S24.4.1生)	240,948円	120,474円	
73歳 (S22.4.2生～S23.4.1生)	257,942円	128,971円	
74歳 (S21.4.2生～S22.4.1生)	275,053円	137,526円	
75歳 (S20.4.2生～S21.4.1生)	292,164円	146,082円	
76歳 (S19.4.2生～S20.4.1生)	309,391円	154,695円	
77歳 (S18.4.2生～S19.4.1生)	326,269円	163,134円	
78歳 (S17.4.2生～S18.4.1生)	344,311円	172,155円	
79歳 (S16.4.2生～S17.4.1生)	361,305円	180,652円	
80歳 (S15.4.2生～S16.4.1生)	379,114円	189,557円	
こども			
～22歳 (H10.4.2生～)	20,253円	10,126円	

保険料は1年ごとにご指定口座から振替えます。（今回は9月28日）

上記は概算保険料です。正規保険料は申込締切後に加入者数等に基づき算出し、更新日（今回は令和2年10月1日）から適用します。

加入者数等により保険料が上下する可能性がありますので、目安としてご確認ください。

保険料は、毎年の更新日に再計算し適用します。**年齢が上がり、次の年齢群団へ移る方が同額の給付金額で更新された場合、通常、更新後の保険料は更新前より高くなります。**

詳細は「定年退職後の継続加入について」・「定年退職以外の退職後のお取扱い」(P33)、「退職後継続加入について」(P37)をご確認ください。

当パンフレットにおける年齢は原則として満年齢で記載しており、保険年齢の場合は保険年齢〇〇歳と記載しております。

※「保険年齢」は、被保険者の年齢を満年齢で計算し、1年未満の端数は6ヶ月以下は切捨て、6ヶ月超は切上げます。

（例：59歳7ヶ月の被保険者の方の保険年齢は60歳となります。）

医療保険 ご契約の概要について【契約概要】

総合医療保険(団体型)

この「契約概要」は、ご加入の内容等に関する重要な事項のうち、特に確認いただきたい事項を記載しております。お申込み前に必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえ、お申込みください。

また、「契約概要」に記載の保障内容等は、概要を示しています。

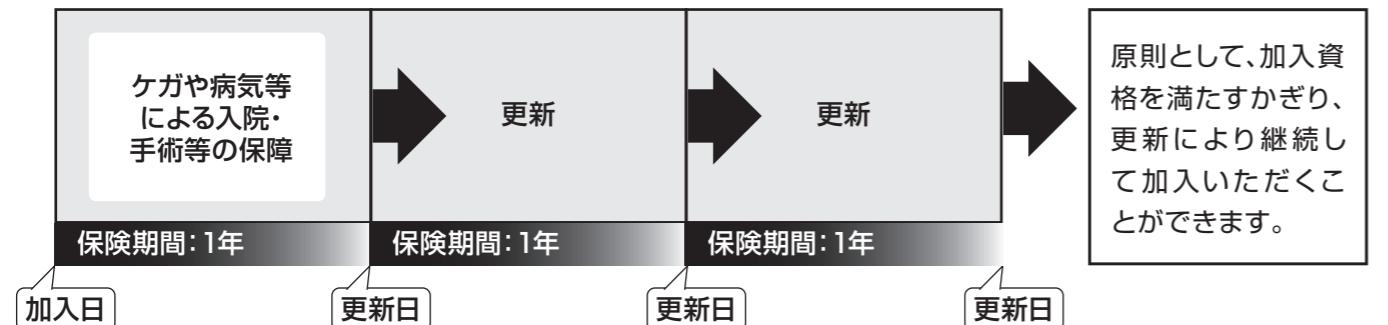
その他詳細につきましては、パンフレット・「注意喚起情報」・「正しく告知いただくために」・「ご加入のみなさまへ」等をご参照ください。

ご自身が選択された保障額・保険料、および、その他の商品内容がニーズ(ご意向)に合致しているか、お申込み前に必ずご確認ください。

この保険の特徴

- この保険は、団体を契約者とし、その所属員等のうち希望される方に加入いただく団体保険です。
- 保険期間1年の定期保険で、原則として、加入資格を満たすかぎり、更新により継続して加入いただくことができます。
- ご加入者(被保険者)の保険期間中のケガや病気等による入院・手術等に対する保障を確保できます。
- 保険料は毎年算出し、更新日から適用します。

しくみ図(イメージ)



主な保障内容と保障額

- 保険期間中に以下の支払事由に該当されたときにお支払いします。

給付の名称	お支払事由		お支払額	お支払限度 ※1
入院給付金	基本型	ケガや病気等により1泊2日以上継続して入院されたとき	入院給付金日額 × 入院日数	[1回の入院※2] 124日 〔通算〕 1,095日
	特定疾病倍額型	特定疾病により1泊2日以上継続して入院されたとき	入院給付金日額 × 2 × 入院日数	
		ケガや特定疾病以外の病気等により1泊2日以上継続して入院されたとき	入院給付金日額 × 入院日数	
入院療養給付金	入院給付金をお支払いする入院をされたとき		入院給付金日額 × 5	通算30回 ※3
手術給付金(20倍) ※4	1泊2日以上継続した入院中に、公的医療保険制度の対象となる手術または先進医療に該当する手術等を受けられたとき		入院給付金日額 × 20	—
手術給付金(5倍) ※4	外来または日帰り入院中に、公的医療保険制度の対象となる手術または先進医療に該当する手術等を受けられたとき		入院給付金日額 × 5	通算30回
放射線治療給付金	公的医療保険制度の対象となる放射線治療または先進医療に該当する放射線照射・温熱療法を受けられたとき		入院給付金日額 × 10	通算なし (60日の間に1回)

- ・給付金のお支払いにあたっては、原因となるケガや病気が加入日(*)以後に生じることが必要となります。
- ・<入院給付金の型について>本人または配偶者の場合、特定疾病倍額型となり、子どもの場合、一律基本型となります。
- ・特定疾病とは、『がん、糖尿病、心疾患、高血圧性疾患・大動脈瘤等、脳血管疾患、腎疾患、肝疾患』の7種類の生活習慣病等をいいます。
- ・対象となる特定疾病の詳細については「ご加入のみなさまへ」をご確認ください。
- ・骨髄幹細胞の採取のための入院・手術の保障は、総合医療保険(団体型)への加入日(*)からその日を含めて1年経過後の入院・手術にかぎります。
- ※1 お支払限度については、更新前後のお支払日数(回数)を通算します。
- ※2 入院を2回以上された場合でも、最終の入院の退院日の翌日からの経過日数等によっては1回の入院とみなす場合があります。
- ※3 すでに入院療養給付金のお支払事由に該当している場合には、入院療養給付金をお支払いすることとなった最終の入院が開始された日からその日を含めて180日経過後に新たに開始された入院がお支払いの対象となります。
- ※4 公的医療保険制度の対象手術でも、一部の所定の手術については、お支払いの対象外となります。
<対象外の手術の例>…「創傷処理」「皮膚切開術」等
また、同一の日に複数回の手術を受けられた場合には、1つの手術についてのみがお支払いの対象となります。
この場合、手術給付金(20倍)をお支払いするときは、手術給付金(5倍)のお支払いはいたしません。
- (*)その被保険者についてこの保険契約上の責任が開始した日をいい、増額部分については「加入日」を「増額日」と読み替えます。
- 保障内容・保障額に関する詳細、「給付金のお受取りにあたっての日数制限」や左表の注記(※1～※4)等の制限事項の詳細については、パンフレット、「ご加入のみなさまへ」等の該当箇所を必ずご確認ください。

保険料

- 毎年の更新時に、ご加入者(被保険者)の加入状況等に基づき、契約(団体)ごとに算出し、変更します。
- 詳細は、パンフレット等の該当箇所をご確認ください。

保険期間

- 詳細は、パンフレット等の該当箇所をご確認ください。

加入資格

- 詳細は、パンフレット等の該当箇所をご確認ください。

受取人

- 詳細は、パンフレット等の該当箇所をご確認ください。

配当金

- 1年ごとに収支計算を行い、剩余金が生じた場合は、配当金をお受取りになります。配当金のお受取りがある場合、実質負担額(年間払込保険料から配当金を控除した金額)が軽減されます。
※ご加入や脱退の時期等により配当金をお受取りになれない場合があります。
- 詳細は、パンフレット等の該当箇所をご確認ください。

脱退による払戻金

- この保険契約には、被保険者が脱退された場合の払戻金はありません。

制度運営および引受保険会社

- 当制度は、契約者である団体が日本生命保険相互会社と締結した総合医療保険(団体型)契約に基づいて運営します。
- 詳細は、パンフレット等の該当箇所をご確認ください。

ご相談窓口・指定紛争解決機関

- 募集期間中のお問合せにつきましては、パンフレット等に記載のニッセイ団体保険コールセンターまでお問合せください。募集期間後のご照会・苦情につきましては、同じくパンフレット等に記載の団体窓口までお問合せください。(なお、募集期間後の引受保険会社へのご要望・苦情につきましては、同じくパンフレット等に記載の日本生命窓口までご連絡ください。)
- この商品に係る指定紛争解決機関は一般社団法人生命保険協会です。詳細につきましては、「注意喚起情報」をご参照ください。

【契約者】東急株式会社

【引受保険会社】日本生命保険相互会社

日本一医-2020-707-10190-M (R2.4.15) 総医④特定療簡

特に注意いただきたい事項について【注意喚起情報】

総合医療保険（団体型）

この「注意喚起情報」は、ご加入（＊）のお申込みに際して特に注意いただきたい事項を記載しております。お申込み前に必ずお読みいただき、内容をご確認・ご了解のうえ、お申みください。また、お支払事由等および制限事項の詳細やご契約の内容に関する事項その他詳細につきましては、パンフレット「契約概要」・「正しく告知いただくために」・「ご加入のみなさまへ」等をご参照ください。

（＊）保障額を増額する場合、増額部分については、「ご加入」を「増額」、「加入日」を「増額日」と読み替えます。

クーリング・オフ

- この保険契約は、団体を契約者とする保険契約であり、ご加入（＊）のお申込みにはクーリング・オフの適用はありません。

告知に関する重要事項

告知の義務

- 健康状態等について、被保険者となられる方ご本人が事実のありのままを、正確にもれなく告知してください。（これを告知義務といいます。）傷病歴等があった場合でも、全てのご加入（＊）のお申込みをお断りするものではありません。
- 引受保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）・団体事務担当者等に口頭でお伝えまたは資料提示されただけでは告知いただいたことになりません。必ず指定された書面（「申込書兼告知書」等）にて告知してください。

正しく告知いただけない場合の取扱い

- 告知義務に違反された場合は、ご加入（＊）を解除させていただき、給付金をお支払いできないことがあります。

告知内容等の確認

- 後日、給付金をご請求の際に、告知内容等を確認させていただくことがあります。

※告知に関しては、「正しく告知いただくために」にて必ず詳細をご確認ください。

責任開始期

- 引受保険会社がご加入（＊）を承諾した場合、所定の加入日（＊）から保険契約上の責任を負います。ただし、被保険者の数が引受保険会社の定める数に満たない場合は、保険契約は効力を発生しません。（更新できません。）※所定の加入日（＊）については、「申込書兼告知書」またはパンフレット等に記載された「効力発生日」です。
- 引受保険会社の職員（営業職員・コールセンター担当者等）には、ご加入（＊）を承諾する権限がありません。

この保険契約から脱退いただく場合

- この保険契約には、被保険者が脱退された場合の払戻金はありません。
- 詳細は、パンフレット等に記載の団体窓口までお問い合わせください。

制度内容の変更

- 団体の福利厚生制度の変更等により、制度内容が変更される場合があります。また、これに伴い、保険料率や付保特約、給付内容、加入資格等が変更される場合があります。

法令等の改正に伴う変更

- この保険契約のお支払事由、保険料その他この保険契約の内容（以下「お支払事由等」といいます。）にかかる法令等の改正による公的医療保険制度等の改正があり、その改正がこの保険契約のお支払事由等に影響を及ぼすと引受保険会社が認めた場合には、主務官庁の認可を得て、この保険契約のお支払事由等を変更することがあります。

生命保険契約者保護機構

- 引受保険会社は、生命保険契約者保護機構に加入しています。引受保険会社の業務もしくは財産の状況の変化により、給付金額等が削減されることがあります。なお、生命保険契約者保護機構の会員である生命保険会社が経営破綻に陥った場合には、生命保険契約者保護機構により、保険契約者保護の措置が図られることとなります。ただし、この場合にも、給付金額等が削減されることがあります。
- 保険契約者保護の措置の詳細については、生命保険契約者保護機構までお問い合わせください。

〈お問合せ先〉

生命保険契約者保護機構

TEL 03-3286-2820

月曜日～金曜日（祝日、年末年始を除く）

午前9時～正午、午後1時～午後5時

ホームページアドレス <https://www.seihohogo.jp/>

給付金のお支払いに関する留意事項

- お支払事由が発生する事象、給付金をお支払いする場合またはお支払いしない場合等については、「ご加入のみなさまへ」に記載しておりますので、ご確認ください。なお、給付金のご請求は、団体経由で行っていただく必要があります。ご請求に応じて、給付金をお支払いする必要がありますので、給付金のお支払事由が生じた場合だけでなく、給付金のお支払いの可能性があると思われる場合や、お支払いに関してご不明な点が生じた場合等についても、すみやかに団体のご相談窓口にご連絡ください。
- 給付金のお支払事由が生じた場合、ご加入（＊）の契約内容によっては、他の給付金等のお支払事由に該当することがありますので、十分にご確認ください。
- 給付金をお支払いする場合またはお支払いしない場合等の事例については、以下のニッセイのホームページをご参照ください。

ニッセイホームページ

<https://www.nissay.co.jp/hojin/oshirase/hokinuketori/>

ご相談窓口・指定紛争解決機関

- 募集期間中のお問合せにつきましては、パンフレット等に記載のニッセイ団体保険センターまでお問合せください。募集期間後のご照会・苦情につきましては、同じくパンフレット等に記載の団体窓口までお問合せください。（なお、募集期間後の引受保険会社へのご要望・苦情につきましては、同じくパンフレット等に記載の日本生命窓口までご連絡ください。）
- この商品に係る指定紛争解決機関は一般社団法人生命保険協会です。
- 一般社団法人生命保険協会の「生命保険相談所」では、電話・文書（電子メール・FAXは不可）・来訪により生命保険に関するさまざまなお相談・照会・苦情をお受けしております。また、全国各地に「連絡所」を設置し、電話にてお受けしております。（「生命保険相談所」「連絡所」の連絡先は、ホームページアドレス <https://www.seiho.or.jp/> をご覧ください。）なお、生命保険相談所が苦情の申出を受けたことを生命保険会社に連絡し、解決を依頼した後、原則として1ヶ月を経過しても、保険契約者等と生命保険会社との間で解決がつかない場合については、指定紛争解決機関として、生命保険相談所内に裁定審査会を設け、保険契約者等の正当な利益の保護を図っております。

【契約者】東急株式会社

【引受保険会社】日本生命保険相互会社

日本-医-2020-707-10190-M (R2.4.15) 総医注①簡

- (2)治療を直接の目的とした、病院または診療所における放射線治療であること
病院または診療所とは、別表4に該当するものをいいます。
- (3)次のいずれかの放射線治療であること
①医科診療報酬点数表によって放射線治療料の算定対象として列挙されている施術(歯科診療報酬点数表によって放射線治療料の算定対象として列挙されている施術については、医科診療報酬点数表においても放射線治療料の算定対象として列挙されている施術以外は含まれません。)
②先進医療に該当する放射線照射または温熱療法による施術
- (4)すでに放射線治療給付金の支払事由に該当している場合
放射線治療給付金が支払われることとなった最後の施術日からその日を含めて60日経過後に受けた施術であること

7. 放射線治療給付金の支払に関するその他の事項

入院中に保険期間が満了した場合
保険期間中の入院とみなされる場合でも、保険期間満了後の放射線治療については、お支払いの対象とはなりません。

III. 給付金をお支払いできない場合等について

1. 次のような場合には、給付金のお支払いはできません。
 (1)被保険者が次のいずれかにより支払事由に該当されたとき
 ・保険契約者もしくはその被保険者の故意または重大な過失によるとき(注1)
 ・その被保険者の犯罪行為によるとき
 ・その被保険者の精神障がいの状態を原因とする事故によるとき
 ・その被保険者の泥酔の状態を原因とする事故によるとき
 ・その被保険者が法令に定める運転資格を持たないで運転をしている間に生じた事故によるとき
 ・その被保険者が法令に定める酒気帯び運転またはこれに相当する運転をしている間に生じた事故によるとき
 ・その被保険者の薬物依存によるとき(注2)
 ・頸部症候群(いわゆる「むちうち症」)または腰痛でいずれも他覚所見のないもの(原因の如何を問いません。)
- (注1)家族特約に加入されている配偶者・ごどもが、その主契約の被保険者(給付金受取人)の故意または重大な過失により支払事由に該当された場合にも、給付金のお支払いはできません。
- (注2)「薬物依存」とは、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中の分類番号F11.2、F12.2、F13.2、F14.2、F15.2、F16.2、F18.2、F19.2に規定される内容によるものとし、薬物には、モルヒネ、アヘン、コカイン、大麻、精神刺激薬・幻覚薬等を含みます。
- (2)入院または手術の原因となる疾病や不慮の事故が加入(増額)日前に生じている場合
※ただし、加入(増額)日からその日を含めて2年を経過した後に入院を開始し、または手術を受けたときは、その入院または手術は加入(増額)日以後の原因によるものとみなします。
- (3)保険契約者または被保険者が、故意または重大な過失により、引受保険会社が告知を求めた事項について、告知の際に事実を告げなかつたか、または事実でないことを告げたため、この保険契約の全部またはその被保険者に対する部分が解除されたとき
- (4)保険契約者または被保険者の詐欺により、この保険契約の締結・被保険者の加入等が行われたために、この保険契約の全部またはその被保険者に対する部分が取消されたとき(この場合、すでに払込まれた保険料は払戻しません。)
- (5)保険契約者または被保険者が給付金を不法に取得する目的もしくは他人に給付金を不法に取得させる目的をもって、この保険契約の締結・被保険者の加入等を行ったために、この保険契約の全部またはその被保険者に対する部分が無効とされたとき(この場合、すでに払込まれた保険料は払戻しません。)
- (6)保険契約者から保険料の払込みがなくこの保険契約が失効したとき
- (7)次のような事由に該当し、この保険契約の全部またはその被保険者に対する部分が解除されたとき(この場合、その事由が生じたとき以降に発生した給付金の支払事由については、給付金をお支払いしません。)
 ①保険契約者、被保険者または給付金受取人が、給付金を詐取する目的または他人に詐取させる目的で事故招致(未遂を含みます。)をしたとき
 ②この保険契約の給付金の請求に関し、給付金受取人に詐欺行為(未遂を含みます。)があったとき

③保険契約者、被保険者または給付金の受取人が、次の(ア)～(オ)のいずれかに該当するとき
 (ア)暴力団、暴力団員(暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者を含みます。)、暴力団準構成員、暴力団関係企業その他の反社会的勢力(以下「反社会的勢力」といいます。)に該当すると認められること

- (イ)反社会的勢力に対して資金等を提供し、または便宜を供与する等の関与をしていると認められること
 (ウ)反社会的勢力を不当に利用していると認められること
 (エ)反社会的勢力により団体の全部もしくは一部の経営を支配され、またはその経営に反社会的勢力による実質的な関与を受けていると認められること
 (オ)その他反社会的勢力と社会的に非難されるべき関係を有していると認められること

④上記①②③の他、引受保険会社の保険契約者、被保険者または給付金受取人に対する信頼を損ない、この保険契約の存続を困難とする上記①②③の事由と同等の重大な事由があるとき

(8)支払事由に該当された際に、脱退等により被保険者でなくなっているとき

2. 次のような場合、給付金を削減してお支払いするかまたは給付金をお支払しないことがあります。

以下のいずれかによって支払事由に該当した被保険者の数の増加が、この保険の計算の基礎に影響を及ぼすとき

- ・地震、噴火または津波によるとき
- ・戦争その他の変乱によるとき

IV. 給付金のご請求について

○給付金の支払事由が生じたときは、すみやかに保険契約者へご連絡ください。

○請求書類は、保険契約者である団体に用意してあります。保険契約者を経由して当社へご提出ください。

○請求書類は、次のとおりです。

- ・当社所定の『給付金請求書』
- ・国内の病院または診療所の場合

一 当社所定の様式による『入院・手術・3大疾病診断書(証明書)』または所定の要件を満たした診断書

ただし、入院給付金または手術給付金を請求する場合は、以下の条件に該当する場合、「入院・手術・3大疾病診断書(証明書)」に代わり、「治療内容報告書」と「領収書のコピー」をあわせてご提出いただくことでご請求いただけます。

(1)入院給付金をご請求いただく場合

- ・入院日数が**30日以下**、または給付金額が**10万円以下**であること。
- ・すでに退院していること。
- ・病気による入院の場合、**ご加入(増額)から2年経過後の入院**であること。

(2)手術給付金をご請求いただく場合

- ・受けられた手術が**1回のみ**であること。
- ・病気による手術の場合、**ご加入(増額)から2年経過後の手術**であること。

<以下の場合は当社所定の『入院・手術・3大疾病診断書(証明書)』のご提出が必要です。>

- ・先進医療または放射線治療を受けられた場合。
- ・労災保険や自賠責保険等の対象となり領収証に手術料の記載がない(健康保険の対象外)が、医科診療報酬点数表で手術料の算定対象として列挙されている手術を受けられた場合。
※なお、ご提出いただいた『治療内容報告書』にて、お支払可否が判断できない場合は、当社所定の『入院・手術・3大疾病診断書(証明書)』をご提出いただく場合があります。

・不慮の事故を原因とする場合

- 一 事故状況報告書
- 一 交通事故による場合、自動車安全センター発行の交通事故証明書(ただし、入院給付金のみのご請求で、入院日数20日未満かつ退院後の請求の場合は省略可)

・海外の病院または診療所の場合

- 一 入院もしくは手術、放射線治療を受けられたとき、海外の医療施設が証明する診断書※診断書の和訳文も添付願います。
- 一 不慮の事故を原因とする場合には、不慮の事故であることを証明する書類

<ご注意>

○給付金の請求は、支払事由発生の時から3年間をすぎますと、その権利がなくなります。

○ご請求があった場合で、当社が必要と認めたときには事実の確認を行い、また給付金の請求について当社の指定する医師に診断を行わせることができます。

V. 法令等の改正に伴う変更について

この保険契約の支払事由、保険料その他この保険契約の内容(以下「支払事由」といいます。)にかかる法令等の改正による公的医療保険制度等の改正があり、その改正がこの保険契約の支払事由等に影響を及ぼすと引受保険会社が認めた場合には、主務官庁の認可を得て、この保険契約の支払事由等を変更することができます。

VI. 当社からのお願い

被保険者の改姓・ご家族の異動などの場合には、すみやかに保険契約者を経由して当社へお知らせください。

VII. 個人情報の取扱いについて

この保険契約の運営にあたっては、保険契約者(以下、団体といいます。)および団体所属の事業所等(加盟企業・子会社等を含みます。以下同じ。)は加入対象者の個人情報(氏名・性別・生年月日・健康状態等)を取扱い、団体が保険契約を締結した引受保険会社へ提出します。団体・事業所等は、この保険契約の運営において入手する個人情報を、この保険契約の事務手続きのため使用します。引受保険会社は受領した個人情報を各種保険の引受け・継続・維持管理、給付金等の支払い、その他保険に関連・付随する業務のため利用し、また、団体・事業所等へその目的の範囲内で提供します。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き団体・事業所等および引受保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取扱われます。なお、引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。なお、団体等がこの保険契約の事務を委託する場合には、当該事務の受託会社も団体等と同様に個人情報を取扱います。

(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。

別表1 対象となる特定疾病

1. 対象となる特定疾病的範囲は、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中下記のものとし、分類項目の内容については、厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10(2003年版)準拠」によるものとします。

特定疾病的種類	分類項目	基本分類コード
がん	口唇、口腔および咽頭の悪性新生物 消化器の悪性新生物 呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物 骨および関節軟骨の悪性新生物 皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物 中皮および軟部組織の悪性新生物 乳房の悪性新生物 女性生殖器の悪性新生物 男性生殖器の悪性新生物 腎尿路の悪性新生物 眼、脳およびその他の中枢神経系の部位の悪性新生物 甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物 部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 独立した(原発性)多部位の悪性新生物 上皮内新生物 真正赤血球増加症<多血症> 骨髄異形成症候群 リンパ組織、造血組織および関連組織の性状不詳または不明のその他の新生物(D47)のうち 慢性骨髄増殖性疾患 本態性(出血性)血小板血症	C00～C14 C15～C26 C30～C39 C40～C41 C43～C44 C45～C49 C50 C51～C58 C60～C63 C64～C68 C69～C72 C73～C75 C76～C80 C81～C96 C97 D00～D09 D45 D46 D47.1 D47.3 E10～E14 I05～I09 I20～I25 I26～I28 I30～I52 I10～I15 I71 I60～I69 N00～N08 N10～N16 N17～N19 B15～B19 K70～K77
糖尿病	糖尿病	I05～I09
心疾患	慢性リウマチ性心疾患 虚血性心疾患 肺性心疾患および肺循環疾患 その他の型の心疾患	I20～I25 I26～I28 I30～I52
高血圧性疾患 大動脈瘤等	高血圧性疾患 大動脈瘤および解離	I10～I15 I71
脳血管疾患	脳血管疾患	I60～I69
腎疾患	糸球体疾患 腎尿細管間質性疾患 腎不全	N10～N16 N17～N19
肝疾患	ウイルス肝炎 肝疾患	B15～B19 K70～K77

2. 上記1において「がん」とは、厚生労働省大臣官房統計情報部編「国際疾病分類一腫瘍学 第3版」中、新生物の性状を表す第5桁コードが次のものをいいます。

第5桁性状コード番号
/2・・・上皮内癌 上皮内 非浸潤性 非侵襲性
/3・・・悪性、原発部位
/6・・・悪性、転移部位 悪性、続発部位
/9・・・悪性、原発部位又は転移部位の別不詳

生命保険【団体定期保険】・医療保険【総合医療保険(団体型)】

生命保険

医療保険

3大疾病保険

被出型企業年金保険Ⅱ

がん保険

傷害保険

団体長期障害所得補償保険

自動車保険

火災保険・地震保険

重要事項のご説明

申込書記入要領

会社別加入一覧

別表2 公的医療保険制度

「公的医療保険制度」とは、次のいずれかの法律に基づく医療保険制度をいいます。

1. 健康保険法
2. 国民健康保険法
3. 国家公務員共済組合法
4. 地方公務員等共済組合法
5. 私立学校教職員共済法
6. 船員保険法
7. 高齢者の医療の確保に関する法律

別表3 対象となる異常分娩

対象となる異常分娩とは、平成6年10月12日総務庁告示第75号に定められた分類項目中下記のものを伴う分娩とし、分類項目の内容については厚生労働省大臣官房統計情報部編「疾病、傷害および死因統計分類提要ICD-10 (2003年版) 準拠」によるものとします。

分類項目	基本分類コード
妊娠、分娩および産じょくく禿>における浮腫、たんぱく<蛋白>尿および高血圧性障がい	010～016
主として妊娠に関連するその他の母体障がい	020～029
胎児および羊膜腔に関連する母体ケアならびに予想される分娩の諸問題	030～048
分娩の合併症	060～075
分娩 (単胎自然分娩(080)を除きます。)	081～084
主として産じょくく禿>に関連する合併症	085～092
その他の産科的病態、他に分類されないもの	094～099

別表4 病院または診療所

「病院または診療所」とは、次の各号のいずれかに該当したものとします。

- (1) 医療法に定める日本国内にある病院または患者を入院させるための施設を有する診療所(患者を入院させるための施設と同等の施設を有する柔道整復師法に定める施術所において、四肢における骨折、脱臼、捻挫または打撲に関し施術を受ける場合には、その施術所を含みます。)。ただし、手術給付金および放射線治療給付金については、患者を入院させるための施設を有しないものを含みます。
- なお、介護保険法に定める介護老人保健施設および介護老人福祉施設ならびに老人福祉法に定める老人福祉施設および有料老人ホームは含まれません。
- (2) 前号の場合と同等の日本国外にある医療施設

別表5 医科診療報酬点数表

「医科診療報酬点数表」とは、手術または放射線治療を受けた時点において、厚生労働省告示に基づき定められている医科診療報酬点数表をいいます。

別表6 歯科診療報酬点数表

「歯科診療報酬点数表」とは、手術または放射線治療を受けた時点において、厚生労働省告示に基づき定められている歯科診療報酬点数表をいいます。

別表7 対象となる先進医療

「先進医療」とは、手術または放射線治療を受けた時点において、平成18年9月12日厚生労働省告示第495号「厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養」の規定に基づき、厚生労働大臣が定める先進医療(先進医療ごとに厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所において行われるものに限ります。)をいいます。

備考

1. 骨髄幹細胞の採取術

「骨髄幹細胞の採取術」とは、組織の機能に障がいがある者に対して骨髄幹細胞を移植することを目的とした骨髄からの骨髄幹細胞の採取術をいい、末梢血幹細胞移植における末梢血幹細胞の採取術を含みます。ただし、骨髄幹細胞または末梢血幹細胞の提供者と受容者が同一となる自家移植の場合を除きます。

2. 骨髄移植術

「骨髄移植術」とは、組織の機能に障がいがある者に対し組織の機能の回復または付与を目的として骨髄幹細胞を輸注することをいい、末梢血幹細胞移植および臍帯血幹細胞移植についても骨髄移植とみなします。ただし、移植はヒトからヒトへの同種移植に限り、異種移植は含みません。

☑ ご加入の生命保険をご活用いただるために

ご加入の商品と保障内容をお受取人の方へお伝えください！

【商品ごとの保障内容】

商品ごとの保障内容(お受取りの対象となる保険金・給付金)については、下表のとおりです。なお、保障内容の詳細については、加入勧奨パンフレットや【契約概要】「主な保障内容」をご参照ください。

保障内容	団体定期保険	総合医療保険(団体型)
死亡保険金	被保険者が死亡された場合	<input type="radio"/>
高度障がい保険金	被保険者が所定の高度障がい状態になられた場合	<input type="radio"/>
入院給付金	被保険者が病気や不慮の事故により所定の入院をされた場合	<input type="radio"/>
入院療養給付金	被保険者が入院給付金の支払対象となる所定の入院をされた場合	<input type="radio"/>
手術給付金	被保険者が「公的医療保険制度」の対象となる所定の手術を受けられた場合	<input type="radio"/>
放射線治療給付金	被保険者が所定の放射線治療を受けられた場合	<input type="radio"/>

複数の保険金・給付金をお受取りいただける可能性がございます。以下は代表的な事例となりますので、ご請求に際してはご請求もれのないよう、ご加入の商品ごとの保障内容を十分にご確認ください！

*保険金・給付金のご請求手続きは、ご加入の商品ごとに必要となります。

【事例】病気や不慮の事故が原因で所定の入院をされた場合

たとえば…こんな事例の場合

A病院にて入院の後、手術のためB病院へ転院した。その後経過良好につきB病院を退院した。

転院により複数の病院でそれぞれ2日以上の入院をされた場合、最後のB病院での入院についてのみ入院給付金をご請求され、他の入院について請求を失念されるケースがみられます。転院前のA病院での入院期間(2日以上)についても入院給付金をお受取りいただける可能性がございます。

【事例】手術をされた場合

たとえば…こんな事例の場合

入院を伴わない手術は支払いの対象にならないと思い、手術給付金の請求をしなかった。

総合医療保険(団体型)では、入院期間を問わず、「公的医療保険制度」の対象となる手術等を受けられた際には、手術給付金をお受取りいただける可能性がございます。

【事例】放射線治療を受けられた場合

たとえば…こんな事例の場合

放射線治療を受けた。

総合医療保険(団体型)では、「公的医療保険制度」の対象となる放射線治療等を受けられた際には、放射線治療給付金をお受取りいただける可能性がございます。

上記内容は、給付金等を適切にお受取りいただくためにご確認いただきたい代表的事例をあげたものです。保険金・給付金等のお受取りについては所定の要件を満たす必要がありますので、保障内容の詳細は必ず加入勧奨パンフレットや【契約概要】「主な保障内容」をご参照ください。

正しく告知いただくために

団体定期保険・医療保険(※)セット

(※)医療保険の対象商品：総合医療保険(団体型)・新医療保障保険(団体型)・医療保障保険(団体型)

- ◆生命保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に保障しあう制度です。したがって、初めから健康状態のよくない方等が無条件にご加入されますが、保険料負担の公平性が保たれません。
- ◆この保険への新たにご加入もしくは保険金額等の増額のお申込みをお引受けできるのは、web申込画面または「申込書兼告知書」に記載の「質問事項」に対する答えが全て「いいえ」となる方です。以下に、被保険者となられる方に正しく告知いただくための重要な事項について記載しておりますので、お申込みいただく前に必ずご確認ください。

1. 健康状態等について、被保険者ご本人がそのままを告知してください。(告知義務)

- 現在および過去の健康状態等について、ありのままをお知らせいただくことを告知といいます。この保険に新たにご加入もしくは保険金額等の増額をお申込みいただく際には、加入申込者ご本人に告知(確認)いただく義務があります。
- 過去の傷病歴(傷病名・治療期間等)、現在の健康状態、身体の障がい状態について、web申込画面または「申込書兼告知書」でおたずねすることを十分ご確認のうえ、お申込みください。
- 告知にあたり、生命保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者等)が、傷病歴や健康状態等について、事実を告知いただかないよう依頼や誘導をすることはできません。

2. 生命保険会社の職員等に口頭でお伝えいただいただけでは告知されたことになりません。

- 告知をお受けできる権限(告知受領権)は、生命保険会社が有しています。必ず指定された画面または書面(web申込画面または「申込書兼告知書」等)にて告知いただくようお願いいたします。
- 生命保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者等)・団体事務担当者等に口頭でお伝えまたは資料提示されただけでは告知いただいたことにはなりませんので、ご注意ください。

3. 傷病歴等があった場合でも、全てのご加入・増額等のお申込みをお断りするものではありません。

- 生命保険会社では、契約者間の公平性を保つため、被保険者の健康状態等に応じたお引受けの判断を行っていますが、傷病歴があった場合でも、全てのご加入・増額等のお申込みをお断りするものではありません。詳細については、「6. web申込画面または「申込書兼告知書」の質問事項とその補足説明」をご確認ください。

4. 告知義務に違反された場合は、ご加入・増額等のお申込内容を解除させていただき、保険金等をお支払いできないことがあります。

- 告知いただく事項は、web申込画面または「申込書兼告知書」等に記載してあります。もし、これらについて、故意または重大な過失によって、事実を告知いただけなかったり、事実と異なることを告知された場合、責任開始日から1年以内であれば、生命保険会社は「告知義務違反」としてお申込みいただいた内容を解除することができます。(※)
- 責任開始日から1年を経過していても、保険金等のお支払事由が1年内に発生していた場合には、お申込みいただいた内容を解除することができます。
- お申込みいただいた内容を解除した場合には、保険金等のお支払事由が発生していても、これを支払うことはできません。また、すでにお払込みいただいた保険料は返戻しません。
(ただし、保険金等のお支払事由が解消の原因となった事実にもとづかない場合には、保険金等のお支払いをいたします。)
- 告知にあたり、生命保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者等)が、傷病歴や健康状態等について告知をすることを妨げた場合、告知しないことを勧めた場合、または事実と異なることを告げることを勧めた場合、生命保険会社はお申込みいただいた内容を解除することはできません。
こうした、生命保険会社の職員(営業職員・コールセンター担当者等)の行為がなかった場合でも、契約者または被保険者が、生命保険会社が告知を求める事項について、事実を告知しなかったかまたは事実と異なることを告知したと認められる場合、生命保険会社は、お申込みいただいた内容を解除することができます。
- ※「告知義務違反」としてお申込内容を解除させていただく場合以外にも、保険金等をお支払いできないことがあります。たとえば、「告知義務違反」の内容が特に重大な場合、上記にかかわらず、詐欺による取消を理由として、保険金等をお支払いできないことがあります。この場合、すでにお払込みいただいた保険料は返戻しません。また、高度障がい保険金・災害保険金・給付金等については、原因となる傷病や不慮の事故等が責任開始日前に生じている場合は、その傷病や不慮の事故等について告知いただいた場合でもお支払いの対象にはなりません。
- ただし、医療保険の給付金等のお支払いにあたっては、責任開始の日からその日を含めて2年を経過した後に入院を開始したとき、手術を受けたとき等は、告知義務違反等により契約または特約が解除される場合を除き、その入院・手術等は責任開始日以降の原因によるものとみなします。

5. 後日、告知内容等を確認させていただくことがあります。

- 生命保険会社の職員または生命保険会社で委託した者が、保険金等のご請求の際、お申込内容、告知内容、請求内容について、確認させていただくことがあります。また、被保険者を診療した医師等に対し、病状等について照会・確認させていただくことがあります。

6. web申込画面または「申込書兼告知書」の質問事項とその補足説明

- 新規加入・増額する申込者それがパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、およびweb申込画面または「申込書兼告知書」の裏面(※)に記載されている質問事項をご確認のうえ、告知ください。
(※)「申込書兼告知書」によっては、質問事項が裏面ではなく表面に記載されている場合もあります。
- 主たる被保険者(本人)が新規加入・増額する申込者の告知内容(質問事項に対する答え)をとりまとめのうえ、web申込画面または「申込書兼告知書」の該当箇所にとりまとめ結果を入力(記入)のうえ、ご提出ください。
- お申込みいただく際には、加入勧奨時に通知・配付された説明資料等に記載された重要事項(「契約概要」「注意喚起情報」を含む)、医療保障保険契約内容登録制度ならびに個人情報の取扱い等を必ずご確認いただき、告知内容が事実に相違ないことを確認のうえ、お申込みください。
- web申込画面または「申込書兼告知書」に記載の「質問事項」は以下のとおりです。

《質問事項》

【団体定期保険】

1. 申込日現在、健康上の理由で就業制限^{*1}を受けていますか。(配偶者・こどもの場合、申込日から過去3カ月以内に、医師の治療・投薬^{*2}を受けたことがありますか。)
2. 申込日から過去1年以内に、病気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がありますか。
3. 申込日から過去1年以内に、病気やけがで2週間以上にわたり^{*3}、医師の治療・投薬^{*2}を受けたことがありますか。

【医療保険】

1. 申込日から過去3カ月以内に、医師の治療・投薬^{*2}を受けたことがありますか。
2. 申込日から過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または7日以上にわたり^{*3}、医師の治療・投薬^{*2}を受けたことがありますか。

《補足説明》

*1 「就業制限」とは、勤務先または医師等により欠勤(公休・普通休暇等によるものも含む)を指示されている場合などをいいます。
*2 「医師の治療・投薬」とは、医師による診察・検査・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。

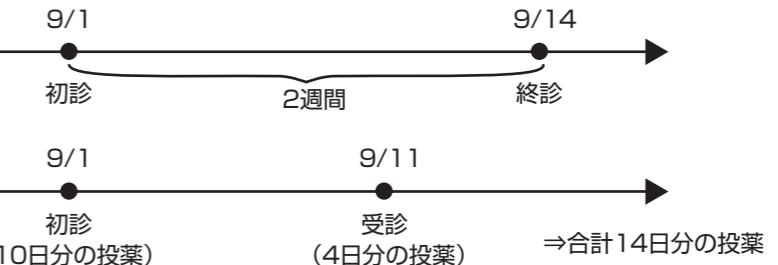
(注) 一過性の軽微な疾患(かぜ、アレルギー性鼻炎、歯治療)、手足の骨折によるものは含みません。

*3 「2週間(※)以上にわたり」とは、初診から終診までの期間が2週間(※)以上の場合をいいます。

たとえば、受診は2日でも、その間に2週間(※)以上の場合や、合計2週間(※)分以上の投薬を受けた場合は、「2週間(※)以上」となります。

※医療保険の場合は、7日間となります。

【2週間の例】



(注1) 以下のような内容は、告知書に記載している事項に該当しないので、告知いただく必要はありません。

- ・医師の指示でなく、自分で市販のかぜ薬を服用した
- ・健康増進のため、ビタミン剤を飲んでいる
- ・歯科医師による虫歯の治療・抜歯
- ・妊娠(正常)による入院

(注2) 「質問事項」に対する答えが「はい」となる場合や答えに迷われる場合は、別途、「被保険者の告知書」を当制度の団体窓口からお取寄せいただき、ご提出ください。お申込みいただいた内容をお断りすることもございますが、お申込みいただいた内容どおりでお引受けできることもあります。

「被保険者の告知書」をご提出される際には、告知事項等をもれなく記入いただき、団体窓口経由生命保険会社へご提出ください。「申込書兼告知書」にてお申込みされる場合、「申込書兼告知書」にお申込み内容をご記入いただき、「申込印(告知印)」を押印のうえ、ご提出ください。

- web申込画面または「申込書兼告知書」等への入力(記入)の有無にかかわらず、当社で保有するお客様情報により、ご加入もしくは増額等をお断りすることがあります。

- web申込画面または「申込書兼告知書」を入力(ご提出)された後、告知すべき何らかの事実を思い出された場合には、追加して告知いただくことが可能です。追加の告知(「被保険者の告知書」の提出)が必要な場合は、当制度に関する団体窓口経由生命保険会社にお申し出ください。ただし、追加して告知いただいた内容によっては、お申込みいただいた内容がお受けできなくなる場合があります。

各社ごとの申込書記入要領

生命保険
[団体定期保険]

医療保険
[総合医療保険(団体型)]

3大疾病保険
[3大疾病保障保険(団体型)]

「申込書兼告知書」記入要領(現職者)

- 内容に変更のない方は従来の加入内容で継続されますので、お手続き不要です。
- ご加入のお申込みをされる方は、専用のウェブサイトからお手続きいただきか、または「申込書兼告知書」を勤務先のとうきゅうグループ団体保険担当窓口へご提出ください。(原則、専用のウェブサイトからお手続きください。)
- 必要事項が記入・押印されているか、ご提出前にご確認ください。内容を訂正される場合は二重線で抹消後、訂正印(申込印と同一のもので、まめ印不可)を押印のうえ、正当内容をご記入ください。
- 保険金額の変更(生命保険および3大疾病保険)、入院給付金日額の変更(医療保険)およびこの保険から脱退する場合は、専用のウェブサイトからお手続きいただきか、または「申込書兼告知書」をご提出ください。(原則、専用のウェブサイトからお手続きください。)
- ※重要書類につき、文字が消せるベンは使用しないでください。

生命保険

- ・本人の死亡保険金受取人の変更、死亡保険金受取人を複数人指定される場合、および本人との続柄が「その他(9)」となる方を指定される場合は、「死亡保険金受取人指定書」をあわせてご提出ください。(「申込書兼告知書」での受取人変更のお取扱いはできません。)

3大疾病保険

- ・死亡保険金受取人を変更または指定代理請求人を指定(変更・取消)される場合は、「死亡保険金受取人指定書」または「指定代理請求人指定書」をご提出ください。(「申込書兼告知書」での受取人変更および指定代理請求人の指定(変更・取消)のお取扱いはできません。)

「申込書兼告知書」左面

とうきゅうグループ団体定期保険(生命保険)
総合医療保険(団体型)

申込書兼告知書

1 ニッセイ用
No. 000003

日本生命保険相互会社 行

東急株式会社

裏面をご確認のうえ、以下に記入ください。

1 会社コード	1 所属コード	1 社員番号	2 申込日(告知日)	申込締切日	効力発生日
50001		1234567	000000012345	020701	020715

家族区分	3 保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	4 生年月日	5 (告知印)
本人	トウキュウ タロウ	男性	530605	印
申込内容(万円)	0101	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	1 1
現在の加入内容(万円)	3500	7 氏名(カタカナで記入ください)	トウキュウ ハナコ	1 1
3大疾病保障保険	0111	8 現在の加入内容(万円)	トウキュウ ハナコ	1 1
申込内容(万円)	300	9 現在の加入内容(万円)	トウキュウ ハナコ	1 1
総合医療保険	0201	10 現在の加入内容(万円)	トウキュウ ハナコ	1 1

6 配偶者	3 保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	4 生年月日	5 (告知印)
配偶者	トウキュウ ハナコ	女性	531209	印
申込内容(万円)	0101	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	1 1
現在の加入内容(万円)	1000	7 氏名(カタカナで記入ください)	シユルヒホケンシャ	1 1
3大疾病保障保険	0111	8 現在の加入内容(万円)	トウキュウ ハナコ	1 1
申込内容(万円)	300	9 現在の加入内容(万円)	トウキュウ ハナコ	1 1
総合医療保険	0201	10 現在の加入内容(万円)	トウキュウ ハナコ	1 1

6 配偶者	3 保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	4 生年月日	5 (告知印)
配偶者	トウキュウ ハナコ	女性	531209	印
申込内容(万円)	0101	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	1 1
現在の加入内容(万円)	1000	7 氏名(カタカナで記入ください)	シユケイアクノヒホケンシャ	1 1
3大疾病保障保険	0111	8 現在の加入内容(万円)	トウキュウ ハナコ	1 1
申込内容(万円)	300	9 現在の加入内容(万円)	トウキュウ ハナコ	1 1
総合医療保険	0201	10 現在の加入内容(万円)	トウキュウ ハナコ	1 1

6 配偶者	3 保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	4 生年月日	5 (告知印)
配偶者	トウキュウ ジロウ	男性	140512	印
申込内容(万円)	0101	死亡保険金受取人	トウキュウ マサコ	1 1
現在の加入内容(万円)	300	7 氏名(カタカナで記入ください)	トウキュウ マサコ	1 1
3大疾病保障保険	0111	8 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1
申込内容(万円)	300	9 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1
総合医療保険	0201	10 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1

6 配偶者	3 保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	4 生年月日	5 (告知印)
配偶者	トウキュウ ジロウ	男性	140512	印
申込内容(万円)	0101	死亡保険金受取人	トウキュウ マサコ	1 1
現在の加入内容(万円)	300	7 氏名(カタカナで記入ください)	トウキュウ マサコ	1 1
3大疾病保障保険	0111	8 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1
申込内容(万円)	300	9 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1
総合医療保険	0201	10 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1

6 配偶者	3 保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	4 生年月日	5 (告知印)
配偶者	トウキュウ ジロウ	男性	140512	印
申込内容(万円)	0101	死亡保険金受取人	トウキュウ マサコ	1 1
現在の加入内容(万円)	300	7 氏名(カタカナで記入ください)	トウキュウ マサコ	1 1
3大疾病保障保険	0111	8 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1
申込内容(万円)	300	9 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1
総合医療保険	0201	10 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1

6 配偶者	3 保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	4 生年月日	5 (告知印)
配偶者	トウキュウ ジロウ	男性	140512	印
申込内容(万円)	0101	死亡保険金受取人	トウキュウ マサコ	1 1
現在の加入内容(万円)	300	7 氏名(カタカナで記入ください)	トウキュウ マサコ	1 1
3大疾病保障保険	0111	8 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1
申込内容(万円)	300	9 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1
総合医療保険	0201	10 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1

6 配偶者	3 保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	4 生年月日	5 (告知印)
配偶者	トウキュウ ジロウ	男性	140512	印
申込内容(万円)	0101	死亡保険金受取人	トウキュウ マサコ	1 1
現在の加入内容(万円)	300	7 氏名(カタカナで記入ください)	トウキュウ マサコ	1 1
3大疾病保障保険	0111	8 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1
申込内容(万円)	300	9 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1
総合医療保険	0201	10 現在の加入内容(万円)	トウキュウ マサコ	1 1

右面もご確認ください。

1 会社コード	1 所属コード	1 社員番号
50001		1234567000012345
告 知 案		
新規加入・増額する申込者がそれぞれパンフレット等に記載の加入資格を満していること、および裏面のく質問事項を確認のうえ告知します。		
*主たる被保険者が新規加入・増額する申込者の告知をとりまとめのうえ、以下の1または2に○印を記入ください。 ①新規加入・増額する全ての申込者について、質問事項に対する答えが全て「いいえ」となります。 ②該当者について、「いいえ」の答がある申込者があります。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出します。【「いいえ」の答がある申込者名(カタカナ)で記入ください。】		
トウキュウ マサコ		
告 知 案		
新規加入・増額する申込者がパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および裏面のく質問事項を確認のうえ告知します。		
*主たる被保険者が新規加入・増額する申込者の告知をとりまとめのうえ、以下の1または2に○印を記入ください。 ①新規加入・増額する全ての申込者について、質問事項に対する答えが全て「いいえ」となります。 ②該当者について、「いいえ」の答がある申込者があります。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出します。【「いいえ」の答がある申込者名(カタカナ)で記入ください。】		
トウキュウ マサコ		
告 知 案		
総合医療保険		
新規加入・増額する申込者がパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および裏面のく質問事項を確認のうえ告知します。		
*主たる被保険者が新規加入・増額する申込者の告知をとりまとめのうえ、以下の1または2に○印を記入ください。 ①新規加入・増額する全ての申込者について、質問事項に対する答えが全て「いいえ」となります。 ②該当者について、「いいえ」の答がある申込者があります。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出します。【「いいえ」の答がある申込者名(カタカナ)で記入ください。】		
トウキュウ マサコ		

◆記入チェックリスト

項目	チェック項目	チェック欄
1	ご自分の「会社コード」・「所属コード」「社員番号」を「右づめ」でご記入ください。 「社員番号」はその前を0でうめ、10桁でご記入ください。 (例) 12345→0000012345	
2	申込日(告知日)は、この「申込書兼告知書」を記入(告知)された日をご記入ください。	
3	氏名はすべてカタカナでご記入ください。	
4	性別・年号に○印、生年月日をご記入ください。	
5	必ず申込みされる方全員分押印ください。 フルネーム印は、その方のみの使用となります。	
6	・今回申込みされる保険金額、入院給付金日額をガイドブックから選択のうえ、ご記入ください。 ・脱退の場合は「〇」をご記入ください。 なお、医療保険は右づめでご記入ください。 【団体定期保険】 :生命保険P21～P22 【3大疾病保険】 :3大疾病保険P41～P42 【総合医療保険】 :医療保険P32	
7	生命保険 もしくは 3大疾病保険に新規に加入される方 必ずご記入ください! 本人の死亡保険金受取人をご指定ください。氏名をカタカナで記入のうえ、続柄コード・人数をご記入ください。 続柄コードは「申込書兼告知書」裏面の<死亡保険金受取人>をご参照のうえ、数字でご記入ください。 ※配偶者・子どもの死亡保険金受取人は本人です。	
8	生命保険 もしくは 3大疾病保険にすでに加入されている方 本人の死亡保険金受取人を変更される場合は「死亡保険金受取人指定書」をご提出ください。(「申込書兼告知書」での受取人変更のお取扱いはできません。) この場合、死亡保険金受取人変更の効力発生日は、保険契約者(団体)が引受保険会社に「死亡保険金受取人指定書」を発送した日です。	
9	3大疾病保険に新規に加入される方 ・指定代理請求人を設定される方は「指定する」に○印を記入し、氏名をカタカナで記入のうえ、続柄コードをご記入ください。 設定されない方は「しない」に○印をご記入ください。 ・続柄コードは「申込書兼告知書」の裏面の<指定代理請求人>をご参照のうえ、数字でご記入ください。	
注	3大疾病保険にすでに加入されている方 指定代理請求人を指定(変更・取消)される場合は「指定代理請求人指定書」をご提出ください。(「申込書兼告知書」での指定代理請求人指定(変更・取消)のお取扱いはできません。) この場合、指定代理請求人指定(変更・取消)の効力発生日は、「指定代理請求人指定書」を引受保険会社が受け付けた日です。	
9	・新規加入・増額をご希望の方は、「申込書兼告知書」裏面の<質問事項>をご確認ください。 ・本人(主たる被保険者)が新規加入・増額の申込みをされる方の告知をとりまとめのうえ、1または2に○印をご記入ください。 [1]に○印] 申込者全員の質問事項に対する答えが全て「いいえ」となる場合 [2]に○印*] 1名でも質問事項に対する答えが「いいえ」となる場合や質問事項に対する答えに迷われる場合 *【「いいえ」の答がある申込者名】に該当者の氏名をカタカナで記入のうえ、あわせて「被保険者の告知書」を商品ごとにご提出ください。保険会社にて新規加入・増額の可否を判断します。なお、「被保険者の告知書」は、東急保険コンサルティング株式会社リテール営業部 営業サポートグループ チェックオフチームにお申し出ください。 <団体お問合せ先> 東急保険コンサルティング株式会社 リテール営業部 営業サポートグループ チェックオフチーム TEL 0120-953-809(フリーコール)	
注	内容を訂正される場合は二重線で抹消後、訂正印(申込印と同一のもの	

各社ごとの申込書記入要領

生命保険
【団体定期保険】

医療保険
【総合医療保険(団体型)】

3大疾病保険
【3大疾病保障保険(団体型)】

「申込書兼告知書」記入要領(退職者)

◆すでに退職後継続加入へ移行されている方の更新手続きについて
東急保険コンサルティング株式会社から、お手続きの書類一式が送付されます。

◆お手続きについて

- 「申込書兼告知書」の③「申込内容」にご希望の保険金額、入院給付金日額をご記入ください。なお、医療保険は右づめでご記入ください。
※保険金額、入院給付金日額は前年と同額もしくは減額した金額になります。増額はできません。
- ※継続しない場合は、③「申込内容」に『0(ゼロ)』とご記入ください。
- ※「申込(告知)印」欄に押印ください。
- 期日までに「申込書兼告知書」を送付ください。
- 生命保険のみ
年齢75歳6ヶ月超の方で継続加入を希望される場合は、必ず「被保険者の告知書」を返送ください。継続可否について引受保険会社で判断させていただきます。

「申込書兼告知書」左面

とうきゅうグループ 団体定期保険(生命保険) 総合医療保険(団体型)		3大疾病保険(団体型)																			
申込書兼告知書																					
日本生命保険相互会社 行 東急株式会社																					
1 ニッセイ用 No. 000003																					
裏面をご確認のうえ、以下に記入ください。																					
<table border="1"> <tr> <td>会社コード</td> <td>所 属 コ ー ド</td> <td>社員番号</td> <td>1 申込日(告知日)</td> <td>申込締切日</td> <td>効力発生日</td> </tr> <tr> <td>26 9 9 0 0 0</td> <td>31 2 3 4 5 6 7</td> <td>46 0 0 0 0 1 2 3 4 5</td> <td>令和 0 2 0 7 0</td> <td>令和 2 7 1 5</td> <td>令和 2 1 0 1</td> </tr> </table>				会社コード	所 属 コ ー ド	社員番号	1 申込日(告知日)	申込締切日	効力発生日	26 9 9 0 0 0	31 2 3 4 5 6 7	46 0 0 0 0 1 2 3 4 5	令和 0 2 0 7 0	令和 2 7 1 5	令和 2 1 0 1						
会社コード	所 属 コ ー ド	社員番号	1 申込日(告知日)	申込締切日	効力発生日																
26 9 9 0 0 0	31 2 3 4 5 6 7	46 0 0 0 0 1 2 3 4 5	令和 0 2 0 7 0	令和 2 7 1 5	令和 2 1 0 1																
<table border="1"> <tr> <td>家族区分</td> <td>被保険者氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>性別</td> <td>生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>本人</td> <td>トウキュウ</td> <td>タロウ</td> <td>4 0 0 6 0 5</td> <td>印</td> </tr> </table>				家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印	本人	トウキュウ	タロウ	4 0 0 6 0 5	印								
家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印																	
本人	トウキュウ	タロウ	4 0 0 6 0 5	印																	
<table border="1"> <tr> <td>団体定期保険</td> <td>0101</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>500</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>800</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				団体定期保険	0101	申込内容(万円)	500	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	800			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
団体定期保険	0101	申込内容(万円)	500	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	800			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>3大疾病保険</td> <td>0111</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>200</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>300</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	300			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	300			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>総合医療保険</td> <td>0201</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>100</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>1000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				総合医療保険	0201	申込内容(万円)	100	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
総合医療保険	0201	申込内容(万円)	100	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>注</td> <td>*</td> </tr> </table>				注	*																
注	*																				
<table border="1"> <tr> <td>家族区分</td> <td>被保険者氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>性別</td> <td>生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>配偶者</td> <td>トウキュウ</td> <td>ハナコ</td> <td>4 0 1 2 0 9</td> <td>印</td> </tr> </table>				家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印	配偶者	トウキュウ	ハナコ	4 0 1 2 0 9	印								
家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印																	
配偶者	トウキュウ	ハナコ	4 0 1 2 0 9	印																	
<table border="1"> <tr> <td>団体定期保険</td> <td>0101</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>0</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>シユタルヒホケンシャ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>500</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>シユケイヤクヒホケンシャ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				団体定期保険	0101	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	シユタルヒホケンシャ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	シユケイヤクヒホケンシャ	1 1		
団体定期保険	0101	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	シユタルヒホケンシャ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	シユケイヤクヒホケンシャ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>3大疾病保険</td> <td>0111</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>0</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>シユケイヤクヒホケンシャ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>シユケイヤクヒホケンシャ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	シユケイヤクヒホケンシャ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	200			4 (代理人有無)	シユケイヤクヒホケンシャ	1 1		
3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	シユケイヤクヒホケンシャ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	200			4 (代理人有無)	シユケイヤクヒホケンシャ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>総合医療保険</td> <td>0201</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>0</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>シユタルヒホケンシャ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>5000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>シユタルヒホケンシャ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	シユタルヒホケンシャ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	シユタルヒホケンシャ	1 1		
総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	シユタルヒホケンシャ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	シユタルヒホケンシャ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>家族区分</td> <td>被保険者氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>性別</td> <td>生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>こども</td> <td>トウキュウ</td> <td>ジロウ</td> <td>78 79 80 81 82 83</td> <td>印</td> </tr> </table>				家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印	こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印								
家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印																	
こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印																	
<table border="1"> <tr> <td>性別 生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>未成年のときは、親権者が押印ください。</td> <td>印</td> </tr> </table>				性別 生 年 月 日	2 (告知)印	未成年のときは、親権者が押印ください。	印														
性別 生 年 月 日	2 (告知)印																				
未成年のときは、親権者が押印ください。	印																				
<table border="1"> <tr> <td>団体定期保険</td> <td>0101</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>300</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>1000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>3大疾病保険</td> <td>0111</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>200</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>500</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>総合医療保険</td> <td>0201</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>0</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>5000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>家族区分</td> <td>被保険者氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>性別</td> <td>生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>こども</td> <td>トウキュウ</td> <td>ジロウ</td> <td>78 79 80 81 82 83</td> <td>印</td> </tr> </table>				家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印	こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印								
家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印																	
こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印																	
<table border="1"> <tr> <td>性別 生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>未成年のときは、親権者が押印ください。</td> <td>印</td> </tr> </table>				性別 生 年 月 日	2 (告知)印	未成年のときは、親権者が押印ください。	印														
性別 生 年 月 日	2 (告知)印																				
未成年のときは、親権者が押印ください。	印																				
<table border="1"> <tr> <td>団体定期保険</td> <td>0101</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>300</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>1000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>3大疾病保険</td> <td>0111</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>200</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>500</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>総合医療保険</td> <td>0201</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>0</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>5000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>家族区分</td> <td>被保険者氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>性別</td> <td>生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>こども</td> <td>トウキュウ</td> <td>ジロウ</td> <td>78 79 80 81 82 83</td> <td>印</td> </tr> </table>				家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印	こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印								
家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印																	
こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印																	
<table border="1"> <tr> <td>性別 生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>未成年のときは、親権者が押印ください。</td> <td>印</td> </tr> </table>				性別 生 年 月 日	2 (告知)印	未成年のときは、親権者が押印ください。	印														
性別 生 年 月 日	2 (告知)印																				
未成年のときは、親権者が押印ください。	印																				
<table border="1"> <tr> <td>団体定期保険</td> <td>0101</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>300</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>1000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>3大疾病保険</td> <td>0111</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>200</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>500</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>総合医療保険</td> <td>0201</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>0</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>5000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>家族区分</td> <td>被保険者氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>性別</td> <td>生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>こども</td> <td>トウキュウ</td> <td>ジロウ</td> <td>78 79 80 81 82 83</td> <td>印</td> </tr> </table>				家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印	こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印								
家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印																	
こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印																	
<table border="1"> <tr> <td>性別 生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>未成年のときは、親権者が押印ください。</td> <td>印</td> </tr> </table>				性別 生 年 月 日	2 (告知)印	未成年のときは、親権者が押印ください。	印														
性別 生 年 月 日	2 (告知)印																				
未成年のときは、親権者が押印ください。	印																				
<table border="1"> <tr> <td>団体定期保険</td> <td>0101</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>300</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>1000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>3大疾病保険</td> <td>0111</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>200</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>500</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>総合医療保険</td> <td>0201</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>0</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>5000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>家族区分</td> <td>被保険者氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>性別</td> <td>生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>こども</td> <td>トウキュウ</td> <td>ジロウ</td> <td>78 79 80 81 82 83</td> <td>印</td> </tr> </table>				家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印	こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印								
家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印																	
こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印																	
<table border="1"> <tr> <td>性別 生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>未成年のときは、親権者が押印ください。</td> <td>印</td> </tr> </table>				性別 生 年 月 日	2 (告知)印	未成年のときは、親権者が押印ください。	印														
性別 生 年 月 日	2 (告知)印																				
未成年のときは、親権者が押印ください。	印																				
<table border="1"> <tr> <td>団体定期保険</td> <td>0101</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>300</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>1000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>3大疾病保険</td> <td>0111</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>200</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>500</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>総合医療保険</td> <td>0201</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>0</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>5000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>家族区分</td> <td>被保険者氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>性別</td> <td>生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>こども</td> <td>トウキュウ</td> <td>ジロウ</td> <td>78 79 80 81 82 83</td> <td>印</td> </tr> </table>				家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印	こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印								
家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別	生 年 月 日	2 (告知)印																	
こども	トウキュウ	ジロウ	78 79 80 81 82 83	印																	
<table border="1"> <tr> <td>性別 生 年 月 日</td> <td>2 (告知)印</td> </tr> <tr> <td>未成年のときは、親権者が押印ください。</td> <td>印</td> </tr> </table>				性別 生 年 月 日	2 (告知)印	未成年のときは、親権者が押印ください。	印														
性別 生 年 月 日	2 (告知)印																				
未成年のときは、親権者が押印ください。	印																				
<table border="1"> <tr> <td>団体定期保険</td> <td>0101</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>300</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>1000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
団体定期保険	0101	申込内容(万円)	300	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	1000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>3大疾病保険</td> <td>0111</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>200</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>500</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
3大疾病保険	0111	申込内容(万円)	200	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	500			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>総合医療保険</td> <td>0201</td> <td>申込内容(万円)</td> <td>0</td> <td>死亡保険金受取人</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>5 (代理人有無)</td> <td>氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>6 (被保険者同一人件数)</td> </tr> <tr> <td>現 在 の 加 入 内 容</td> <td>5000</td> <td></td> <td></td> <td>4 (代理人有無)</td> <td>トウキュウ ハナコ</td> <td>1 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)	現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1		
総合医療保険	0201	申込内容(万円)	0	死亡保険金受取人	トウキュウ ハナコ	5 (代理人有無)	氏名(カタカナで記入ください)	6 (被保険者同一人件数)													
現 在 の 加 入 内 容	5000			4 (代理人有無)	トウキュウ ハナコ	1 1															
<table border="1"> <tr> <td>家族区分</td> <td>被保険者氏名(カタカナで記入ください)</td> <td>性別</td></tr></table>				家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別															
家族区分	被保険者氏名(カタカナで記入ください)	性別																			

