

2023年度 矢崎グループ総合保障「Y-プラン」加入申込票(兼 告知書)(団体総合生活補償保険)

1枚目・2枚目に押印してください。

重要事項のご説明を確認し、申込内容が意向に沿ったものであることを確認するとともに個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を申し込みます。

申込締切日:2023年5月10日(水)
保険期間(ご契約期間):2023年7月21日16時から1年間
ジョイントインターナショナル裾野支店にご返送ください。

申込日 *1 010 令和 年 月 日
申込印
申込人氏名 (カナ) 307 印

事業所名 所属コード 019
携帯番号 011
氏名コード 017
住所(カナ) 012 (カナ) 317

*1未記入の場合、締切日に申請されたものとします。また脱退の方もご記入が必要です。

符号	区分	氏名
390		カタカナ J04 1-2枚目に押印
302	性別	年令※ (7/21時点)
323	生年月日	性 別
	昭 和 平 成	1 男 2 女
312	職業欄	
	01技術 11事務 21営業 62電気機械器具組立 61金属製造加工 その他	
	その他の場合は以下にカタカナでご記入ください。 576	
L18	団体との関係	職種コード※ 級別コード
1	LJW	LJX
L92	保険会社使用欄	初年度加入日
	平 成 令 和	
XJY	告知社内処理日	
	平 成 令 和	
		年 月 日

傷病補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
300	572	S0 S5 S6	脱退	告知不要
300	572	S1 S2 S3 S4 E1 E2 E3 E4	脱退	
300	572	S1A S2A S3A S4A E1A E2A E3A E4A	脱退	
300	572	Z	脱退	
300	572	C	脱退	

がん補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
300	572	G1 G2 G3 G4	脱退	質問1へ回答

休業補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
300	572	20 16 12 8 4	脱退	男性…質問1~2 女性…質問1~2

レジャー補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
300	572	L1 L2 L3 L4 L5 B1 B2 B3 B4 B5	脱退	告知不要

費弁工	現在	新規・変更	脱退	告知項目
300	572	A	脱退	告知不要

◆S0, S5, S6型にご加入の方、補償内容に変更のない方、補償内容を減額される方は告知不要です。

告知欄	告知欄	告知欄	告知欄	告知欄
LW8	告知欄	質問1	質問2	質問3
	LKA LKH LLA			
告知日		1 はい	1 はい	1 はい
令和		2 いいえ	2 いいえ	2 いいえ
年 月 日				
506	疾病コード	補償対象外とする疾病・症状名		
		507 疾病コードに該当がない場合(ROの場合のみ)、カタカナでご記入ください。		

◆S0, S5, S6型にご加入の方、補償内容に変更のない方、補償内容を減額される方は告知不要です。

告知欄	告知欄	告知欄	告知欄	告知欄
Y34	告知欄	質問1	質問2	質問3
告知日		1 はい	1 はい	1 はい
令和		2 いいえ	2 いいえ	2 いいえ
年 月 日				
506	疾病コード	補償対象外とする疾病・症状名		
		507 疾病コードに該当がない場合(ROの場合のみ)、カタカナでご記入ください。		

◆S0, S5, S6型にご加入の方、補償内容に変更のない方、補償内容を減額される方は告知不要です。

*2 Y-プラン以外に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、タフケガの保険、団体総合生活補償保険、賠償責任保険等の身体のケガまたは病気および損害賠償責任に対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。)に加入している場合は、「あり」に○をし2枚目裏面にある※他の保険契約等の合計保険金額(日額)欄にご記入ください。(記入のない場合は「なし」と回答したことになります。)(注)他の保険会社等における契約を含み、団体契約、生命保険契約、共済契約を含みます。

符号	区分	本人・配偶者親氏名	親生年月日	現在	新規・変更	脱退	親介護告知欄
		カタカナ VT1 VKA	VKB	300	572		VKT
		続柄 VKD 1 父 2 母	昭 和			脱退	VKS
		カタカナ VT2 VKJ	VKK				VKU
		続柄 VKM 1 父 2 母	昭 和			脱退	VKL
		カタカナ VT1 VKA	VKB				VKT
		続柄 VKD 1 父 2 母	昭 和			脱退	VKS
		カタカナ VT2 VKJ	VKK				VKU
		続柄 VKM 1 父 2 母	昭 和			脱退	VKL

確認方法	告知日	※質問
1 対面 3 FAX・郵送	告知日	1 はい
2 電話 4 メール等	令和	2 いいえ
1 対面 3 FAX・郵送	年 月 日	1 はい
2 電話 4 メール等		2 いいえ
1 対面 3 FAX・郵送	1-2枚目に押印	1 はい
2 電話 4 メール等		2 いいえ
1 対面 3 FAX・郵送	代理告知印	1 はい
2 電話 4 メール等		2 いいえ

符号	区分	氏名	性別	312	職業欄	傷病補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
390		カタカナ J04	1-2枚目に押印	302	91 家事従事者 11 事務従事者 03 保健医療従事者 21 販売従事者 その他 その他の場合は以下にカタカナでご記入ください。576	300	572	S0 S5 S6	脱退	告知不要
		323	生年月日	年令※				S1 S2 S3 S4 E1 E2 E3 E4	脱退	
		昭 和 平 成		303				S1A S2A S3A S4A E1A E2A E3A E4A	脱退	
								Z	脱退	
								C	脱退	
								G1 G2 G3 G4	脱退	

符号	区分	氏名	性別	312	職業欄	傷病補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
390		カタカナ J04	1-2枚目に押印	302	91 幼児、学生 11 事務従事者 21 販売従事者 その他 その他の場合は以下にカタカナでご記入ください。576	300	572	S0 S5 S6	脱退	告知不要
		323	生年月日	年令※				S1 S2 S3 S4 E1 E2 E3 E4	脱退	
		昭 和 平 成 令 和		303				S1A S2A S3A S4A E1A E2A E3A E4A	脱退	
								Z	脱退	
								G1 G2 G3 G4	脱退	

符号	区分	氏名	性別	312	職業欄	傷病補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
390		カタカナ J04	1-2枚目に押印	302	91 幼児、学生 11 事務従事者 21 販売従事者 その他 その他の場合は以下にカタカナでご記入ください。576	300	572	S0 S5 S6	脱退	告知不要
		323	生年月日	年令※				S1 S2 S3 S4 E1 E2 E3 E4	脱退	
		昭 和 平 成 令 和		303				S1A S2A S3A S4A E1A E2A E3A E4A	脱退	
								Z	脱退	
								G1 G2 G3 G4	脱退	

符号	区分	氏名	性別	312	職業欄	傷病補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
390		カタカナ J04	1-2枚目に押印	302	91 幼児、学生 11 事務従事者 21 販売従事者 その他 その他の場合は以下にカタカナでご記入ください。576	300	572	S0 S5 S6	脱退	告知不要
		323	生年月日	年令※				S1 S2 S3 S4 E1 E2 E3 E4	脱退	
		昭 和 平 成 令 和		303				S1A S2A S3A S4A E1A E2A E3A E4A	脱退	
								Z	脱退	
								G1 G2 G3 G4	脱退	

傷病補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
300	572	S0 S5 S6	脱退	告知不要
300	572	S1 S2 S3 S4 E1 E2 E3 E4	脱退	
300	572	S1A S2A S3A S4A E1A E2A E3A E4A	脱退	
300	572	Z	脱退	
300	572	C	脱退	
300	572	G1 G2 G3 G4	脱退	

傷病補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
300	572	S0 S5 S6	脱退	告知不要
300	572	S1 S2 S3 S4 E1 E2 E3 E4	脱退	
300	572	S1A S2A S3A S4A E1A E2A E3A E4A	脱退	
300	572	Z	脱退	
300	572	G1 G2 G3 G4	脱退	

傷病補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
300	572	S0 S5 S6	脱退	告知不要
300	572	S1 S2 S3 S4 E1 E2 E3 E4	脱退	
300	572	S1A S2A S3A S4A E1A E2A E3A E4A	脱退	
300	572	Z	脱退	
300	572	G1 G2 G3 G4	脱退	

傷病補償	現在	新規・変更	脱退	告知項目
300	572	S0 S5 S6	脱退	告知不要
300	572	S1 S2 S3 S4 E1 E2 E3 E4	脱退	
300	572	S1A S2A S3A S4A E1A E2A E3A E4A	脱退	
300	572	Z	脱退	
300	572	G1 G2 G3 G4	脱退	

ご記入についての留意点
1. 印字・記入内容を訂正される場合、二重線で抹消してください。
2. 満年令は2023年7月21日時点の満年令をご記入ください。
3. 補償内容に変更のない方または減額の方は告知不要です。補償の追加・増額をご希望の方は告知は必要です。

項目名に※の付された欄は団体総合生活補償保険の告知事項に該当します。これらの欄に事実と異なる記載をしたり、または事実を記載しなかった場合には、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。ご加入に際して今一度お確かめください。
なお、通知事項およびその取扱いについては重要事項のご説明をご確認ください。

保険会社使用欄	
L92	初年度加入日
	平 成 令 和
XJY	告知社内処理日
	平 成 令 和
	年 月 日

備考欄	331 会社使用欄
-----	-----------

申込票3枚目は加入者様控えとなりますので、ご提出の際は切り取ってパンフレット一式と一緒に大切に保管ください。

役員・従業員様専用

新加入者番号	098
旧加入者番号	099

保険契約者：矢崎総業株式会社
損害保険取扱代理店：株式会社ジョイントインターナショナル
引受保険会社(幹事会社)：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
(2022年11月承認)B22-102981

※他の保険契約 ※他の保険契約等の合計保険金額(日額)をご記入ください。

符号	区分	被保険者氏名(カナ)	傷害死亡・後遺障害保険金額(合計)	傷害入院保険金日額(合計)	傷害通院保険金日額(合計)	疾病入院保険金日額(合計)	がん入院保険金日額(合計)	賠償支払限度額・保険金額
01	本人		合計 万円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 万円
02	配偶者		合計 万円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 万円
03	子ども1		合計 万円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 万円
04	子ども2		合計 万円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 万円
05	子ども3		合計 万円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 万円

※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。

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・ケガまたは事故で保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか? 「あり」の場合、被保険者ご本人ごとに下記にご記入ください。

符号	区分	被保険者氏名(カナ)	会社名	回数	合計金額
01	本人			回	円
02	配偶者			回	円
03	子ども1			回	円
04	子ども2			回	円
05	子ども3			回	円

Yプランと他の保険契約等の保険金額の合計額が下記金額を超える場合にはご加入できませんのでご了承ください。

傷害死亡・後遺障害保険金額	15才未満	5,000万円	
	15才以上	2億円	
傷害入院保険金(日額)	15才未満	15,000円	
	15才以上	30,000円	
傷害通院保険金(日額)	15才未満	10,000円	
	15才以上	20,000円	
疾病入院保険金(日額)	生後15日以上15才未満	20,000円	
	15才以上89才以下	30,000円	
疾病通院保険金(日額)	生後15日以上15才未満	10,000円	
	15才以上60才以下	15,000円	
	61才以上89才以下	10,000円	
がん入院保険金(日額)	生後15日以上15才未満	20,000円	全種目通算で60,000円
	15才以上89才以下	30,000円	
がん通院保険金(日額)	がん入院保険金額(日額)以下とします		
日常生活賠償保険金額	3億円		