

新規・変更・改姓・脱退の場合

(傷病補償・先進医療・がん補償・休業補償・本人介護補償・レジャー補償・弁護士費用補償・親介護一時金補償)

加入申込票(兼告知書)記入要領

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。

[illegible]

告知欄について

- ◆傷病（S5、S6、S0型を除く）先進医療、がん、休業補償、本人介護に新規加入、増額（例：S2型→S1型）される場合は同封の健康状態告知質問事項を確認のうえ、被保険者ご本人様でご回答ください。
- ◆告知に該当し「補償対象外とする疾病・症状名」に記載する場合は、数値など詳細に記入ください。
- ◆メタボリック検診の指摘事項については告知の対象にはなりません。

親介護一時金補償について

- ◆新規加入、P1からP2へ増額変更される場合は別紙「健康状態告知質問事項」を確認のうえ、ご本人が特約被保険者（親）を代理して親介護告知欄にご記入、押印ください。
- ◆加入条件はご本人がS1からS4型にご加入されている場合のみご加入いただけます。
- ◆特約被保険者（親）を複数人対象とされる場合（本人の父母/配偶者の父母）別々の加入型へのご加入はできません。
- ◆保険料は特約被保険者（親）の2023年7月21日時点での年齢にて算出されます。

その他の保険の場合

- ◆Yプラン以外に他の保険（病気やケガで入院された時に補償を受けられる保険）にご加入の場合は、告知欄下段の「他の保険契約など」の「あり」に○印を付け、2枚目裏面の「※他の保険契約」へ他の保険の合計保険金額をご記入ください。
- ◆保険金請求または受領歴がある場合は「保険金請求歴」にご記入ください。

訂正方法について◆

加入申込票の印字や記入内容を訂正される場合は、二重線で抹消し1枚目・2枚目に押印し正しく記入をしてください。

◆改姓の場合◆

下記のように氏名を二重線で抹消し
1・2枚目に押印し改正後の氏名を
ご記入ください。

申込日	令和 5 年 4 月 15 日		申込団
申込人氏名 (フリガナ)	ミホノタロウ キホンタロウ		
※1未記入の場合、横切り申請されたものとします。また脱退の方			
符号/区分	氏名		
	カタカナ		
	ミホノタロウ キホンタロウ		1:2枚目に押印
			告知係職員様 診療係人様 取組係様計
	生年月日	性別	年令等 (7/21現在)
	(昭和) (平成) 年 月 日	(男) (女)	才

前年度契約保険料	

新加入者番号	
旧加入者番号	

保険契約者：矢崎組業株式会社
 損害保険代理店：株式会社ジョットインターナショナル
 引当保険会社（幹事会社）：あいあいコンセイア和南損害保険株式会社
 (2022年11月承認) 023-1-02968

73AP-8 1.ジョット控

【2枚目裏面】

※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。

区分	被保険者氏名(カナ)	傷害元・後遺障害保険金(合計)	傷害入保保険金日額(合計)	傷害通致保険金日額(合計)	疾病入保保険金日額(合計)	がん入保保険金日額(合計)	障害支払限度額・保険金額
0 1 本人		合計 万円 合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	万円
0 2 配偶者		合計 万円 合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	万円
0 3 ごども1		合計 万円 合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	万円
0 4 ごども2		合計 万円 合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	万円
0 5 ごども3		合計 万円 合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	合計 円	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。

保險金請求歴

区分	被保険者氏名(カタ)	会 社 名	回数	合計金額
0 1 本人			回	円
0 2 配偶者			回	円
0 3 こども1			回	円
0 4 こども2			回	円
0 5 こども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。

傷病死で、 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	
	生後15日以上15才未満	10,000円	
疾病通院保険金（日額）	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	
	15才以上89才以下	30,000円	全額月給半で60,000円
がん通院保険金（日額）	がん入院保険金（日額）以下となります		
日常生活不能補償保険金	3億円		

再告知の場合

(傷病補償・先進医療・がん補償・休業補償・本人介護補償・レジャー補償・弁護士費用補償・親介護一時金補償)

加入申込票(兼告知書)記入要領

疾病コード		補償対象外とする疾病・症状名
R	0	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。 コレステロール高め LDL157

- ◆申込日
- ◆申込人氏名(カナ)
- ◆所属コード
- ※所属コードが不明な方は未記入で構いません。
- ◆日中ご連絡の取れる携帯番号
- ◆住所
- ◆申込印は、1枚目・2枚目に押印ください。(シャチハタ・不鮮明・重ね押しは受付ができません。)

◆告知事項確認印兼個人情報取扱同意印は、1枚目と2枚目に押印ください。(シャチハタ・不鮮明・重ね押しは受付ができません。)

保険金請求履歴

(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75万円以上)を請求または受け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。

序号	区分	被保険者氏名(カナ)	会 社 名	回数	合計金額
0 1	本人			回	円
0 2	配偶者			回	円
0 3	子ども1			回	円
0 4	子ども2			回	円
0 5	子ども3			回	円

◆S0、S5、S6等に記入の上、補償内容に必要のない項目、補償内容が適用されない方は告知不要です。

告知項目	告知欄③	質問①(質問②)	保険会社使用欄
告知事項	3	S0 S5 S6	
告知年月日	年 月 日 疾病コード	補償対象となる疾病名 疾病コードに該当がない場合は記入可 (※)	
告知内容	告知内容記入欄(※)		

73AP-8 1.ジョット控

傷害死亡・ 後遺障害保険金額	15才未満 15才以上	5,000万円 2億円
傷害入院保険金(日額)	15才未満 15才以上	15,000円 30,000円
傷害通院保険金(日額)	15才未満 15才以上	10,000円 20,000円
疾病入院保険金(日額)	生後15日以上15才未満 15才以上89才以下	20,000円 30,000円
疾病通院保険金(日額)	生後15日以上15才未満 15才以上60才以下	10,000円 15,000円
がん入院保険金(日額)	61才以上89才以下 15才未満 15才以上89才以下	10,000円 20,000円 30,000円
がん通院保険金(日額)	がん入院保険金(日額) 以下となります	
日常生活不能保険金(日額)	3億円	全額通算 ¥60,000円