

| |
|--------------------------|
| 収納番号0000001 (県No. 11~51) |
| 収納番号0000101 (県No. 1~9) |

全日電工連グループ共済制度「加入申込書」

(契約者)全日本電気工業業組合連合会

以下の事業所および申込者について、加入資格があることを確認し、左記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。

必ずご記入ください。

↑いずれかに○をしてください

| | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 申込日(告知日) (和暦) 年 月 日 | ご加入年月 (和暦) 年 月 |
|----------------------------------|-----------------------------|

| 所属コード | | | |
|-------|-------|-------|--------|
| 県No. | 支部No. | 生保No. | 事業所No. |
| | | | |

締切日をご確認のうえ、ご記入ください。

- 新規加入を申し込まれる方は、加入資格のある方に限ります。
(加入資格については、加入案内用資料(チラシ・パンフレット等)に記載があります。)
- ご記入内容を訂正または抹消されるときは、=(二重線)を引いて、必ず事業所印と同一の印を押印してください。
なお、主契約保険金額を訂正されるときは、事業所印と同一の印および被保険者の申込印(同意印)と同一の印を押印してください。
- 「主契約保険金額」欄に記載の保険金額にて本制度の被保険者となることに同意(「特約保険金額」を含む)される方は、申込印(同意印)を押印してください。
- 保険金受取人は契約者です。(保険金は、契約者を經由して事業所に支払われます。)

加入案内用資料に記載された重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容を了解し、申込内容が意向(ニーズ)に沿ったものであることを確認のうえ、被保険者に契約内容を通知し、同意が得られたことを確認しましたので、契約者あてに下記のとおり申し込みます。

事業所名
代表者名
道府県工組名
支部(地区本部)

印

↑ 収納番号0000001の県No.は2桁

契約内容を理解し、記載の内容で本制度の被保険者となること、および下記「個人情報の取扱いについて」の内容に同意します。

| 個人コード | | | | 被保険者名(カタカナでご記入ください) | 性別 | 生年月日 | 主契約保険金額 | 告知欄 | 申込印(同意印) |
|-------|-------|--------|--------|---------------------|------------|---------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| 県No. | 生保No. | 事業所No. | 加入者No. | | | | | | |
| | | | | 姓 名 | 1.男 2.女 | (和暦) 年 月 日 | 万円 | 下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ | <input type="radio"/> |
| | | | | 姓 名 | 1.男 2.女 | (和暦) 年 月 日 | 万円 | 下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ | <input type="radio"/> |
| | | | | 姓 名 | 1.男 2.女 | (和暦) 年 月 日 | 万円 | 下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ | <input type="radio"/> |
| | | | | 姓 名 | 1.男 2.女 | (和暦) 年 月 日 | 万円 | 下記の告知事項に該当しますか。 すべていいえ | <input type="radio"/> |

| 取扱会社使用欄 | |
|---------|-------|
| 生保 | (コード) |
| 支社 | (コード) |
| 支部 | (コード) |
| 担当者 | (コード) |

| 住友生命使用欄 | | |
|---------|--------|-----|
| 点検印 | インプット印 | 受付印 |

告知事項 ご加入をお申し込みいただく方全員の健康状態について、下記の告知事項のすべてに該当しない場合のみご加入をお申し込みいただけます。下記の告知事項のすべてに該当しない場合には、告知事項に対する回答として、上記の告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらずご加入された場合には、「告知義務違反」として保険金や給付金のお支払いができないことがあります。

- A 申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。
- B 申込日(告知日)から過去1年以内に、別表の病気で、2週間以上の期間にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。

| | |
|---------|--|
| 心臓・血圧 | 狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症 ^{※1} |
| 脳・精神・神経 | 脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・てんかん・うつ病・双極性障がい(躁うつ病)・睡眠障がい・自律神経失調症・パニック障がい・不安障がい・神経症・統合失調症・心因反応・適応障がい・知的障がい・発達障がい・認知症 |
| 肺・気管支 | 慢性気管支炎・気管支拡張症・肺気腫・慢性閉塞性肺疾患 |
| 胃腸 | かいよう性大腸炎・クローン病 |
| 肝臓・すい臓 | 肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障がい・すい炎 |
| 腎臓 | 腎炎・ネフローゼ・腎不全・のう胞腎・人工透析 |
| 目 | 網膜色素変性症 |
| がん・しゅよう | がん ^{※2} ・肉腫・白血病・悪性しゅよう |
| 右記の病気 | 糖尿病 ^{※3} ・リウマチ・こうげん病・紫斑病 |

※1 高血圧症については、直近の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。

※2 がんには、上皮内がん、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄異形成症候群、子宮頸部・陰部・外陰部の高度異形成、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ボーエン病、パジェット病を含みます。

※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「HbA1c(NGSP)が6.5%以上」「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

【個人情報のお取扱いについて】
この保険の運営に当たっては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱生命保険会社および再保険会社上記目的の範囲内で提供します。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。
(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。

ご記入後はコピーのうえ控を保管ください。