

医療保障保険(団体型)

被保険者加入(変更)申込書<全員加入・特約なし>兼 契約者一括告知書

第一生命保険株式会社(事務幹事会社) 行

貴社の医療保障保険(団体型)普通保険約款(特約付の時はその特約条項)および保険料率を承知し、各被保険者の同意を得たことを通知するとともに、当該申込書に記載の加入者について生命保険契約を申し込みます。各被保険者の同意を得るにあたっては、被保険者となるべき者全員に対して、「医療保障保険(団体型)についてのお知らせ(お知らせ文書)」のとおり医療保障保険(団体型)の契約内容および個人情報の取扱についての通知を行い、被保険者となることに同意しなかった者については申し込みから除外しています。

- また、以下の事項について誓約します。
1. 今回の手続きは、保険契約者(または事務代行者)としての手続きであり、当該申込書に記載の事項および告知事項は事実と相違ありません。
 2. 貴社が告知を求めた事項について事実を告げず、または事実でないことを告げた時は、契約の全部または一部が解除されても異議ありません。
 3. この保険の被保険者名、入院給付金日額等が一般社団法人生命保険協会に登録されることに同意します。

1 この申込書の 1 ページ ~ ページ に記載された事項は事実と相違ありません。

同一加入年月日で、この申込書を2枚以上同時に提出される場合は、1には最終ページを、4には本帳票のページ(何枚目か)を記入してください。

それにより 2 (記入日(告知日))および 3 (保険契約者)欄は、1ページ目に記入いただくことで、2ページ目以降の記入を省略できます。

※白抜き箇所をご記入ください。

5

6

7

伝票コード		団体番号		加入(変更)年月日		所属コード(左詰)	
K 3 0	0 0 6 2 0 0 4 1	結合	(和暦)	年	月	日	
				0	1		

(注)加入(変更)年月日は、被保険者が加入資格を得た日の直後の契約日に応ずる日(通常は1日)となります。加入(変更)年月日を過ぎて当社へ到着した場合、この申込書が到着した日から保険契約上の責任を負います。ただし、当社が承諾したときに限ります。

被保険者名はカタカナでご記入ください。

8

被保険者番号(右詰)	種別区分	申込区分	被保険者名(カナ)	性別	生年月日(和暦)	申込内容		告知有無	公的医療保険コード	給付金受取人	死亡保険金受取人		
						給付金日額	死亡保険金額				受取人氏名(カナ)	続柄コード	受取割合(%)
1	0	①新規		①男	③昭 年 月 日	000	円	0		①被保険者			100
		②変更		②女	④平								
2	0	①新規		①男	③昭 年 月 日	000	円	0		①被保険者			100
		②変更		②女	④平								
3	0	①新規		①男	③昭 年 月 日	000	円	0		①被保険者			100
		②変更		②女	④平								
4	0	①新規		①男	③昭 年 月 日	000	円	0		①被保険者			100
		②変更		②女	④平								
5	0	①新規		①男	③昭 年 月 日	000	円	0		①被保険者			100
		②変更		②女	④平								

第一生命 使用欄

<連絡欄>

公的医療保険コード表		
1 全国健康保険協会	2 組合管掌健康保険	
	3 国民健康保険	

死亡保険金受取人続柄コード	
50:ケイアクシャ(契約者)	80:ロキホウジュンイ(労基法順位)
60:ジキョウシ(事業主)	90:ホウテイワクコン(法定相続人)
70:ヤクカンジュイ(約款順位)	

団体保障事業部		
点検	入力	入力後点検

団体保障事業部
受付印

書類受領所管
受付印



必ず両面印刷の上
ご利用をお願いします

訂正する場合の修正方法

- ① 訂正箇所を二重線で抹消
- ② 余白部分に訂正者の押印またはご署名(フルネーム)
- ③ 正しい内容をご記入

医療 R
整理番号バーコードシール貼付欄
(第一生命使用欄)

告知

2

記入日(告知日)

年	月	日

告知日時点、病気やけがにより休務*1中の者や健康上の理由で正常に就業していない(就業の制限を含む)*2者はいませんか。

以下 8 に記載の加入申込者について、上記告知事項に該当する者はいません。

※上記告知事項に該当がある場合は、加入申し込みいただけません。

4

ページ

※所属コードをご使用の場合のみご記入ください。

3

保 険 契 約 者	団体名
	代表者名
	事務担当者名(フルネーム)

※ 告知にあたって以下をご参照ください

(*1)「休務」とは

診断書の提出や休務届など、契約者が正式な手続きにより知りうるものに限り、上記の手続きのない休務は、告知の対象に含みません。

(*2)「正常に就業していない(就業の制限を含む)」とは

病気やけがの後遺症により、勤務に制限を加える必要があるもので、勤務先または医師により労働時間の短縮、出張の制限、時間外労働の制限、労働負荷の制限などを指示されている場合をいいます。

以下の事由のみの休務および就業の制限は、告知の対象に含みません。

1. 産前・産後休業(「労働基準法」第65条に基づく、休務および就業の制限)
2. 育児休業および介護休業(「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」第2章および第3章に基づく、休務および就業の制限)

※裏面にQAを記載しておりますので、併せてご参照ください

ご記入にあたって

- ・告知はご加入の成否を判断するのに大切な事柄です。正確に告知ください。
- ・告知を求めた事項(表面)につきましては、事実を告げず、または事実でないことを告げた場合、契約を解除され給付金などの支払いに支障を生ずることがあります。

◎告知についてのQA

項番	質問	回答
1	(*1)「休務」の定義として「診断書の提出や休務届など、契約者が正式な手続きにより知りうるもの」とあるが、「正式な手続き」とはどのようなものですか？	長期休務等を取得する場合に、契約者が従業員に対し提出を義務付けている診断書や休務届などの提出手続きをいいます。
2	告知日当日に休務している者がいます。告知の対象となりますか？	当日連絡による休務であっても、診断書や休務届等により契約者が把握している休務は告知の対象です。なお、風邪やインフルエンザによる休務については告知不要です。
3	体調が原因でフルリモート勤務をしている者は加入できますか？	「フルリモート勤務」を勤務先または医師により指示されている場合、就業の制限に該当しますのでご加入いただけません。
4	告知に該当するため加入申し込みより除外した者について再度申し込みできますか？	告知事項に該当しなくなった時点で加入申し込みいただけます。従業員の加入状況については契約者にて管理をお願いいたします。