

000 AAA 020 994

RL 14 03 20 23 354⑤

## 団体長期障害所得補償保険加入申込票 兼 被保険者明細書 ①保険会社用

LTD制度 傷病による長期療養時の収入補償制度・補償額買増しオプション

「重要事項のご説明 契約概要のご説明・注意喚起情報のご説明」の「ご加入いただく内容に関する確認事項(ご意向の確認)」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。  
裏面の健康状態告知書質問事項に対する下記回答は事実と相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合、保険契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがあることに同意します。「健康状態告知についてのご案内」を受け取り、内容を了解しました。

申込日 010 令和 R 年 月 日

団体名	一般財団法人神奈川県厚生福利振興会
事業所名	
事業所コード	LW7
所属名	
所属コード	019

申込人(被保険者)氏名	
307 J04 (カナ)	フルネームで署名してください (漢字) 自署
341 L67	
017 社員コード:	

契約内容	
保険期間	令和 3年 6月 1日より 1年間
てん補期間	60才に達した日まで 年 月
免責期間	90日

323	※生年月日	302	※性別
昭和 S	年 月 日	男 1	
平成 H		女 2	

現在の ご加入内容	加入タイプ : 加入口数 : 口 現在の保険料 : 円 更改後の保険料 : 円
--------------	--

加入区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申込	<input type="checkbox"/> 変更申込	<input type="checkbox"/> 継続申込	<input type="checkbox"/> 脱退
------	--	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

390① L18①

加入タイプ	300
加入口数	572
	口

備考

【申込人住所】〒

【申込人電話番号】 (

## ※健康状態告知書質問事項回答欄

今回新たに加入される方、および継続加入される場合で保険金額の増額(増口)、特定疾病を補償対象外とする条件の削除など補償内容を拡大するご契約条件の変更を伴う方は、裏面の健康状態告知書質問事項および健康状態告知書質問事項回答欄記入要領をお読みのうえ、下記に告知日と回答をご記入ください。

LW8	告知日	L53	質問1	L54	質問2
令和 R	年 月 日	はい 1	いいえ 2	はい 1	いいえ 2
特定疾病 対象外欄	L45 疾病コード	562 疾病・症状名 (ROの場合のみカタカナで記入)			

(ご注意) 告知の内容にかかわらず、新規加入日より12か月以内に発生した就業障害については、就業障害の原因となった身体障害について新規加入日前12か月以内に医師の治療、診察、診断を受け、または治療のために服薬をしていたときは、保険金をお支払いできません。

※【他の保険契約等】(注)他の保険会社等における契約を含みます。

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、所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等の身体障害による就業不能に対して保険金が支払われる他の保険契約等)がありますか(団体契約、生命保険、共済を含みます)。

「あり」の場合、右欄「あり」に○印のうえ、必ず「合計保険金額」にご記入ください。 Y34 合計保険金額 Y36 万円  
(ご記入のない場合、「なし」と回答したことになります。) あり 1

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年以内に病気またはケガで保険金(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

回数	合計金額
回	円

ご加入者様へのご注意 ※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。

社内  
使用欄

団体コード

初年度加入日	L92 H:R: . . .
告知社内処理日	XJY H:R: . . .

旧加入番号	099	識別コード
加入番号	098	