

※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。

000 AAA 020 994
 RA96 03 88 LF 354 ④

代表証券番号

〈ご記入にあたって〉

1. ◎年令は保険始期日現在でご記入ください。(保険期間の途中で加入される場合も、中途加入日現在ではなく、団体契約の保険始期日現在の年令をご記入ください。)
2. 被保険者の職業・職務(職業名・職種名・職種コード)をご記入ください。職種コードは裏面をご参照ください。
3. 職業名・職種名はカナで濁点・半濁点を含め20文字超の登録はできません。裏面の職種コード一覧も参照のうえ、20文字以内でご記入ください。

加入申込日	010 平成 年 月 日	011 電話番号	-
住所	012 郵便番号 317 (注)カタカナでご記入ください		
氏名	「ご加入内容確認事項」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。 307 (注)必ずフリガナをご記入ください フルネームでご署名ください。 (漢字) 341		
人	018 職場名(カタカナ)	019 所属コード	017 社員番号

DAN会員番号を記入してください

098 加入者番号

前年加入内容を変更する場合記入(脱退を含む)
 L17 旧加入者識別コード

保険期間

平成 年 月 日から
 平成 年 月 日まで

お申込み月の翌月1日から翌年の4月1日までとなります

申 込 *ご加入される方について下欄に
DAN会員様は を選択してください

符号	被保険者	加入セット選択欄				その他の項目				
		項目No.	内容		項目No.	内容				
390										
1	J04 氏名 (注)必ずカタカナでご記入ください カタカナで記入	303 ◎年令 満 才	302 性別 男 ₁ 女 ₂	L18 ◆団体との関係 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑩	576 ※職業名・職種名 (カタカナ) (注1)	312 ※職種コード	基本セット (必選択)	1 2 3 4 5		
2	J04 氏名 (注)必ずカタカナでご記入ください カタカナで記入	303 ◎年令 満 才	302 性別 男 ₁ 女 ₂	L18 ◆団体との関係 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑩	576 ※職業名・職種名 (カタカナ) (注1)	312 ※職種コード	基本セット (必選択)	1 2 3 4 5		
3	J04 氏名 (注)必ずカタカナでご記入ください カタカナで記入	303 ◎年令 満 才	302 性別 男 ₁ 女 ₂	L18 ◆団体との関係 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑩	576 ※職業名・職種名 (カタカナ) (注1)	312 ※職種コード	基本セット (必選択)	1 2 3 4 5		
4	J04 氏名 (注)必ずカタカナでご記入ください カタカナで記入	303 ◎年令 満 才	302 性別 男 ₁ 女 ₂	L18 ◆団体との関係 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑩	576 ※職業名・職種名 (カタカナ) (注1)	312 ※職種コード	基本セット (必選択)	1 2 3 4 5		

青の太線内は該当する場合にご記入ください。(緑の太線内は必須記入事項となります)

パンフレット内のAからDをご記入ください

口数は1口です

2枚目の「職種コード」「職種名」をご記入ください

◆団体との関係
 下記該当の数字(いずれか1つ)をご記入ください。

団体の
 1: 構成員(子会社・関連会社の構成員、退職者を含む)
 0: 会員企業等の役員・従業員

上記「1」または「0」の
 2: 配偶者 3: 子ども 4: 両親
 5: 兄弟姉妹 6: 同層の親族 7: 使用人

同種の危険を補償する他の保険契約等(団体総合生活補償保険、普通傷害保険等をい、いずれも積立保険を含みます。)がありますか。 (あり)

(注)他の保険会社等における契約、共済契約、生命保険契約等を含みます。

被保険者氏名	保険種類	傷害死亡・後遺障害 保険金額	傷害入院 保険金日額	傷害通院 保険金日額	被保険者氏名	会社名	回数	合計金額
		万円	円	円			回	円
		万円	円	円			回	円
		万円	円	円			回	円

(ご注意)「あり」の場合必ずご記入ください。(ご記入のない場合には、「なし」と回答したことになります。)上記では記入欄が不足する場合には、取扱代理店または引受保険会社にお申し出ください。

R50 合計保険料(分割払の場合は1回分)

加入される全被保険者の保険料の合計をご記入ください。

円

L65 受付日(社内使用欄)
 平成 年 月 日

平成25年10月1日以降始期契約に使用

意向チェックシート 兼 加入内容確認書

1 お申込みにあたってのご意向確認チェックシート

このシートは、ご案内した保険商品がお客さまのご意向に沿った商品(補償)であるかをご確認いただくためのものです。ご加入者に確認・説明のうえ、補記・訂正させていただくことがあります。この場合、募集人が特記事項欄に記入します。

① パンフレット等掲載の「補償の分野の一覧表」でプラン等をご確認ください。

下記は見本です。団体ごとに募集している商品が異なりますので、配布しているパンフレット等でご確認ください。

【補償の分野の一覧表(見本)】

ご案内する加入プラン等の名称		補償の分野
A、B、C、D	○	ケガにより死亡された場合、入院・通院された場合等に補償する保険 (注) 病気により死亡された場合、入院・通院された場合の補償はありません。
該当のプランはありません。	—	ケガにより死亡された場合、ケガや病気により入院・通院された場合等に補償する保険
該当のプランはありません。	—	ケガや病気により働けなくなった場合の収入等を補償する保険
該当のプランはありません。	—	日常生活に起因する事故または特定の運動(例: ゴルフ)等に起因する事故による賠償責任等を補償する保険

② STEP1 から STEP3 までをご確認のうえ、ご確認欄にチェックしてください。

STEP1	当社で把握(一部推定を含む場合があります)しましたお客さまのご意向は「補償の分野の一覧表」の「補償の分野」に「○」のある補償です。この補償は、お客さまにとってご興味(ご意向)のある商品でしたか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。(注)	ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
STEP2	パンフレット等をご覧いただき、ご案内の商品の内容をご確認いただきましたか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。(注)	ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
STEP3	パンフレット等をご確認いただいた後のこの補償に対するご意向はSTEP1と比較して、一致していますか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。(注)	ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

(注) 詳しいご説明をさせていただきますので、取扱代理店(募集人)までお問い合わせください。

③ 上記のすべてが「はい」の場合、お申込手続き(加入申込票等の記入)におすすみください。

2 ご加入内容確認事項(ご意向の確認)

このシートは、ご加入の内容がお客さまの最終的なご意向にあっているかについてご確認いただくためのものです。

④ 加入申込票等を記入した後にご確認のうえ、ご確認欄にチェックしてください。

「STEP2に記載されているもの以外のご希望」や「補償内容・保険金額・保険期間・保険料等について強く希望される事項」がございましたら、ご提案内容の見直しを行いますので取扱代理店(募集人)にお問い合わせください。

STEP4	お選びいただいた加入プランの「補償の分野」がお客さまのご意向に沿ったものであることをご確認ください。 * 各プランの「補償の分野の一覧表」は左表でご確認ください。	ご確認欄 <input type="checkbox"/> 確認しました						
STEP5	被保険者の氏名、生年月日、年齢、性別等は、加入申込票等に記載のとおりで間違いございませんか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。	ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
STEP6	他の保険契約等は、加入申込票等に記載のとおりで間違いございませんか? また、健康状況告知が必要な場合の「被保険者の健康状況に関する質問事項(健康状況告知質問事項)」への回答は加入申込票等に記載のとおりで間違いございませんか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。	ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
STEP7	補償内容、保険金額、保険料、保険期間、保険料払込方法は、加入申込票・パンフレット等に記載のとおりで間違いございませんか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。	ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
STEP8	ご提案の保険商品は今回の検討プロセスを経て、お客さまご自身が確認された「最終的なご意向」に沿ったものとなっておりますか? * 「いいえ」となる場合はお申込みできません。	ご確認欄 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>お客さまご署名欄</td> <td>今回提案された商品は意向に沿ったものであり、本書面の記載内容を確認のうえ了解しました。</td> </tr> <tr> <td>(カナ) 必ずフリガナをご記入ください X9M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(漢字) フルネームでご署名ください</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		お客さまご署名欄	今回提案された商品は意向に沿ったものであり、本書面の記載内容を確認のうえ了解しました。	(カナ) 必ずフリガナをご記入ください X9M		(漢字) フルネームでご署名ください		
お客さまご署名欄	今回提案された商品は意向に沿ったものであり、本書面の記載内容を確認のうえ了解しました。							
(カナ) 必ずフリガナをご記入ください X9M								
(漢字) フルネームでご署名ください								

<会社使用欄>

募集人名				
特記事項	(ご意向を満たしていない部分がある場合等には募集人が記入)			
代表証券番号	加入者番号	社員番号	旧加入者番号	旧加入者識別