

# がん保険 記入例

申込書等の提出・現職組合員：希望者  
OB組合員：希望者

## 新規・追加加入の場合

### 東北電力生協向け 生きるためのがん保険Days1の契約希望書

「がんの保障」を希望されるお客様におすすめの商品です。加入を希望しない場合ご提出不要です。

取りまとめ先 所属の分所（支部）

所属部 11111  
0000000000  
1111111111  
0000000000  
99999999

申込を希望される場合、説明をお聞きになりたい場合はいずれかに○印をご記入ください。

### 1 今回ご案内の商品について、希望の項目の数字を○で囲んでください。

1 希望する 2 説明をお聞きしたい →ご提出ください

### 2-1) ご希望の商品の番号の○、特約の希望するを○で囲んでください。

保険契約日付 漢年齢 歳 生年月日 希望するプランに○印をご記入ください。

保険料払方タイプ：定額

がんのできる状態になった場合

生きるためのがん保険Days1	以後の「保険料の払込みが不要」になるコース	以後の「保険料の払込みが継続」するコース
① 10,000円	② 5,000円	③ 10,000円
④ 5,000円		④ 5,000円

がん先進医療特約 希望する

診断給付金 複数回支払特約 希望する

緩和療養特約 希望する

外見ケア特約 希望する

女性がん特約 希望する

特約のみの申込はできません。

ご希望の特約に○印をご記入ください。

がん先進医療特約	診断給付金 複数回支払特約	緩和療養特約	外見ケア特約	女性がん特約
希望する	希望する	希望する	希望する	希望する

（保費内容）

診断給付金額	特定診断給付金額	入院給付金額	通院給付金額	手術給付金額	緩和療養給付金額	外見ケア給付金額
10,000円	50万円	50万円	10,000円	10,000円	20万円	10万円/5万円
入院給付金額	手術給付金額	緩和療養給付金額	外見ケア給付金額	女性がん特約	特約給付金額	特約給付金額
5,000円	25万円	25万円	5,000円	5,000円	10万円	5万円/2.5万円

払済タイプを希望の場合、○印をご記入ください。保険料は希望書の裏面をご確認ください。

2-2) 保険料払済タイプをご希望の方は、下記のいずれかをご選択ください。（払済タイプの保険料は裏面をご覧ください）

- ① 60歳払済
- ② 65歳払済

申込を希望される場合、説明をお聞きになりたい場合は住所・ご連絡先・職場（部署）名をご記入ください。

2. ご家族の保障をご希望の場合は、お名前などをご記入ください。

お名前	生年月日	性別	生きるためのがん保険Days1	特約
ご家族のお名前	年月日	男/女	① ② ③ ④	がん先進医療 診断給付金複数回支払 緩和療養 外見ケア 女性がん
ご家族のお名前	年月日	男/女	① ② ③ ④	がん先進医療 診断給付金複数回支払 緩和療養 外見ケア 女性がん

ご家族の保障を希望の場合は、ご家族のお名前・生年月日をご記入いただき、希望プラン・特約に○印をご記入ください。

生きるためのがん保険Days1 ALL-in 其他

（お客様からのご連絡）ご不明な点、ご質問などがございましたらご記入ください。

① 商品内容、保障の範囲と期間、保険料、解約払戻金などの詳細については、「パンフレット」【契約概要】「注意連絡情報」【契約のしおり】【取扱い】をご確認ください。

② 健康状態などによってはお申し込みをお引受けできない場合があります。

（個人情報取扱いについて） 募集代理店 宛 今回提供する個人情報の募集代理店における利用目的は、アフラックの各種商品やサービスの案内・提供・管理であることを確認しました。また、これらの利用目的のために募集代理店がその後先であるアフラックに登録されている代理店と共同して取り扱う際には、個人情報保護法に定める同意を得ることとなります。

募集代理店 アフラックは代理店制度を採用しています。募集代理店については、同封の書類にてご確認ください。

©2008年現在、権利本誌記載の各権利をアフラックが保有し、アフラックが権利を行使しています。

Affac アフラック

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 アフラックビル 10F TEL:03-352-3610 URL: https://www.aflac.co.jp/

03565041 AF049-2021-0218 4R26E(220420)

## 追加契約の場合

### 生きるためのがん保険Days1プラスの契約希望書

「がんの保障」を希望されるお客様におすすめの商品です。加入を希望しない場合ご提出不要です。

取りまとめ先 所属の分所（支部）

所属部 11111  
0000000000  
1111111111  
0000000000  
99999999

申込を希望される場合、説明をお聞きになりたい場合はいずれかに○印をご記入ください。

### 1 ご案内の商品について、ご希望の項目の数字を○で囲んでください。

1 希望する 2 説明をお聞きしたい →ご提出ください

保険契約日付 漢年齢 歳 生年月日 希望するプランに○印をご記入ください。

保険料払方タイプ：定額

がんのできる状態になった場合

生きるためのがん保険Days1	以後の「保険料の払込みが不要」になるコース	以後の「保険料の払込みが継続」するコース
① 10,000円	② 5,000円	③ 10,000円
④ 5,000円		④ 5,000円

がん先進医療特約 希望する

診断給付金 複数回支払特約 希望する

緩和療養特約 希望する

外見ケア特約 希望する

女性がん特約 希望する

特約のみの申込はできません。

ご希望の特約に○印をご記入ください。

がん先進医療特約	診断給付金 複数回支払特約	緩和療養特約	外見ケア特約	女性がん特約
希望する	希望する	希望する	希望する	希望する

（保費内容）

診断給付金額	特定診断給付金額	入院給付金額	通院給付金額	手術給付金額	緩和療養給付金額	外見ケア給付金額
10,000円	50万円	50万円	10,000円	10,000円	20万円	10万円/5万円
入院給付金額	手術給付金額	緩和療養給付金額	外見ケア給付金額	女性がん特約	特約給付金額	特約給付金額
5,000円	25万円	25万円	5,000円	5,000円	10万円	5万円/2.5万円

2-1) ご希望の商品の番号の○、特約の希望するを○で囲んでください。

2. ご家族の保障をご希望の場合は、お名前などをご記入ください。

お名前	生年月日	性別	生きるためのがん保険Days1	特約
ご家族のお名前	年月日	男/女	① ② ③ ④	がん先進医療 診断給付金複数回支払 緩和療養 外見ケア 女性がん
ご家族のお名前	年月日	男/女	① ② ③ ④	がん先進医療 診断給付金複数回支払 緩和療養 外見ケア 女性がん

ご家族の保障を希望の場合は、ご家族のお名前・生年月日をご記入いただき、希望プラン・特約に○印をご記入ください。

生きるためのがん保険Days1 ALL-in 其他

（お客様からのご連絡）ご不明な点、ご質問などがございましたらご記入ください。

① 商品内容、保障の範囲と期間、保険料、解約払戻金などの詳細については、「パンフレット」【契約概要】「注意連絡情報」【契約のしおり】【取扱い】をご確認ください。

② 健康状態などによってはお申し込みをお引受けできない場合があります。

（個人情報取扱いについて） 募集代理店 宛 今回提供する個人情報の募集代理店における利用目的は、アフラックの各種商品やサービスの案内・提供・管理であることを確認しました。また、これらの利用目的のために募集代理店がその後先であるアフラックに登録されている代理店と共同して取り扱う際には、個人情報保護法に定める同意を得ることとなります。

募集代理店 アフラックは代理店制度を採用しています。募集代理店については、同封の書類にてご確認ください。

©2008年現在、権利本誌記載の各権利をアフラックが保有し、アフラックが権利を行使しています。

Affac アフラック

〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1 アフラックビル 10F TEL:03-352-3610 URL: https://www.aflac.co.jp/

03565041 AF049-2021-0218 4R26E(220420)

