

# 終身医療保険 パートナー記入例 申込書等の提出 ・ 現職組合員：希望者 限定告知医療保険 ハート記入例 申込書等の提出 ・ OB組合員：希望者

## 新規加入の場合

〒990-0043  
山形県山形市本町6-1-19  
生協 太郎 様

**<新規契約用> 加入希望の場合は後日申込書一式をお送りします。**

組合員番号 0000000000 所属部署コード 0000000000

平日 日中連絡の取れるお電話番号(携帯等) 090-2982-7●●●● 印本 人

住所変更がある場合は、下記にご記入ください。  
〒 ( )  
TEL. ( )

加入を希望する  気になる所を記載してください

**ご注意ください!**

**加入を希望しない場合ご提出不要です。**

**住所変更の場合はご記入ください。**

**【お問い合わせ先】**  
東日本興業株式会社 保険部  
仙台市青葉区一番町3-7-1 電力ビル6階  
電話 022-261-5707

**【引受保険会社】**  
SOMPOまわり生命保険株式会社 仙台支社  
仙台市宮城野区権町3-7-35  
電話 050-2016-8563

**終身医療保険 パートナー 加入希望書**

1 加入を希望される場合は、ご希望の欄に○印をご記入ください。

被保険者(契約者)名	生協 太郎	生年月日	西暦 1973年 3月 1日 (S H 48年)	性別	男・女	年齢	48歳(2022年(令和4年)1月21日時点)
ご希望のプランに○をつけてください。		終身払	65歳払済				
5,000円コース 保険料免除	なし	1型	2型				
	あり	A型	B型				
おすすめ! 1万円コース 保険料免除	なし	3型	4型				
	あり	C型	D型				

**限定告知医療保険 ハート 加入希望書**

加入コース 三大疾病保険料免除 なし 三大疾病保険料免除 あり

3,000円コース(終身払)	H3型	H3P型
5,000円コース(終身払)	H5型	H5P型
10,000円コース(終身払)	H10型	H10P型

この保険は健康に不安がある方でもご加入いただけるように設計された引受基準緩和型の保険商品です。そのため、保険料は引受保険会社の通常の医療保険に比べ割増しされています。また、健康状態について詳細な告知をいただくことで、保険料の割増しのない引受保険会社の他の医療保険にご加入いただける場合があります。

2 ご家族の加入を希望される方は下表にご記入ください。なお、希望プランについては型をご記入ください。※ご家族の範囲は、組合員と生計を共にする配偶者、組合員と同居または扶養親族の範囲内の子。

フリガナ	セイメイ	生年月日	性別	希望プラン	フリガナ	セイメイ	生年月日	性別	希望プラン
生協 花子	西暦 1976年 4月 15日 (S H R 51年)	男・女	C型						
生協 一郎	西暦 1998年 5月 10日 (S H R 10年)	男・女	B型						

秋葉2021

**ご家族の加入希望の方はご記入ください。**

## ご契約内容変更・追加の場合

〒980-0822  
宮城県仙台市青葉区立町20-1  
生協 マンション405  
生協 太郎 様

**<既加入者用> 変更・追加の場合は後日申込書一式をお送りします。**

組合員番号 0000000000 所属部署コード 0000000000

平日 日中連絡の取れるお電話番号(携帯等) 090-2982-7●●●● 印本 人

住所変更がある場合は、下記にご記入ください。  
〒 990-0043  
山形県山形市本町6-1-19  
TEL. ( )

**ご注意ください!**

**変更・追加を希望しない場合ご提出不要です。**

**住所変更の場合はご記入ください。**

**【お問い合わせ先】**  
東日本興業株式会社 保険部  
仙台市青葉区一番町3-7-1 電力ビル6階  
電話 022-261-5707

**【引受保険会社】**  
SOMPOまわり生命保険株式会社 仙台支社  
仙台市宮城野区権町3-7-35  
電話 050-2016-8563

**終身医療保険 パートナー ご契約内容変更・追加希望書**

1 変更・追加がある場合は、ご希望の欄にチェック印をご記入ください。

現在の契約はそのまま追加加入を希望の場合、チェックしてください。  
(※ご希望プランをご指定ください。)

現在のSOMPOまわり生命契約を解約し、新たに加入希望の場合、チェックしてください。

※解約と新規契約が同時の場合、第1回目の保険料のお振込みが必要となります。組合員ご家族と一緒にご新規の申込書、告知書、振込用紙を送付いたします。

内容の変更・問合せ等で東日本興業 保険部から連絡が欲しい。→上記ご連絡先にご連絡致します。

【証券番号】	【被保険者】	【保険開始日】	【契約年齢】	【払込期間】	【契約タイプ】	【入院日額】	【月給保険料】
***	生協 太郎	2009年1月22日	36歳	終身	アシストNEO本人型	5,000円	2,851円

**限定告知医療保険 ハート ご契約内容変更・追加希望書**

加入コース 三大疾病保険料免除 なし 三大疾病保険料免除 あり

3,000円コース(終身払)	H3型	H3P型
5,000円コース(終身払)	H5型	H5P型
	H10型	H10P型

ご加入いただけるように設計された引受基準緩和型の保険商品です。その医療保険に加入割増しされています。また、健康状態について詳細な告知をいただくことで、保険料の割増しのない引受保険会社の他の医療保険にご加入いただける場合があります。

2 ご家族の加入を希望される方は下表にご記入ください。なお、希望プランについては型をご記入ください。※ご家族の範囲は、組合員と生計を共にする配偶者、組合員と同居または扶養親族の範囲内の子。

フリガナ	セイメイ	生年月日	性別	希望プラン	フリガナ	セイメイ	生年月日	性別	希望プラン
生協 花子	西暦 1976年 4月 15日 (S H R 51年)	男・女	A型						
生協 一郎	西暦 1998年 5月 10日 (S H R 10年)	男・女	B型						

秋葉2021

**ご家族の加入希望の方はご記入ください。**