

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

00000000

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。

9999999

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 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

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

生きるためのがん保険Days1

① 10,000円 ② 5,000円 ③ 10,000円 ④ 5,000円

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

特約のみの申込はできません。

がん先進医療特約

診断給付金

緩和療養特約

外見ケア特約

女性がん特約

がんのできる状態になった場合

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

生きるためのがん保険Days1

① 10,000円 ② 5,000円 ③ 10,000円 ④ 5,000円

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

特約のみの申込はできません。

がん先進医療特約

診断給付金

緩和療養特約

外見ケア特約

女性がん特約

がんのできる状態になった場合

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

生きるためのがん保険Days1

① 10,000円 ② 5,000円 ③ 10,000円 ④ 5,000円

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

特約のみの申込はできません。

がん先進医療特約

診断給付金

緩和療養特約

外見ケア特約

女性がん特約

がんのできる状態になった場合

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

生きるためのがん保険Days1

① 10,000円 ② 5,000円 ③ 10,000円 ④ 5,000円

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

特約のみの申込はできません。

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) 保険料払方が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確認ください)

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 その他

（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、保障の開始と期間、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】【重要連絡情報】に必ずお読みください。

② 健康状態によってはお申し込みをお引継ぎ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 今回提供される個人情報の募集代理店における利用目的が、アフракの各種商品やサービスの案内・管理・維持管理であることを確認し、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クに登録されている代理店と共同して取り扱うことには、個人情報取扱代理店に同意するものとさせていただきます。

募集代理店) アフラ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。

©2018年10月、権利本誌記載の商標・特許を無断で複製・転載した場合は法的責任を負います。

0365/04

Affrac アフラク

〒980-0855 宮城県仙台市青葉区中央1-1-1 アフラクビル 10F TEL:022-262-9110 URL: https://www.affrac.jp/

0365/04

AF-049-2021-0218 4R20E(220)430

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）

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。

配属者様もがん保険ご加入済みの場合に、お見積もりを記載しておりますので、あわせて検討ください。

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

2 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

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

既契約証券番号(お客様用)

配属者様

フリガナ お名前

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

特約中途付加の場合

生きるためのがん保険ALL-in-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。

新がん保険
スーパー
がん保険
専用

取柄の分所（支部）
ご所属の分所（支部）
99999999

1 ご案内の商品について、希望の項目を○で囲んでください。

配偶者様もがん保険で加入済みの場合に、お見積もりを記載していますので、あわせてご検討ください

2 保険料見積

ご希望の特約の「希望する」を○で囲んでください。取柄区分は：主契約の付たる被保険者（配偶者様）

性別 年齢 職業
お名前 フリガナ お名前 生年月日
配偶者様の保険（記号タイプ）
希望する

希望する治療給付金額のいずれかに○印をご記入ください

がん治療保障特約
治療給付金額 10万円 希望する
治療給付金額 5万円 希望する
治療給付金額 10万円 希望する
治療給付金額 5万円 希望する

希望する

診断給付金特約 治療給付金額 25万円 希望する
特定診断給付金特約 特定診断給付金額 25万円 希望する
複額回支払特約 複額回支払金額 25万円 希望する
がん通院特約 通院給付金額 5,000円 希望する
外見ケア特約 外見ケア給付金額 5,000円 希望する

希望する

裏面も記載のうえ、記入ください。

ご契約内容確認・変更の場合

コミュニケーション・シート（ご契約内容のお知らせ）

ご継続いただき、誠にありがとうございます。ご契約内容をご確認いただき変更等ございましたらお知らせくださいますようお願いいたします。

ご契約証券一覧 作成日：
ご契約内容を確認ください。

※詳細につきましては、「保険証券」、ご契約のしおり・約款にてご確認ください。各様の証券を表示の対象としております。

ご契約内容の変更について ご契約内容に変更がある場合は、下記にご記入のうえご提出ください。

ご契約者 様 作成日：
住所変更 ご登録住所をご確認ください（40文字までの表示となっております）。変更がある場合は下記にご記入のうえご提出ください。

証券番号 登録住所 電話番号
TEL ()

住所変更や連絡先に変更がある場合に記入いただき、ご提出ください。

ご契約の基本情報	主契約の主な保障	特約名〔保険期間〕
証券番号 商品名 契約日 契約種類 保険期間 保険料払込期間	保険料 円 保険料払込方法 (主たる) 被保険者	[] 内は特約の保険期間です。
証券番号 商品名 契約日 契約種類 保険期間 保険料払込期間	保険料 円 保険料払込方法 (主たる) 被保険者	

◆その他、内容変更等をご希望の場合、裏面にご記入いただき、ご提出ください。
◆提出前にコピーをお取りいただくことをおすすめいたします。

※ご契約内容の変更手続き中の場合、最新の情報が表示されていないことがあります。

（ご契約証券一覧）の詳細な見方は裏面をご覧ください。