

親子のちから 記入例

申込書等の提出：希望者

セイキョウタロウさんの家族例の場合（年齢は令和6年1月1日時点）

同居の家族		別居の両親	
セイキョウ タロウ 48歳（本人）		セイキョウ フミ 74歳	
ハナコ 45歳（配偶者）		フミ 72歳	
ジロウ 19歳（次男）		組合員本人の両親	
リョウコ 18歳（長女）			

- 1 申込日をご記入ください。
印字されている内容に間違いがないかご確認ください。
- 2 日中の連絡先（携帯電話番号等）をご記入ください。
- 3 被保険者（保険金受取人）の方がすべてご記入ください。
健康状態告知を確認頂き、該当がなければ「すべていいえ」にマルをご記入ください。

以下「本件」についてご記入、ご署名ください。「自署」は加入者さま、被保険者さまご本人がご記入ください。
訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。
修正液や重ね書きでの訂正はできません。

東北電力生活協同組合「親子のちから」(親介護費用補償セット団体総合保険) 加入申込書兼健康状態に関する告知書

届出事由 新規加入	解約 変更なし	変更あり	変更内容	保険期間 令和6年 月1日～令和7年1月1日
会社コード 00	分所コード 1234	所属課所コード 12345678	組合員番号 0123456789	
申込日 令和5年9月1日	生年月日 2大正3昭和4平成49年3月1日	性別 ①男 ②女	氏名 セイキョウ タロウ 生協 太郎	年齢 48歳
加入者 〒980-0822	自宅TEL 022-268-0000	住所 センダイシ アオバク タチマチ20-1 セイキョウマンション405 仙台市青葉区立町20-1 生協マンション405		

日中の連絡先（携帯電話番号等） 090 1234 5678

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となり、保険金の支払いを受けられなくなったりしても異議を申し立てません。また、「健康状態」に関する告知にあたってご注意いただきたいことの内容について確認・同意し、ならびに加入申込書兼健康状態に関する告知書（お客さま控）に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、指保ジャパンが定める範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人（加入者）、告知者（親介護費用保険金受取人（被保険者））、補償の対象者とともに同意します。

【重要】
1.★の項目は「告知事項」です。事実と異なる内容を記載した場合や事実を記載しなかった場合には、ご契約を解除することや保険金をお支払いできないことがありますので、ご注意ください。
2.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。
3.「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」は、加入申込書兼健康状態に関する告知書（お客さま控）の裏面をご参照ください。

加入者（組合員自署欄） 氏名 （自署）生協 太郎	訂正 あり	申込みの内容が意向に沿ったものであること、および交付された契約概要、注意喚起情報および告知義務などの内容を確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を依頼します。 ※（ご注意）加入申込書の記載内容が事実と相違した場合、保険金が支払われないことがありますので、ご注意ください。 ※申込人（加入者）および被保険者は、専業文書または指保ジャパン公式サイト（https://www.sompo-japan.co.jp/）に掲載の個人情報の取扱いに同意します。
--------------------------------	----------	---

被保険者は令和6年1月1日時点で満18歳以上、対象者は同時点で新規の方は満40～79歳、継続の方は満40～89歳の方をご指定ください。

被保険者（保険金受取人）	対象者（被保険者の親）	加入プラン	月額保険料	即時保険料	★健康状態告知	★他の保険契約等（※）
① 氏名 （自署）生協 太郎 生年月日 3昭和4平成49年3月1日 48歳 性別 ①男 ②女 加入者との関係 W02 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他の親類	① 氏名 （自署）生協 文吉 生年月日 3昭和4平成53年5月1日 74歳 性別 ①男 ②女 対象者番号（被保険者番号） W01	加入 プラン B30 月額 保険料 （令和6年1月1日時点の年齢に適用） 300 500 700 1000 加入者との関係 W02 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他の親類	8,840 円	0 円	すべていいえ	★他の保険契約等（※） がありますか、「はい」 保険会社 保険種類 満期日 保険金額
② 氏名 （自署）生協 太郎 生年月日 3昭和4平成49年3月1日 48歳 性別 ①男 ②女 加入者との関係 W02 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他の親類	② 氏名 （自署）生協 フミ 生年月日 3昭和4平成53年6月10日 72歳 性別 ①男 ②女 対象者番号（被保険者番号） W01	加入 プラン B30 月額 保険料 （令和6年1月1日時点の年齢に適用） 300 500 700 1000 加入者との関係 W02 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他の親類	8,840 円	0 円	すべていいえ	★他の保険契約等（※） がありますか、「はい」 保険会社 保険種類 満期日 保険金額
③ 氏名 （自署） 生年月日 3昭和4平成 年 月 日 歳 性別 ①男 ②女 加入者との関係 W02 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他の親類	③ 氏名 （自署） 生年月日 3昭和4平成 年 月 日 歳 性別 ①男 ②女 対象者番号（被保険者番号） W01	加入 プラン B30 月額 保険料 （令和6年1月1日時点の年齢に適用） 300 500 700 1000 加入者との関係 W02 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他の親類	すべていいえ	0 円	すべていいえ	★他の保険契約等（※） がありますか、「はい」 保険会社 保険種類 満期日 保険金額
④ 氏名 （自署） 生年月日 3昭和4平成 年 月 日 歳 性別 ①男 ②女 加入者との関係 W02 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他の親類	④ 氏名 （自署） 生年月日 3昭和4平成 年 月 日 歳 性別 ①男 ②女 対象者番号（被保険者番号） W01	加入 プラン B30 月額 保険料 （令和6年1月1日時点の年齢に適用） 300 500 700 1000 加入者との関係 W02 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他の親類	すべていいえ	0 円	すべていいえ	★他の保険契約等（※） がありますか、「はい」 保険会社 保険種類 満期日 保険金額

「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。
（※）団体総合保険（親介護費用補償セット）の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。

社内用欄 月払保険料（合計） 542 円	合計即時保険料 1080 円	バックオフィス使用欄 1082	★他の保険契約等 （9）あり	共通欄 525
----------------------------	-------------------	--------------------	-------------------	------------

訂正

訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて被保険者（保険金受取人）の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

〔ご提出にあたって〕

- 2枚目はお客さま控となっておりますので切り離して保管ください。
- 1枚目をご提出ください。