

# 2022年度 マイライフプラン中途加入・中途変更 (または解約(脱退)) 申込票 兼 告知票

保険期間 損害保険：到着締切日の属する月の翌月1日～2023年8月1日午後4時  
<中途加入> 生命保険：到着締切日の属する月の翌月1日(効力発生日)～2023年7月31日

(告知についての重要なご案内が記載されています。)

### 到着締切日 以下表記載のとおり(必着)

申込票提出締切日 (※重要事項パートナーズ様への書類到着日)	保険料控除 (給与天引き)	保障開始日 (効力発生日)
8月8日	9月支払給与	9月1日
9月9日	10月支払給与	10月1日
10月10日	11月支払給与	11月1日
11月10日	12月支払給与	12月1日
12月9日	1月支払給与	1月1日
1月10日	2月支払給与	2月1日
2月10日	3月支払給与	3月1日
3月10日	4月支払給与	4月1日

※ ゴールドプランは、中途加入(変更)はできません。  
受付期間：2022年7月11日～2023年3月10日

「新規加入」または「申込内容変更」をされますか?  
はい  
いいえ  
保障を解約(脱退)されますか?

●新規加入  
●保障の増額・追加  
対象の方の告知を取りまとめのうえ、以下の質問にご回答ください。  
<告知欄>  
裏面「健康状況告知書質問事項」の回答が「はい」となる項目がありますか?  
はい  
いいえ  
D-Eの該当箇所に○印  
●死亡保険金受取人の変更  
●氏名変更  
D-Eの該当箇所に○印  
はい(F・G・Hのいずれかに○印)

新規	A	新規加入
変更	B	本人の増額
	C	家族の追加・増額
	D	死亡保険金受取人の変更
	E	氏名変更等 変更後の氏名をカタカナで記入
解約(脱退)	F	家族の解約(脱退) 解約(脱退)する家族の氏名、生年月日、性別を記入し、変更区分の解約(脱退)に○印
	G	5「ゴールドプラン」以外の全部解約(脱退) 解約(脱退)する家族の氏名、生年月日、性別を保障欄に記入し、変更区分の解約(脱退)に○印
	H	全部解約(脱退) 所属・氏名・申込日のみ記入

右欄該当者全員分押印

変更手続き書類を請求します。  
氏名欄記入のとおり変更します。  
※新姓名的場合は新姓印を押印してください。  
※(損害保険)子ども、その他家族の氏名変更の場合は、本人の姓名印を押印してください。  
「解約(脱退)」に○印をつけた家族のすべての保障を解約(脱退)します。  
<Gの場合>  
本人の5「ゴールドプラン」以外、家族の保障を含めて、すべての保障を解約(脱退)します。  
すべての保障を解約(脱退)します。

<申込印(告知印)欄>A×B×C×D×E×F×Gのお手続きの場合、該当欄にすべて押印してください(シャチハタ/スタンプ印可)  
(押印もれの場合申込票の受付ができませんのでご注意ください。)  
子どもが未成年の場合、本人(親権者)が代理申込してください。(こども印は本人印で兼用可能なため省略できます。)

損害保険 (12346の保障)	生命保険(3の保障)					
本人印	配偶者印	子ども①印	子ども②印	子ども③印	子ども④印	
パンフレット重要事項のご説明について、豊通保険パートナーズ株式会社のHP(https://www.tip-net.com/mylife2022)上のPDFファイルでの提出に同意します。また、重要事項のご説明に同意の上、「加入内容確認事項」を確認し本人情報(氏名・年齢・性別)の取扱いに同意の上、加入(変更)を申込みます。(裏面に「パンフレット重要事項のご説明の提供を受けた方も、押印の上、申込みください。) <以下は「健康状況告知」が必要な場合のみ> 裏面の健康状況告知書質問事項に対する回答が「はい」となる項目は無く、事実と相違ありません。健康状況告知書ご確認のご案内を受け取り、内容を確認しました。	私(配偶者、子どもを含みます)は、パンフレット(重要事項のご説明)記載の意向確認書により商品内容が自身の意向に合致していることを確認し、加入勧奨時に通知・配付された説明資料等に記載の重要事項(「契約概要」「注意喚起情報」を含む)および個人情報(取扱い等)について了承・同意するとともに、告知内容が事実と相違ないことを確認のうえ、以下のとおり加入(変更)を申込みます。 <以下は新規加入・保障の増額をする場合のみ> 裏面「健康状況告知書質問事項」の回答が「はい」となる項目は無く、事実と相違ありません					
こども、その他家族の氏名変更の場合は、本人の姓名印を押印してください。	印	印	印	印	印	

全部解約(脱退) 確認印欄 (シャチハタ/スタンプ印可)

記入必須	会社名	勤務地	所属	氏名
		携帯電話	部署課	カタカナ キニュー
		職場外線		

申込日(告知日)  
記入必須  
20 年 月 日

ご加入者へのメッセージ  
【重要】告知事項に関するご注意  
表面および裏面の★印の項目は、加入に際して引受け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、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確認のうえご回答ください。  
●裏面の「健康状況告知書質問事項」は、今年度新規加入、保障の増額・追加をされる方についてのみおたずねしています。それ以外の場合には、回答は不要です。

訂正印について  
記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消後、訂正印(申込印と同一のもの)を押印のうえ、訂正内容を記入してください。

氏名	★生年月日 ★年令※(2022年8月1日現在) 必ず記入してください	★性別	職種 職別	変更区分
カタカナ キニュー	昭和 平成 年 月 日生 ( )歳	男性 女性	新規 変更	本人が加入した場合のみ家族も加入できます。
カタカナ キニュー	昭和 平成 年 月 日生 ( )歳	男性 女性	追加 変更 解約(脱退)	生命保険は本人が扶養する効力発生日現在で2歳6か月超22歳6か月以下の子ども
① カタカナ キニュー	平成 令和 年 月 日生 ( )歳	男性 女性	追加 変更 解約(脱退)	
② カタカナ キニュー	平成 令和 年 月 日生 ( )歳	男性 女性	追加 変更 解約(脱退)	
③ カタカナ キニュー	平成 令和 年 月 日生 ( )歳	男性 女性	追加 変更 解約(脱退)	
④ カタカナ キニュー	平成 令和 年 月 日生 ( )歳	男性 女性	追加 変更 解約(脱退)	
カタカナ キニュー	昭和 平成 令和 年 月 日生 ( )歳	男性 女性	追加 変更 解約(脱退)	
カタカナ キニュー	昭和 平成 令和 年 月 日生 ( )歳	男性 女性	追加 変更 解約(脱退)	
カタカナ キニュー	昭和 平成 令和 年 月 日生 ( )歳	男性 女性	追加 変更 解約(脱退)	

1 病気やケガの保障										6 がん保障					2 介護の保障			3 死亡・高度障害の保障																	
入院・手術保障					通院保障					後遺障害保障					がん保障(1年更新型)					本人介護保障			本人												
加入型					加入型					加入型 ※1型は新規加入不可					加入					加入型			加入型												
型	1	2	3	4	5	6	7	型	1	2	3	型	2	3	4	5	6	加入する	型	4	5	6	型	A	B	C	D	E	F	G	H	I			
月額保険料	580	930	1,110	1,460	1,800	2,680	3,570	月額保険料	150	280	440	月額保険料	180	310	430	540	790	月額保険料	パンフレット参照	月額保険料	パンフレット参照	月額保険料	パンフレット参照	月額保険料	パンフレット参照	月額保険料	パンフレット参照	月額保険料	パンフレット参照	月額保険料	パンフレット参照	月額保険料	パンフレット参照	月額保険料	パンフレット参照
休業保障										【休業保障に関する注意】 ・満64歳以上の方の保障期間は1年間です。 保険料はパンフレットをご参照ください。					がん終身型から乗り換える方は必ずパンフレットP19の「乗り換える場合の注意事項」をご確認のうえ、加入ください。					介護費用は公的介護保険でまかなえない場合もあります。介護保障への加入をおすすめします。			死亡保険金受取人続柄コード 氏名カタカナと続柄コードの両方を必ず記入してください。 [死亡保険金受取人続柄コード] 1.配偶者 2.子ども 3.父母 4.祖父母 5.兄弟姉妹 ※死亡保険金受取人の指定がない(受取人欄が空欄)の場合は①配偶者 ②子ども(子どもが死亡している場合には、その直系卑属)③父母 ④祖父母 ⑤兄弟姉妹の順による指定とします。 ・死亡保険金受取人変更の効力発生日は、保険契約者(事務委託会社含む)から引受け保険会社への必要書類発送日となります。 ・配偶者、子どもの死亡保険金受取人は本人(主たる被保険者)となります。												
型	2	3	4	5	6	7	8	9	10														本人の死亡保険金受取人は右記から選択できます。												
月額保険料	740	1,100	1,460	1,830	2,190	2,550	2,910	3,280	3,640																										

2 両親の介護の保障					
両親介護保障					
加入型					
型	4	5	6		
月額保険料	パンフレット参照	月額保険料	パンフレット参照	月額保険料	パンフレット参照

4 身の回りの事故の保障			
レジャー保障			
加入型			
本人型	A	B	C
月額保険料	220	440	660
家族型	D	E	F
月額保険料	350	680	1,020
賠償責任保障			
加入			
加入する			
月額保険料	200		

5 将来の備え(ゴールドプラン)  
今回の募集では  
加入いただけません。  
・本人以外で1236の保障に選択がなく、氏名、生年月日等のみ記入されている場合は当該者を加入申込み者として取扱いません。  
・年令条件を満たさない子どもの氏名が子ども欄に記入されている場合は「上記以外の子ども等その他家族」として取扱います。この場合、3死亡・高度障害の保障は加入申込みできません。

# ご加入に際しての重要なご確認事項(加入者告知事項)

表面および本裏面の★印の項目は、ご加入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、保険金や給付金をお支払いできないことがありますので十分に確認のうえご回答ください。

★健康状況告知書質問事項（中途加入・中途変更申込票兼告知票の表面<告知欄>右のA・B・Cいずれかの○印を記入のうえ、「申込印(告知印)欄」への押印によってご回答ください） | 当該告知に関しては、「今年度新規加入される方」および「今年度保障の増額・追加される方」についてのみおたずねしています。同条件で継続される方、解約(脱退)をされる方についてはご回答不要です。

## 注意事項 健康状況告知に際して事前にご確認いただきたいこと

新規・増額加入にあたっては以下注意点を ご確認いただき、中途加入・中途変更申込票兼告知票の表面<告知欄>右のA・B・Cいずれかの○印を記入のうえ、「申込印(告知印)欄」に押印のうえお申込みください。

- 健康状況告知の重要性**  
健康状況について告知いただく内容は、引受保険会社が公平な引受判断を行うための重要な事項です。必ず被保険者(保障の対象者)ご自身が、ありのままを正確に漏れなくお答えください。  
(注1)告知時における被保険者の年齢が満15歳未満の場合には、親権者のうちいずれかの方がお答えください。  
(注2)【損害保険部分のみ】被保険者が団体構成員のご家族(配偶者、本人および配偶者の子ども・両親・兄弟姉妹、本人と同居している親族)である場合は、団体構成員である方が被保険者に確認のうえ、被保険者に代わってお答えいただくことができます。
- 正しく告知されなかった場合の取扱**  
「健康状況告知書質問事項」について、故意または重大な過失によって事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合には、ご加入内容が解除となり、保険金・給付金をお支払いできないことがあります。
- 書面によるご回答のお願い**  
取扱代理店や保険会社の職員への口頭によるご回答では、健康状況を告知いただいたことにはなりません。必ず中途加入・中途変更申込票兼告知票の表面<告知欄>右のA・B・Cいずれかの○印を記入のうえ、「申込印(告知印)欄」への押印によってご回答いただきますようお願いいたします。
- 「健康状況告知書質問事項」に該当される場合**  
「健康状況告知書質問事項」に該当された場合、新規加入、保障の追加、保障の増額はお引受けできません。(同条件継続、解約(脱退)は可能です)
- 現在の契約を解約(脱退)し、新たなご加入を検討されている方へ**  
【損害保険部分のみ】現在の契約を解約(脱退)し、新たにご加入する場合も、新規にご加入される場合と同様に「健康状況告知書質問事項」にお答えいただく必要があります。したがって、「健康状況告知書質問事項」に該当される場合は新たなご加入ができなかったり、正しく告知されなかった場合にはご加入内容が解除または取消しとなる場合がありますのでご注意ください。  
※損害保険部分の詳細については、重要事項のご説明(注意喚起情報)をご覧ください。

- 6. 保険期間の開始前の発病等の取扱い**  
【死亡・高度障害保障(生命保険部分)】  
ご加入をお引受けした場合でも、高度障害については、効力発生日前に発生していた傷病を原因として高度障害状態となった場合は保障されません。なお、継続加入されている方で、保障額が前年度と今年度で異なっており、支払事由が前年度に発生していた場合は前年度の額で保障されます。  
【入院・手術保障・通院保障・後遺障害保障・休業保障・介護保障・両親介護保障(損害保険部分)】  
ご加入をお引受けした場合でも、ご加入時(★1)より前に発病した病气(★2)(発病日は医師の診断(★3)によります。)または発生した事故によるケガおよび要介護状態の原因となった事由が生じていた場合は、保険金をお支払いしません。このお取扱いは、健康状況の告知に誤りがない場合でも例外ではありませんので、ご注意ください。  
なお、「入院・手術保障・通院保障・後遺障害保障・休業保障・介護保障・両親介護保障」の継続加入である場合で、病気を発病した時またはケガの原因となった事故の発生の時が、その病気による疾病入院または先進医療・拡大治療・患者申出療養を開始された日(★4)や就業不能または要介護状態となられた日からご加入の継続する期間を遡及して5年以前であるときは、保険金をお支払いすることがあります。  
(★1) 疾病・先進医療・拡大治療・患者申出療養に伴う費用、就業不能または要介護状態を補償する契約に新規にご加入される場合は「この保険契約のご加入時(保険期間の開始時)」・疾病・先進医療・拡大治療・患者申出療養に伴う費用、就業不能または要介護状態を補償する契約に継続加入される場合は「継続加入してきた疾病・先進医療・拡大治療・患者申出療養に伴う費用、就業不能または要介護状態を補償する保険契約へのご加入時(保険期間の開始時)」をいいます。  
(★2) 入院または手術・先進医療・拡大治療・患者申出療養、就業不能、要介護状態の原因となった病气と医学上因果関係のある病气を含みます。  
(★3) 人間ドックや定期健康診断での指摘を含みます。  
(★4) 疾病入院保険金の支払を伴わない疾病手術保険金または放射線治療保険金の場合は、それぞれ「手術の開始時」、「放射線治療の開始時」に疾病入院が開始したものとみなします。  
【がん保障】  
ご加入をお引受けした場合でも、被保険者ががん保障の責任開始日の前日以前にがん(悪性新生物)の診断確定をうけている場合は、その事実の知・不知にかかわらず、当該がんに対する保険金などはお支払いいたしません。  
**7. その他ご留意いただく点**  
・ご加入のお申込み後または保険金のご請求の際、健康状況の告知内容について、確認させていただく場合があります。  
・「健康状況告知書質問事項」にご回答いただいた後に、万一、告知内容の漏れ、誤りに気づかれた場合は取扱代理店または引受保険会社までご連絡ください。お申し出内容によってはご契約をお引受けできなくなる場合があります。

## 質問事項A 死亡・高度障害保障は①～③について、入院・手術保障、通院保障、後遺障害保障、休業保障は①～⑤について、がん保障は①～⑥についてご回答ください。

ご回答が「はい」となる項目がある場合、新規加入、保障の増額・追加はできません。

死亡・高度障害保障〔生命保険〕	入院・手術保障、通院保障、後遺障害保障、休業保障、がん保障〔損害保険〕	
<b>①</b> 申込日(告知日)現在、以下に該当する事実がありますか。 ・健康上の理由等で就業制限(★1)を受けている【本人のみ】	<b>①</b> 同左	<b>補足説明</b>  ＊1 「就業制限」とは 勤務先または医師等により欠勤(公休・普通休暇等によるものを含む)を指示されている場合などをいいます。 ＊2 「医師の治療(指示・指導を含む)・投薬」とは (1)「治療」とは、投薬、注射、手術、放射線治療、心理療法、食事療法などを受けるために通院などをすることをいいます。(2)「指示・指導」とは、医師の診察・検査を受けた結果、再検査をすすめられること、治療・入院・手術をすすめられること、投薬、業務上の制限を受けることをいいます。(3)「検査」とは、医師の指示により受ける「再検査、精密検査」等であり、経過観察を含みます。医師の指示によらない「定期検査、定期健康診断」や保険契約の申込みにもなう医師の診査を含みません。定期健康診断や人間ドックを受検することを告知する必要はありませんが、再検査等の指示を受けたことは告知すべき「医師の指示」にあたります。(4)「投薬」には、「病気の治療等ではなく、健康増進のための服用(ビタミン剤等)」や「医師に処方されていない市販の薬(かぜ薬、胃腸薬等)の服用」は含みません。 ＊3 「2週間以上にわたり」とは 病気で、医師の治療(指示・指導を含む)・投薬を受け、転院・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間が2週間以上の場合をいいます。(実際の治療日数ではありません。)たとえば、受診は2日でも、その間が2週間以上の場合や、合計2週間分以上の投薬を受けた場合は、「2週間以上」となります。 ＊「終診」とは、医師から次回通院、入院、手術、再検査等の指示や投薬を受けなかったことをいいます。(治療の必要はないが、定期的に経過観察(診察・検査)の必要があると医師から指示を受けている状態は、終診には該当しません。) ＊4 「がん」とは 癌(ガン)、肉腫、白血病、悪性リンパ腫または骨髄腫をいいます。 告知の対象外となる病名・症状 (1)入院がなく一過性の症状の場合：感冒(かぜ)・インフルエンザ・アトピー性皮膚炎・湿疹(ニキビ・吹き出物)・水虫・虫歯・菌の治療・花粉症・アレルギー性鼻炎・巻き爪・食中毒・ものもらい・斜視・結膜炎 (2)ケガ (3)手術を受けて完治した場合：虫垂炎のみ
<b>②</b> 申込日(告知日)から過去3か月以内に、以下に該当する事実がありますか。 ・医師の治療(指示・指導を含む)・投薬(★2)を受けた。	<b>②</b> 同左	
<b>③</b> 申込日(告知日)から過去1年以内に、以下のいずれかに該当する事実がありますか。 ・病気で手術を受けた。 ・病気で継続して2週間以上の入院をした。 ・病気で2週間以上にわたり(★3)医師の治療(指示・指導を含む)・投薬(★2)を受けた。	<b>③</b> 同左	
<b>④</b> 申込日(告知日)から過去5年以内に、以下に該当する事実がありますか。 ・がん(★4)または上皮内新生物により医師による手術、または医師の治療(指示・指導を含む)・投薬(★2)を受けた。	<b>④</b> 申込日(告知日)現在妊娠しており、かつ、以下に該当する事実がありますか。【女性の方のみ】 ・これまでに帝王切開による手術を受けたことがある。 がん保障の場合、以下が追加されます。	
<b>⑤</b> これまでに、医師に以下のいずれかと診断されたことがありますか。 ・がん ・上皮内新生物 ・上皮内癌 ・CIS ・CIN3 ・子宮頸部の高度異形成	<b>⑤</b> これまでに、医師に以下のいずれかと診断されたことがありますか。 ・がん ・上皮内新生物 ・上皮内癌 ・CIS ・CIN3 ・子宮頸部の高度異形成	
<b>⑥</b> これまでに、医師に以下のいずれかと診断されたことがありますか。 ・がん ・上皮内新生物 ・上皮内癌 ・CIS ・CIN3 ・子宮頸部の高度異形成	<b>⑥</b> これまでに、医師に以下のいずれかと診断されたことがありますか。 ・がん ・上皮内新生物 ・上皮内癌 ・CIS ・CIN3 ・子宮頸部の高度異形成	

## 質問事項B 介護保障、両親介護保障について、下記①～④にご回答ください。

ご回答が「はい」となる項目がある場合、新規加入、保障の増額・追加はできません。

<b>①</b> 次のいずれかの項目に該当していますか。 (1)歩行、寝返り、立ち上がり、入浴、排せつ、食事および衣類の着脱のいずれかの行為の際に、他人の介護が必要である。 (2)公的介護保険制度において要介護認定申請をしたことがある。	<b>&lt;病名・症状の一覧&gt;</b> <b>脳血管系の病气等</b> ●脳卒中(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞(脳血栓、脳塞栓、脳軟化)等) ●脳虚血発作(一過性脳虚血発作(TIA)、可逆性虚血性神経障害(RIND)等) ●脳動脈瘤 ●脳動静脈奇形 ●眼底出血＊(網膜出血、硝子体出血、網膜中心静脈閉塞症等) ＊外傷性を除きます。 <b>心臓系の病气等</b> ●虚血性心疾患(狭心症、心筋梗塞等) ●不整脈＊(心室細動、心房細動、心室頻拍、期外収縮等) ＊治療や経過観察を必要としない不整脈を除きます。 ●心臓弁膜症(僧帽弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、大動脈弁狭窄症、大動脈弁閉鎖不全症等) ●心内膜炎 ●冠不全 ●心肥大(心室肥大等) ●心不全 ●心筋症 ●大動脈瘤 <b>呼吸器系の病气等</b> ●肺塞栓症(肺梗塞等) ●慢性閉塞性肺疾患(COPD) ●肺炎腫 ●肺線維症 ●気管支喘息＊ ＊終診した小児喘息を除きます。 ●塵肺(珪肺症、アスベスト肺症等) <b>腎臓系の病气等</b> ●慢性腎炎(増殖性腎炎、膜性腎症、IgA腎症等) ●腎不全 ●ネフローゼ症候群 ●人工透析治療を要するその他の腎臓疾患 <b>肝臓系の病气等</b> ●肝硬変 ●肝不全 ●慢性肝炎 ●B型肝炎＊ ●C型肝炎＊ ＊ウイルスキャリア(感染者)を含みます。 <b>筋・骨格系の病气等</b> ●筋ジストロフィー症 ●骨髄炎 ●骨粗しょう症 <b>悪性新生物</b> ●悪性新生物(ガン、肉腫、白血病、悪性リンパ腫、骨髄腫)＊ ＊上皮内新生物は含みません。 <b>その他</b> ●糖尿病(インシュリンの投与を受けている場合に限ります。) ●頭部外傷(後遺障害があると診断された場合に限ります。) ●膠原病(関節リウマチおよびリウマチ性疾患を含みます。) ●アルツハイマー病 ●レビー小体病 ●ピック病 ●アルコール依存症 ●薬物依存症 ●早老症(ワエルナー症候群等) ●閉塞性動脈硬化症(ASO) ●正常圧水頭症 ●シェーグレン症候群 ●成人スティル病 ●アレルギー性肉芽腫血管炎 ●側頭動脈炎 ●抗リン脂質抗体症候群 ●好酸球性筋膜炎 ●厚生労働省指定の公費助成対象の難病(告知日時点における特定疾患治療研究事業の対象として公費助成の対象となる難病をいい、難病の患者に対する医療等に関する法律(難病法)において規定する指定難病を含みます。具体的な病名は「難病情報センター」のホームページ(http://www.nanbyou.or.jp)等でご確認いただけます。これらの難病と診断された方は、都道府県への申請により医療受給者証の交付を受けることができますが、交付を受けていなくても告知の対象となりますので、ご注意ください。) ＊上記記載の病名・症状に該当するか等、ご不明な点がある場合には、取扱代理店または引受保険会社までご照会ください。「診断名」が明確でない場合は、主治医等にあらかじめご確認のうえ、ご照会ください。
--	--

★職種級別について			損害保険に関する質問事項		
ご家族(配偶者、子ども、同居の親族)または別居の両親がご加入される場合、ご加入されるご家族の職種級別を告知いただくことが必要です。募集パンフレットをご参照いただき、該当する職種級別に応じて中途加入・中途変更申込票兼告知票の職種級別欄および下欄に下記の要領でご記入ください。 【例1】職種級別Aに該当する場合…職種級別欄に「A」と記入。(下欄へのご記入は不要です。) 【例2】職種級別Bに該当する場合…職種級別欄に「B」と記入。下欄に該当のご家族の氏名・ご職業を記入。 【例3】特別危険率率に該当する場合…職種級別欄に「特」と記入。下欄に該当のご家族の氏名・ご職業を記入。 ※職種級別欄への記入がない場合は職種級別Aと告知されたものとみなします。					
氏名	職業	氏名	職業	氏名	職業
1		3			
2		4			

★他の保険契約等について					損害保険に関する質問事項		
被保険者(保障の対象者)についておたずねします。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・所得補償保険・共済契約等をいい、いずれも積立保険を含みます。)がありますか。 ※ご記入のない場合、「なし」と回答したものとみなします。 ※他の保険会社等による契約を含み、自動車保険、死亡した場合に保険金を支払う生命保険は含みません。							
被保険者氏名	保険種類	死亡・後遺障害保険金額	入院保険金日額	通院保険金日額	あり		
		万円	円	円			
		万円	円	円			
		万円	円	円			

保険金請求歴について					損害保険に関する質問事項		
被保険者(保障の対象者)についておたずねします。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・所得補償保険・共済契約等をいい、いずれも積立保険を含みます。)で過去3年以内に合計して5万円以上保険金を請求または受領されたことがありますか。 ※他の保険会社等における保険金請求を含みます。							
被保険者氏名	保険会社	回数	合計金額	あり			
		回	円				
		回	円				
		回	円				

## その他の事項

- ・マイライフプランは複数の生命保険と損害保険を組み合わせた保障制度です。加入情報を一元的に管理し、円滑な制度運営を行うために、各保障コースへの加入内容すべてについて、各引受幹事会社および取扱代理店に提供することがあります。
- ・マイライフプランの幹事会社は以下のとおりです。  
生命保険(幹事会社)：日本生命保険相互会社 損害保険(幹事会社)：三井住友海上火災保険株式会社  
日本生命保険相互会社、三井住友海上火災保険株式会社双方が事務取扱に必要な範囲で互いの加入内容を知り得ることがありますが、それぞれの保険申込みの目的以外では、当該情報を一切使用しません。特段のお申し出のない限り同意いただいたものとさせていただきますので、ご了承ください。
- ・生命保険部分の正式名称は、死亡・高度障害の保障：団体定期保険、ゴールドプラン：拠出型企業年金保険です。
- ・損害保険部分については、募集パンフレットをご覧ください。