

団体所得補償 加入依頼書				加入依頼日			令和 年 月 日											
加入者 ご氏名 <small>【保険の対象となる方 (被保険者) / ご署名 (自署)】</small>	フリガナ		性別	*生年月日			【ご加入時の同意内容について】 私と被保険者（保険の対象となる方）全員は、以下の事項について確認・同意のうえ、加入を依頼します。 ①私が契約者である企業または団体の構成員であること。 ②重要事項説明書の内容 ③重要事項説明書添付の「ご加入内容確認事項」の内容 ④重要説明書記載の「個人情報の取扱いに関するご案内」の内容 ⑤「告知の大切さに関するご案内」の内容 *または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅延なく代理店または東京海上日動にご連絡下さい。ご連絡がない場合はお支払する保険金が削減されることがありますのでご注意ください。											
	姓	名		男・女	昭・平	年				月	日							
ご住所		〒□□□□-□□□□ フリガナ	他の保険契約等* ※1			あり ※1 他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払い責任が同じである保険契約または共済契約をいいます。)がある場合には○をし、下記に詳細をご記入ください。												
電話番号			職種・職務* 下記コードに一貫を参照し、あてはまるものに○をつけてください。							「990その他」の場合のみ具体的に記入ください。								
勤務先名																		
社員コード																		
事業所コード		満年齢 (2025年2月1日時点)	歳	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">職業・職務</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>010 事務職</td> <td>060 建設作業員</td> </tr> <tr> <td>020 営業職</td> <td>070 家事従事者</td> </tr> <tr> <td>030 自動車運転者</td> <td>080 学生</td> </tr> <tr> <td>040 運転従事者</td> <td>090 無職</td> </tr> <tr> <td>050 金属製造加工作業員</td> <td>990 その他</td> </tr> </tbody> </table>			職業・職務		010 事務職				060 建設作業員	020 営業職	070 家事従事者	030 自動車運転者	080 学生	040 運転従事者
職業・職務																		
010 事務職	060 建設作業員																	
020 営業職	070 家事従事者																	
030 自動車運転者	080 学生																	
040 運転従事者	090 無職																	
050 金属製造加工作業員	990 その他																	
【補償の重複に関するご注意】 被保険者またはそのご家族が、ほかに同種のご契約をされているとき等、補償範囲が重複することがあります。				加入 入口 数	<table border="1"> <tr> <td>口</td> </tr> </table>			口	※事務職・記者(競争通信員は除く。)カメラマン(映写技師、助手等を除く。)の方は1級となります。通信設備の操作・電気照明装置の据付・保守等に従事されるかたは2級となります。それ以外のの方は代理店または東京海上日動にお申し出ください。									
口																		
健康状態告知の内容、ご加入時の同意内容について、確認・同意します。				告知日 (ご記入日)			被保険者本人 (自署)											
令和 年 月 日				基本 級別			級											

質問 1	質問 2	質問 3										
●告知日(ご記入日)現在、病気やケガで入院中、または入院が手術をすすめられていますか。	●告知日(ご記入日)より過去1年以内に病気で、継続して10日以上入院をしたことがありますか。	告知日 (ご記入日) より過去2年以内に ●「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気 (アルコール・薬物依存を含む)」と医師に診断されたことがありますか。 ●「がん」、「上皮内がん」または「精神の病気 (アルコール・薬物依存を含む)」のため、医師から検査(注)・治療(投薬の指示を含みます)を受けるように指導されたことがありますか。 (注) 検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「あり」となります。 ※「がん」または「上皮内がん」に含めて告知いただきたい病気の例										
<table border="1"> <tr> <td>★あり</td> <td>なし</td> <td>⇒</td> <td>質問2へ</td> </tr> </table>	★あり	なし	⇒	質問2へ	<table border="1"> <tr> <td>★あり</td> <td>なし</td> <td>⇒</td> <td>質問3へ</td> </tr> </table>	★あり	なし	⇒	質問3へ	<table border="1"> <tr> <td>★一つ以上あり</td> <td>全てなし</td> </tr> </table>	★一つ以上あり	全てなし
★あり	なし	⇒	質問2へ									
★あり	なし	⇒	質問3へ									
★一つ以上あり	全てなし											
申しございませんが お引受けできません。		お引き受けできます。上記枠内にご署名ください。										

●ご記入くださる方のみ。	他の保険契約等※3 具体的な内容をご記入ください。				
	被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日 (補償の満了する日)	保険金額・支払限度額 (ご契約金額) (万円)

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項（告知事項）ですので、正確に記載してください。お答えいただいた内容が事実と異なる場合や告知事項について事実を記載しない場合は、ご加入を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅延なく代理店または東京海上日動にご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減されることがありますので、ご注意ください。

	所得補償
生年月日	★
職業・職務	☆
他の保険契約等	★
健康状態告知	★