

NTTグループ団体定期保険加入(変更)申込書兼告知書

第一生命提出用

第一生命保険株式会社(事務幹事会社)御中

・全ての加入者は、パンフレットの内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を了承し、申込書記載の事項及び告知欄記載の事項は、事実と相違ないことを誓約のうえ申込みます。また、パンフレットに記載の【意向確認のお願い】により、商品内容が自身の意向に沿ったものであることを確認のうえ申込みます。
 ・パンフレット記載の個人情報の取扱について受取人と共に同意します。

組織コード	支店コード	会社名・部課名・担当名	氏名コード

① **ご本人様** ◎4枚目の申込書入力例にしたがってご入力願います。

区分	今回お申出内容				
0	①新規加入 ④変更				
被保険者(加入者)カナ氏名					
印刷後に必ず押印ください 申込(了承・同意)印					
※カタカナでご入力ください					
性別	年号	生	年	月	日
		年			
↑ 3. 昭和 4. 平成					
1. 男 2. 女					

主契約新保険金額
0 百万 万円 0

↑ (保険金額は下記金額よりお選びください。単位:万円)

3,000	2,700	2,500	2,400	2,200	2,000	1,700
1,500	1,400	1,200	1,000	900	800	700
600	500	400	300	200	100	50

死亡保険金受取人(注)		
カナ氏名	続柄コード	受取割合
1	※カタカナでご入力ください	0:0 %
2	※カタカナでご入力ください	0:0 %

※続柄コードは下の表よりお選びください。
 ※新規加入の場合で、死亡保険金受取人欄が未入力の場合は、約款順位に従って指定されたものとみなします。

01 夫	05 祖父	40 孫
02 妻	06 祖母	70 約款順位
03 父	10 子ども	90 法定相続人
04 母	20 兄弟姉妹	

約款順位
 団体定期保険普通保険約款の定めにより、配偶者、子、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位とします。

ご本人様 告知欄

右記について告知します。
 ※1または2のいずれかにチェック。
 1 該当なし
 ※「団体定期保険被保険者告知書」のご提出は不要です。
 2 該当あり
 別紙「団体定期保険被保険者告知書」を提出します。

【「新規加入・加入内容変更」の方へ】
 ・3枚目の「入力(記入)される際のご注意について」をご覧のうえ、□の箇所をご入力、押印ください。
 ・ご入力内容を変更(訂正)される場合は、該当箇所を二重線で抹消し、申込(了承・同意)印と同一印で訂正印を押印のうえ、変更(訂正)内容をご記入ください。

※必ずご入力ください。

申込日(告知日)	和暦	年	月	日

新規加入・増額の場合、告知事項の5項目を確認のうえ、次のとおりお手続きください。
 全て該当しない場合
 ⇒「1 該当なし」にチェック
 1つでも該当する場合
 ⇒「2 該当あり」にチェックし、
 さら保険サービス(株)に連絡し「団体定期保険被保険者告知書」を入手、記入のうえ本申込書とともに提出願います。
 ※減額・脱退の場合、チェックは不要です。

告知事項

- 告知日から過去3ヶ月以内に医師の治療(指示・指導を含む)・投薬をうけたことがありますか。
- 告知日から過去1年以内に病气やけがで手術をうけたことがありますか。
- 告知日から過去1年以内に病气やけがで継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。
- 告知日から過去1年以内に病气やけがで2週間以上にわたり医師の治療(指示・指導を含む)・投薬をうけたことがありますか。
- 視力・聴力・言語・そしゃくの機能に障害がありますか。手・足・脊柱などの欠損、変形または機能に障害がありますか。

(注) 死亡保険金受取人が前回と相違するときは、パンフレットに記載の責任開始日より本申込書にご入力を受取人に変更します。

パンフレットの内容(契約概要、注意喚起情報、個人情報の取扱等)を了承し同意されて引受保険会社にご提出いただいておりますので、ご契約の成立・不成立に関わらず書類の返却はいたしません。

ご注意 ※既に入力されている方
 1. 特にお申出のない場合は「現在ご加入保険金額」で自動継続します。(保険制度が解散となった場合を除く)
 2. 非組合員から組合員になられた方は、加入資格がなくなりますので直後に到来する更新日(5月1日)以降の継続はできません。「今回お申出内容」欄の4に○印をつけて「主契約新保険金額」欄に「解約」とご記入のうえ、ご提出願います。

② **配偶者様** ◎配偶者様だけのご加入はできませんので必ずご本人様とのセットでお申込みください。
 ◎配偶者様の保険金額は1,000万円かつご本人様の保険金額の範囲内でお申込みください。

区分	今回お申出内容				
1	①新規加入 ④変更				
被保険者(加入者)カナ氏名					
印刷後に必ず押印ください 申込(了承・同意)印					
※カタカナでご入力ください					
性別	年号	生	年	月	日
		年			
↑ 3. 昭和 4. 平成					
1. 男 2. 女					

主契約新保険金額
0 百万 万円 0

↑ (保険金額は下記金額よりお選びください。単位:万円)

1,000	700	500	400	300	200	100	50
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

死亡保険金受取人(注)		
カナ氏名	続柄コード	受取割合
1	※カタカナでご入力ください	0:0 %
2	※カタカナでご入力ください	0:0 %

※続柄コードは上のご本人様欄の表よりお選びください。
 ※新規加入の場合で、死亡保険金受取人欄が未入力の場合は、約款順位に従って指定されたものとみなします。

配偶者様 告知欄

右記について告知します。
 ※1または2のいずれかにチェック。
 1 該当なし
 ※「団体定期保険被保険者告知書」のご提出は不要です。
 2 該当あり
 別紙「団体定期保険被保険者告知書」を提出します。

◎厚生事務担当からの依頼事項

必ず連絡先を入力ください。申込内容について事務代行会社からの確認等に使用します。

日中連絡先(携帯)	—	—
TEL(会社)	—	—
自宅住所	〒	

※上記の白ヌキ部分について入力もれがないかご確認ください。

加入申込書のご提出にあたってのお願い

- ◎本加入申込書控は制度内容に関するパンフレット（契約概要・注意喚起情報を含みます）とともに大切に保管願います。
なお、お申込みいただいてもご加入・増額ができない場合があります。
- ◎保障内容等、ご加入内容の詳細につきましては制度内容に関するパンフレット（契約概要・注意喚起情報を含みます）にてご確認ください。
- ◎ご家族の方にもこの保険の内容についてあらかじめご説明ください。

保険金等のご請求手続きについて（保険金等をもれなくご請求いただくために）

団体保険の保険金等のご請求は、保険契約者を通じてのお手続きとなります。

ご加入内容から、お支払事由に「該当するのでは？」と思われる場合には、保険契約者の事務担当者様経由、ご請求手続きをおとりください。

また、ご不明な点がございましたら、保険契約者の事務担当者様にご確認いただくか、第一生命へご照会ください。

第一生命では、団体保険におけるご請求手続きに関する留意事項やお支払いできる場合、お支払いできない場合の具体的事例などをご案内した「団体保険における保険金・給付金のお支払いについて」をホームページに掲載しております。

保険契約者向けに作成しておりますが、保険金等をもれなくご請求いただくために、被保険者様およびそのご家族の方もぜひご覧ください。

（第一生命ホームページ <https://www.dai-ichi-life.co.jp/>）

他の保険契約へのご加入がある場合、そのご契約の保障内容をご確認いただき、お支払事由に該当する場合には別途お手続きをおとりください。

第一生命保険株式会社 団体保障事業部 TEL：0120-709-471（団体保険総合受付フリーダイヤル）
受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

入力(記入)される際のご注意について

当申込書は新規加入・保険金額等の変更(訂正)の場合に、ご提出ください。既に入力されている方で変更(訂正)のない場合は、ご提出の必要はありません。
 なお、「申込日(告知日)」、「組織コード」、「支店コード」、「会社名・部課名・担当名」、「氏名コード」、「被保険者(加入者)氏名」、「申込印」、「性別」、「生年月日」欄については必ずご入力または記入(申込印は必ず押印)いただく項目、「今回お申出内容」、「主契約新保険金額」、「死亡保険金受取人」、「告知欄」については、下記(1)～(7)のケースに応じてご入力または記入いただく項目となります。

1. 申込書白抜き部分の欄は、もれなくご入力(記入)願います。ご入力(記入)内容を変更(訂正)される場合は、該当箇所を二重線で抹消し、申込(了承・同意)印と同一印で訂正印を押印のうえ、変更(訂正)内容をご記入ください。

- (1) 新規加入のとき …………… 「主契約新保険金額」、「死亡保険金受取人」欄をご入力願います。
 「告知事項」をよくお読みのうえ、告知欄の1または2にチェックしてください。
 「2」にチェックの場合は、別紙「団体定期保険被保険者告知書」をご提出ください。
 「団体定期保険被保険者告知書」はきさら保険サービス(株)へ連絡のうえお取寄せください。
 ※新規加入される方は、告知の対象となります。
- ※(2)～(7)は既に入力されている方のみ
- (2) 保険金額を増額するとき …………… 「今回お申出内容」欄の「④変更」に○印をつけ、「主契約新保険金額」欄に増額後の保険金額をご入力(記入)願います。
 「告知事項」をよくお読みのうえ、告知欄の1または2にチェックしてください。
 「2」にチェックの場合は、別紙「団体定期保険被保険者告知書」をご提出ください。
 その他訂正(変更)がある場合には、訂正(変更)箇所をご入力(記入)ください。
 「団体定期保険被保険者告知書」はきさら保険サービス(株)へ連絡のうえお取寄せください。
 ※保険金額を増額される方は、告知の対象となります。
- (3) 保険金額を減額するとき …………… 「今回お申出内容」欄の「④変更」に○印をつけ、「主契約新保険金額」欄に減額後の保険金額をご入力(記入)願います。その他訂正(変更)がある場合には、訂正(変更)箇所をご入力(記入)ください。
 ※告知の対象外となります。
- (4) 継続を希望しないとき …………… 「今回お申出内容」欄の「④変更」に○印をつけ、「主契約新保険金額」欄に「解約」とご記入願います。また、ご本人様が解約(脱退)の場合、配偶者様も同時に解約(脱退)となります。
 ※告知の対象外となります。
- (5) 既加入者のうち非組合員から組合員になられたとき(脱退扱い) …………… 「今回お申出内容」欄の「④変更」に○印をつけ、「主契約新保険金額」欄に「解約」とご記入願います。当該異動により加入資格がなくなりますので直後に到来する更新日(5月1日)以降の継続はできません。また、配偶者様も同時に脱退になります。
 ※告知の対象外となります。
- (6) 同額で継続するとき …………… この申込書のご提出は不要です。
- (7) 死亡保険金受取人のみ変更(訂正)するとき …………… 「今回お申出内容」欄の「④変更」に○印をつけ、「死亡保険金受取人」欄をご入力(記入)ください。
 ※必ず「死亡保険金受取人氏名」、「続柄コード」、「受取割合」欄をご入力(記入)ください。
 ※死亡保険金受取人変更のみの方は、告知の対象外となります。

2. 死亡保険金受取人について

- (1) 死亡保険金受取人が前回と相違するときには、パンフレットに記載の責任開始日より本申込書に記載の受取人に変更します。

①受取人が1名の場合	②受取人が2名の場合
受取割合(100%)	受取割合(100%)
1 0 0	0 5 0
	0 5 0

※受取割合の合計が100%となるようご入力ください。

- (2) 死亡保険金受取人の指定がない場合

- ア. 「新規加入」の場合…………… 配偶者・子・父母・祖父母・兄弟姉妹の順位(約款順位)に従って指定されたものとみなします。
- イ. 「保険金額変更」の場合…………… 前回の受取人を今回申込みの主契約新保険金額の受取人として指定されたものとみなします。

- (3) 受取割合は、合計100%となるようにご入力(記入)願います。なお、受取割合が前回と相違しているときは今回申込みの受取割合に変更いたします。

- (4) 原則、受取人に第三者を指定することはできません。

一生計を一にする配偶者・同性パートナーについて

死亡保険金受取人につきまして、生計を一にする配偶者・同性パートナー様を指定されたい場合は、別途必要書類等がありますので、きさら保険サービス(株)へお問合わせ願います。また、配偶者様として生計を一にする配偶者・同性パートナー様のご加入を希望される場合についても、別途必要書類等がありますので、きさら保険サービス(株)へお問合わせ願います。

※必要事項のご入力(記入)が完了しましたら、連絡先をご入力(記入)のうえ「第一生命提出用」をパンフレット表紙に記載の申込書提出先に提出してください。

一告知に関する注意事項

告知事項下線部分について

□「指示・指導」とは：医師の診察・検査をうけた結果更に検査をすすめられること、治療・投薬・入院・手術をすすめられること、日常生活指導・勤務上の制限・アドバイス等をうけることをいいます。

□「2週間以上にわたり」とは：一連の病気やけがで、医師の治療(指示・指導を含みます)や投薬をうけ、転院・転科を含め、初診から終診までの継続加療期間をいいます。(実際の診察日数ではありません。)

※以下については、告知の対象外となります。

- (1) 入院のない場合：風邪・インフルエンザ・じんましん・アトピー性皮膚炎・湿疹・虫歯・歯の治療・花粉症・アレルギー性鼻炎
 (2) 入院がなく完治した場合：四肢のねんざ・骨折
 (3) 手術をうけて完治した場合：虫垂炎

■告知の記入に関してご不明な点がある場合は、以下の照会先へご照会ください。

第一生命保険株式会社 団体保障事業部 TEL：0120-005-328 (団体保険総合受付フリーダイヤル)
 受付時間 9：00～17：00 (土・日・祝日・年末年始を除く)

