

記入する日をご記入ください。

あらかじめ定められた番号
(コード)をご記入ください。

加入、保険金に変更される日をご記入ください。

ご契約時または改印届済の印鑑と
同一印を押印してください。

【全員加入型・連記・汎用】
新型医療保障保険（団体型）
無配当新型医療保障保険（団体型） **加入申込書兼告知書**

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

下記の「加入（変更）日」から効力が発生することを承知のうえ被保険者の同意を得て、本申込をいたします。新規加入または増額の申込者は、本保険契約の加入資格を有しており、この申込書兼告知書に記載の事項および告知した事項は、事実と相違ありません。また申込日から加入（変更）日まで健康状態に変化が生じた場合は、改めて告知をいたします。もし上記に相違した場合は、契約またはその一部が解除されても異議ありません。

★加入対象者の同意事項【同意いただける場合は「同意・告知印」欄に押印願います。】
 つぎに記載の個人情報の取り扱いについて保険金受取人とともに承知するとともに、告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げられたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧められたことはなく、告知事項は事実と相違ないことを誓約のうえ本保険契約に加入することに同意します。また、一般社団法人生命保険協会加盟の生命保険会社が、（無配当・新型）医療保障保険（団体型・個人型）契約の引受判断の参考とすることを目的として、本契約の被保険者名、入院日額等の登録事項が一般社団法人生命保険協会に登録されることに同意します。

《個人情報の取り扱い》-保険契約者および生命保険会社からのお知らせ
 当該保険制度の運営にあたり、保険契約者は加入対象者（被保険者）の個人情報（氏名、性別、生年月日、健康状態等）以下、個人情報を取り扱い、保険契約を締結する生命保険会社（共同取扱会社を含みます。以下同じ。）へ提出いたします。また、保険契約者は、当該保険制度の運営において入手する個人情報を、事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供・ご契約の維持管理、③生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用（注）し、また、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引続き保険契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報を取り扱われます。また、引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。

（注）保健医療等の機微（センシティブ）情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

死亡保険金受取人の個人情報の取り扱いについて
 指定された死亡保険金受取人（以下、受取人）の個人情報については、加入対象者（被保険者）の個人情報と同様に取り扱われますので、お申込みにあたっては、受取人にその旨をご説明いただき、個人情報の取り扱いについての同意を取得してください。

申込日（告知日） **2014年4月22日**

商品	ご契約番号（右詰め）	管理番号1（右詰め）	管理番号2（右詰め）	管理番号3（右詰め）	加入（変更）日（西暦）
88	12345				2014051

申込区分	被保険者番号 (右詰め)	被保険者名 (姓) (名)	性別	生年月日				申込日額・保険金額			保険金受取人 ※死亡保険のないご契約の場合、 ご記入は不要です。	続柄	同意・告知印 ★参照	健康状態 の告知	備考	退区分
				年号	年	月	日	入院給付金日額 (円)	傷病一時給付金 基本給付金額(円)	死亡保険金額 (万円)						
1	① 新規加入	ナカムラ	①男	3	5	0	4	2	50000	300000	100000	ナカムラ	1	ナカムラ	あり	
	② 変更同額継続	中村	2女	4	5	0	4	2	50000	300000	100000	中村	1	中村	なし	
2	① 新規加入	マイ	①男	3	3	7	2	8	50000	300000	100000	マイ	3	マイ	あり	
	② 変更同額継続	松井	2女	4	3	7	2	8	50000	300000	100000	松井	3	松井	なし	
3	① 新規加入	タナカ	①男	3	4	1	8	12	100000	500000	100000	タナカ	3	タナカ	あり	
	② 変更同額継続	田中	2女	4	4	1	8	12	100000	500000	100000	田中	3	田中	なし	
4	① 新規加入		①男	3					00000	000000	000000			印	あり	
	② 変更同額継続		2女	4					00000	000000	000000			印	なし	
5	① 新規加入		①男	3					00000	000000	000000			印	あり	
	② 変更同額継続		2女	4					00000	000000	000000			印	なし	
小計				名	3	円	20,000	円	110,000	万円	30					
合計				名	3	円	20,000	円	110,000	万円	30					

営業部門受付日 本社受付日

（ 1 / 1 ） 枚 枚中

ジブラルタ生命保険株式会社

S全保-771(1404)

「新規加入」の場合、被保険者番号は、記入をお願いしたご契約の場合にご記入ください。
 「変更・同額継続」の場合は、被保険者名簿を参照のうえご記入ください。

ご提出いただく枚数
をご記入ください。

あらかじめ定められた
保険金額の中から選択
の上、ご記入ください。

「死亡保険金受取人」をご記入ください。続柄は下記コードから選択してください。なお、お申込区分が「変更同額継続」の方で同時に保険金受取人の変更を行う場合は、別途「保険金受取人変更通知書」をご提出ください。

被保険者が加入内容をご確認
のうえ、押印してください。

【告知事項に該当のない方】
「なし」を○で囲んでください。
 【告知事項に該当のある方】
「あり」を○で囲み、別途「被保険者の告知書」をご提出ください。

新型医療保障保険(団体型) 加入申込書兼告知書

白く抜いてある項目に記入・押印ください。

ジブラルタ生命保険株式会社 御中

下記の「加入(変更)日」から効力が発生することを承知のうえ被保険者の同意を得て、本申込をいたします。新規加入または増額の申込者は、本保険契約の加入資格を有しており、この申込書兼告知書に記載の事項および告知した事項は、事実と相違ありません。また申込日から加入(変更)日までに健康状態に変化が生じた場合は、改めて告知をいたします。もし上記に相違した場合は、契約またはその一部が解除されても異議ありません。

★加入対象者の同意事項【同意いただける場合は「同意・告知印」欄に押印願います。】

つぎに記載の個人情報の取り扱いについて保険金受取人とともに承知するとともに、告知に際し生命保険会社の職員・代理店・団体の事務担当者から事実を告知することを妨げられたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧められたことはなく、告知事項は事実と相違ないことを誓約のうえ本保険契約に加入することに同意します。また、一般社団法人生命保険協会加盟の生命保険会社が、(無配当・新型)医療保障保険(団体型・個人型)契約の引受判断の参考とすることを目的として、本契約の被保険者名、入院日額等の登録事項が一般社団法人生命保険協会に登録されることに同意します。

《個人情報の取り扱い》-保険契約者および生命保険会社からのお知らせ-

当該保険制度の運営にあたり、保険契約者は加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)(以下、個人情報)を取り扱い、保険契約を締結する生命保険会社(共同取扱会社)を含みます。以下同じ。)へ提出いたします。また、保険契約者は、当該保険制度の運営において入手する個人情報を、事務手続きのため使用いたします。生命保険会社は受領した個人情報を、①各種保険契約の引受け・継続・維持管理、保険金・給付金等の支払、②関連会社・提携会社等を含む各種商品・サービスのご案内・提供・ご契約の維持管理、③生命保険会社の業務に関する情報提供・運営管理、商品・サービスの充実、④その他保険に関連・付随する業務のために利用(注)し、また、保険契約者、他の生命保険会社および再保険会社に上記目的の範囲内で提供します。なお、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、引き続き保険契約者および生命保険会社においてそれぞれ上記に準じ個人情報が取り扱われます。また、引受保険会社は、今後、変更する場合がありますが、その場合、個人情報は変更後の引受保険会社に提供されます。

(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、利用目的が限定されています。

死亡保険金受取人の個人情報の取り扱いについて

指定された死亡保険金受取人(以下、受取人)の個人情報については、加入対象者(被保険者)の個人情報と同様に扱われますので、お申込みにあたっては、受取人にその旨をご説明いただき、個人情報の取り扱いについての同意を取得してください。

契約者	団体名	
	代表者	届出印

告知事項

<健康状態の告知>

(1)最近3カ月以内に医師の診察・検査(妊娠による定期検査を含みます)・治療(指示・指導を含みます)・投薬を受けたことがありますか。

(2)過去5年以内に病気やけがで手術を受けたこと、または継続して7日間以上(*)にわたり医師の診察・検査・治療(指示・指導を含みます)・投薬を受けたことがありますか。

(3)手・足の欠損または機能に障害がありますか。また、背骨(脊柱)、視力、聴力、言語、そしゃく機能に障害がありますか。

※「あり」の場合は別途「被保険者の告知書」をご提出ください。(未成年者の場合は親権者が加入同意のうえ告知してください。)

(*)「7日間以上」とは、転医、転科を含め初診から終診までの継続加療期間で、医師の管理下にあった期間をいいます。(実際の診療日数ではありません。)

申込日(告知日) 年 月 日

商品	ご契約番号(右詰め)	管理番号1(右詰め)	管理番号2(右詰め)	管理番号3(右詰め)	加入(変更)日(西暦)
					年 月 日

申込区分	被保険者番号 (右詰め)	被保険者名 (姓) (名)	性別	生年月日				申込日額・保険金額			保険金受取人 ※死亡保障のないご契約の場合、 ご記入は不要です。	続柄	同意・告知印 ★参照	健康状態 の告知	個有無	退区分
				年号	年	月	日	入院給付金日額 (円)	傷病一時給付金 基本給付金額(円)	死亡保険金額 (万円)						
1 ① 新規加入 ② 変更同額継続		かがき 漢字	1:男 2:女	3:昭和 4:平成				+	万		かがき 漢字	印	あり なし			
								0 0 0	0 0 0 0 0							
2 ① 新規加入 ② 変更同額継続		かがき 漢字	1:男 2:女	3:昭和 4:平成				+	万		かがき 漢字	印	あり なし			
								0 0 0	0 0 0 0 0							
3 ① 新規加入 ② 変更同額継続		かがき 漢字	1:男 2:女	3:昭和 4:平成				+	万		かがき 漢字	印	あり なし			
								0 0 0	0 0 0 0 0							
4 ① 新規加入 ② 変更同額継続		かがき 漢字	1:男 2:女	3:昭和 4:平成				+	万		かがき 漢字	印	あり なし			
								0 0 0	0 0 0 0 0							
5 ① 新規加入 ② 変更同額継続		かがき 漢字	1:男 2:女	3:昭和 4:平成				+	万		かがき 漢字	印	あり なし			
								0 0 0	0 0 0 0 0							

小計 名 円 円 万円

合計 名 円 円 万円

営業部門受付日 本社受付日

枚 / 枚中

給付金受取人は本人(主契約被保険者)となります。

受取人続柄
1:配偶者 2:子ども
3:父母 4:祖父母
5:兄弟姉妹