

RA81	03		88	LF	④
------	----	---	----	----	---

※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたす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（記入）ください。

増額

[illegible]

390 ① 保険の対象となる方(被保険者)	J04 カナ L67 漢字	302 ※性別 男 (1) 女 (2)	303 ※年令 満 才	み 加 た 入 続 者 柄 から L18	本人 ①	配偶者 ②	子 ③
	323 ※生年月日 (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和 年 月 日			両親 ④	同居の兄弟姉妹 ⑤	同居の親族 ⑥	

※健康状況告知書 質問事項回答欄 LKA LKH 質問 1・2★ ↓ いすれも 4 いいえ		300 加入コース (ご希望のコース1つに○をつけてください) 572① ★						保険料表記載の保険料をご確認後、 ご自身でご記入ください	
		スタンダードプラン				シンプルプラン			
先進医療	あり コース	300万円 ○ A3	200万円 ○ A2	100万円 ○ A1	50万円 ○ A05	200万円 ○ B2	100万円 ○ B1	加入保険料	社内欄 300 572① 円
	なし コース	300万円 ○ C3	200万円 ○ C2	100万円 ○ C1	50万円 ○ C05	200万円 ○ D2	100万円 ○ D1		

新たに参加する場合、または、保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。	※他の保険契約等 (注) (あり)	疾病による入院保険金日額(合計) 円
		疾病による通院保険金日額(合計) 円

390 ②	() 本人 () 氏名	304 カナ L67 漢字	302 *性別 男 (1) 女 (2)	303 *年令 満 才	305 加入者から みた続柄 L18	本人 (1)	配偶者 (2)	子 (3)	
	323 *生年月日 (S) 昭和 (H) 平成 (R) 令和 年 月 日			両親 (4)		同居の兄弟姉妹 (5)	同居の親族 (6)		
	※健康状況告知書 質問事項回答欄 LKA LKH 質問 1・2★ ↓ 4 いいえ			300 加入コース (ご希望のコース1つに○をつけてください) 572① ★			保険料表記載の保険料をご確認後、 ご自身でご記入ください		
		スタンダードプラン						シンプルプラン	
		300万円	200万円	100万円	50万円	200万円	100万円		
先進医療 あり なし コース		(A3)	(A2)	(A1)	(A05)	(B2)	(B1)	加入保険料 社内欄 300 572① 円	
		300万円 C3	200万円 C2	100万円 C1	50万円 C05	200万円 D2	100万円 D1		
新たに加入する場合、または、保険責任を加重(保険金額の増額、特約追加など)する場合は、左記の質問事項につき正確にご回答ください。									
※他の保険契約等 (注) (あり)						疾病による入院保険金日額(合計) 円		疾病による通院保険金日額(合計) 円	

DC230901 2023.9/AHJ62

加入者証は、補償開始後、1 か月以内に郵送されます。＜ご注意＞保険料を2 か月連続してお引き落としが出来ない場合、ご契約を解除させていただきます。