

2023年度

|     |             |    |       |    |      |
|-----|-------------|----|-------|----|------|
| 団体名 | 新潟県職員生活協同組合 | 所属 | 所属コード | 氏名 | 社員番号 |
|-----|-------------|----|-------|----|------|

メットライフ生命保険株式会社 御中

申込日現在、本加入申込書兼告知書に記載の各事項ならびに記入した告知事項は事実と相違ありません。もし、告知事項について事実を記入しなかったり、記入した内容が事実と異なっていた場合には契約が解除されたり、給付金の支払いを受けられないことがあっても異議ありません。また、告知事項以外に貴社の知り得る情報で被保険者の加入可否を決定することに同意します。(一社)生命保険協会加盟の生命保険会社が新医療保障保険(団体型)、医療保障保険(団体型)または医療保障保険(個人型)の契約締結について参考とするため、被保険者名、入院給付金日額等が(一社)生命保険協会に登録されること、および本加入申込書兼告知書に記載・記入の個人情報の取り扱いについて、受領した「個人情報に関する重要事項」の内容を承知し、同意します。貴社の生命保険募集人および保険仲立人は、保険契約締結の媒介を行うもので、保険契約締結の代理権はないことを確認しました。別紙の「ご契約内容(契約概要)・特に重要なお知らせ(注意喚起情報)および「ご加入のみなさまへ(重要事項)」を確認・承知し、この保険(保障の内容・金額等)が自らの意向に合致していることを確認のうえ申込みます。

### 新医療保障保険(団体型)加入申込書兼告知書

＜新医療保障保険(団体型)／手術特約・特定疾病給付特約・家族特約  
家族手術特約・家族特定疾病給付特約＞

【保険会社使用欄】

|            |      |
|------------|------|
| 募集人(UL)コード | 募集人名 |
|------------|------|

|        |             |
|--------|-------------|
| 申込締切日  | 毎月 20 日     |
| 効力発生日  | 翌々々月 1 日    |
| 提出先    | 新潟県職員生活協同組合 |
| 証券番号   | 66331       |
| 被保険者番号 |             |

※申込書の提出がない場合は、現在のご加入内容で自動更新となります。

### 告知事項 (該当する項目がある場合には「はい」に○をご記入ください。)

- ①最近3カ月以内に医師による治療・投薬を受けたことがありますか。
- ②過去5年以内に病気やケガで7日間以上にわたって医師による治療を受けたことがありますか。また、病気やケガで手術を受けたこと、または通算して7日以上入院をしたことがありますか。
- ③過去2年以内に受けた健康診断・人間ドックで、臓器や検査結果の異常(要再検査・要精密検査・要治療を含みます。)を指摘されたことがありますか。
- ④手・足・指についての欠損または機能の障害がありますか。または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。
- ⑤【女性の場合】現在、妊娠していますか。(妊娠している場合、第何週または何カ月かを記入してください。)
- ⑥【新医療保障保険(団体型)用特定疾病給付特約を付加される方のみご回答願います。】現在および今までにガン(悪性新生物および上皮内新生物)にかかったことがありますか。  
\*白血病その他の血液のしゅようは悪性新生物に含まれます。

申込日兼告知日 年 月 日 ※必ずご記入ください

| 被保険者区分 | 被保険者氏名<br><small>カタカナでご記入ください</small><br>被保険者申込印兼同意印 | 性別  | 生年月日             | 申込区分<br><small>該当箇所を○を<br/>ご記入ください</small>   | 現在のプラン     |                        | 新規加入・変更後の<br>入院給付金日額<br><small>入院給付金日額を変更する場合は、<br/>変更後の金額をご記入ください</small>                      | 特定疾病給付特約<br>(オプション)<br><small>該当箇所を○を<br/>ご記入ください</small> | 給付金受取人 | 告知事項<br><small>新規・変更あり増額の<br/>場合は必ずご記入ください</small>               |     |
|--------|--|---|------------------|--|------------|------------------------|---|---|--------|--|-----|
|        |  |   |                  |  | 上段:入院給付金日額 | 下段:特定疾病給付特約<br>(オプション) |   |   |        | はい   | いいえ |
| 0 本人   | カタカナ   | <input checked="" type="radio"/> 男<br><input type="radio"/> 女 | ③昭和 ④平成<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり<br><input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし | 円          | 円                      | <input type="checkbox"/> 付加する<br><input type="checkbox"/> 脱退する<br><input type="checkbox"/> 変更なし | 被保険者区分の<br>「本人」   | 本人     | <input checked="" type="radio"/> はい<br><input type="radio"/> いいえ |     |
| 1 配偶者  | カタカナ   | <input checked="" type="radio"/> 男<br><input type="radio"/> 女 | ③昭和 ④平成<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり<br><input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし | 円          | 円                      | <input type="checkbox"/> 付加する<br><input type="checkbox"/> 脱退する<br><input type="checkbox"/> 変更なし | 被保険者区分の<br>「本人」   | 配偶者    | <input checked="" type="radio"/> はい<br><input type="radio"/> いいえ |     |
| 2 子    | カタカナ   | <input checked="" type="radio"/> 男<br><input type="radio"/> 女 | ④平成 ⑤令和<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり<br><input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし | 円          | 円                      |   | 被保険者区分の<br>「本人」   | 子      | <input checked="" type="radio"/> はい<br><input type="radio"/> いいえ |     |
| 3 子    | カタカナ   | <input checked="" type="radio"/> 男<br><input type="radio"/> 女 | ④平成 ⑤令和<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり<br><input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし | 円          | 円                      |   | 被保険者区分の<br>「本人」   | 子      | <input checked="" type="radio"/> はい<br><input type="radio"/> いいえ |     |
| 4 子    | カタカナ   | <input checked="" type="radio"/> 男<br><input type="radio"/> 女 | ④平成 ⑤令和<br>年 月 日 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり<br><input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし | 円          | 円                      |   | 被保険者区分の<br>「本人」   | 子      | <input checked="" type="radio"/> はい<br><input type="radio"/> いいえ |     |

#### 【ご注意】

- ◎記載内容を訂正する場合、訂正印(被保険者申込印兼同意印と同一)の押印が必要です。
- ◎配偶者・子どものみの加入はできません。なお、子どもが未成年の場合は、親権者が記入・押印してください。
- ◎配偶者・子どもが申込まれる場合は、それぞれの被保険者が同意したうえで、お申込ください。
- ◎「効力発生日」までに、記入された告知事項に変更が生じた場合は、本加入申込書兼告知書の提出先へ速やかにご連絡ください。あらためて告知いただく必要があります。なお、内容によってはご加入できない場合があります。

#### 【代理請求規定に同意します。】

本人が特定疾病診断給付金を請求できない特別な事情がある場合には、その被保険者と同居またはその被保険者と生計を一にしているその被保険者の戸籍上の配偶者(配偶者がいない場合には、その被保険者と同居またはその被保険者と生計を一にしている3親等以内の親族)が、その事情を示す書類その他所定の書類を提出して、当会社の承諾を得て、特定疾病診断給付金の受取人の代理人として特定疾病診断給付金を請求することができます。

同意しません。  同意しない場合にマルをつけてください。

(コイ)  
EB7023  
(2022.4)

告知事項で「はい」に○印をつけた方は裏面告知書をご記入ください。

# 告知書

加入申込者ご本人が記入日(告知日)現在の状況のありのままを、もれなく正確に記入してください。  
ありのままもれなく告知されないと、給付金が支払われない場合があります。

告知日

年 月 日 ※必ずご記入ください

表面の「告知事項」で「はい」に○をした場合は下記に詳しく記入してください。

|              |     |  |  |   |  |  |
|--------------|-----|--|--|---|--|--|
| 該当被保険者氏名(自署) |     | 最近3カ月以内に医師による治療・投薬を受けたことがありますか。                    | 過去5年以内に病気やケガで7日間以上にわたって医師による治療を受けたことがありますか。また、病気やケガで手術を受けたこと、または通算して7日以上入院をしたことがありますか。 | 過去2年以内に受けた健康診断・人間ドックで、臓器や検査結果の異常(要再検査・要精密検査・要治療を含みます。)を指摘されたことがありますか。 | 手・足・指についての欠損または機能の障害がありますか。または背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。 | 【女性の場合】現在、妊娠していますか。(妊娠している場合、第何週または何カ月かを記入してください。) |
| 0            | 本人  | (カナ)   | 期間： 年 月 ~ 年 月  | 指摘時期  | 手・足・指の欠損の状態  | 妊娠   |
|              |     | (漢字)   | 手術：( あり ・ なし )   | 指摘内容・数値   | 背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態                                    | 第 週  |
|              |     | 傷病名：<br>治療・投薬内容(薬名)：<br>合併症の有無：( あり ・ なし ) 完治日 年 月 | 指導内容   |   | または カ月   |  |
|              |     | 糖尿病・高血圧症の方のみご記入ください(※)                             | 〈血圧(mmHg)〉最低： 最高： 〈空腹時血糖値(mg/dl)〉  |   |  |  |
| 1            | 配偶者 | (カナ)   | 期間： 年 月 ~ 年 月  | 指摘時期  | 手・足・指の欠損の状態  | 妊娠   |
|              |     | (漢字)   | 手術：( あり ・ なし )   | 指摘内容・数値   | 背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態                                    | 第 週  |
|              |     | 傷病名：<br>治療・投薬内容(薬名)：<br>合併症の有無：( あり ・ なし ) 完治日 年 月 | 指導内容   |   | または カ月   |  |
|              |     | 糖尿病・高血圧症の方のみご記入ください(※)                             | 〈血圧(mmHg)〉最低： 最高： 〈空腹時血糖値(mg/dl)〉  |   |  |  |
| 2            | 子   | (カナ)   | 期間： 年 月 ~ 年 月  | 指摘時期  | 手・足・指の欠損の状態  | 妊娠   |
|              |     | (漢字)   | 手術：( あり ・ なし )   | 指摘内容・数値   | 背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態                                    | 第 週  |
|              |     | 傷病名：<br>治療・投薬内容(薬名)：<br>合併症の有無：( あり ・ なし ) 完治日 年 月 | 指導内容   |   | または カ月   |  |
|              |     | 糖尿病・高血圧症の方のみご記入ください(※)                             | 〈血圧(mmHg)〉最低： 最高： 〈空腹時血糖値(mg/dl)〉  |   |  |  |
| 3            | 子   | (カナ)   | 期間： 年 月 ~ 年 月  | 指摘時期  | 手・足・指の欠損の状態  | 妊娠   |
|              |     | (漢字)   | 手術：( あり ・ なし )   | 指摘内容・数値   | 背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態                                    | 第 週  |
|              |     | 傷病名：<br>治療・投薬内容(薬名)：<br>合併症の有無：( あり ・ なし ) 完治日 年 月 | 指導内容   |   | または カ月   |  |
|              |     | 糖尿病・高血圧症の方のみご記入ください(※)                             | 〈血圧(mmHg)〉最低： 最高： 〈空腹時血糖値(mg/dl)〉  |   |  |  |
| 4            | 子   | (カナ)   | 期間： 年 月 ~ 年 月  | 指摘時期  | 手・足・指の欠損の状態  | 妊娠   |
|              |     | (漢字)   | 手術：( あり ・ なし )   | 指摘内容・数値   | 背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態                                    | 第 週  |
|              |     | 傷病名：<br>治療・投薬内容(薬名)：<br>合併症の有無：( あり ・ なし ) 完治日 年 月 | 指導内容   |   | または カ月   |  |
|              |     | 糖尿病・高血圧症の方のみご記入ください(※)                             | 〈血圧(mmHg)〉最低： 最高： 〈空腹時血糖値(mg/dl)〉  |   |  |  |

特定疾病給付特約を付加される方のみご回答願います。付加されない方はご回答不要です。

現在および今までにガン(悪性新生物および上皮内新生物)にかかったことがありますか。  
\*白血球その他の血液のしゅよは悪性新生物に含まれます。

はい いいえ

はい いいえ

(※)血圧、空腹時血糖値の数値は最新の数値をご記入ください。(投薬されている場合は投薬後の数値を記入)

・「効力発生日」までに上記「告知事項」に変更が生じた場合は、加入申込書兼告知書の提出先へ速やかにご連絡ください。あらかじめ告知いただく必要があります。なお、内容によってはご加入できない場合があります。

告知書を訂正された場合は、訂正印として必ず被保険者申込印兼同意印と同一印を押印ください。