

平成28年10月1日～平成29年9月1日加入用

鍼灸師・安心補償プラン加入申込票兼告知書

引受保険会社
三井住友海上火災保険株式会社
あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

【はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師賠償責任保険・柔道整復師賠償責任保険・団体総合生活補償保険】

NPO法人全国鍼灸マッサージ協会御中 別紙賠償責任保険普通約款・はり師、きゅう師、あん摩マッサージ指圧師・柔道整復師特別約款
団体総合生活補償保険ご契約のしおり(普通保険約款・特約)および別紙保険金額表を確認のうえ、貴会を保険契約者とする団体契約への加入を希望します。
貴会にて引受保険会社に対し、保険契約加入手続きを依頼いたします。

注意：ご訂正箇所がある場合には、表裏とも全て印鑑で訂正印を押印ください。

この加入申込票に事実と異なる記載をしたりまたは事実を記載しなかった場合、保険金が支払われない場合があります。

項目名に※の付された欄は告知事項に該当します。これらの欄に事実と異なる記載をしたり、または事実を記載しなかった場合にはご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。

ご記入日	平成	年	月	日	
会員番号					
被保険者 (申込人)	フリガナ				個人情報の取り扱いに同意のうえ加入を申込みます。重要事項のご説明受領兼告知署名
	氏名	フルネームで自署してください。			
	生年月日	S・H	年	月	日
	※				男・女
	自宅住所	〒			
	連絡先電話番号	()			
	携帯電話番号	()			
	メールアドレス				
取得国家資格(該当に○をしてください)※					
はり師 きゅう師 あん摩マッサージ指圧師 柔道整復師					

主な治療院名	☆施術場所に○をしてください 訪問出張専門 治療院のみ 治療院および訪問出張あり			
(フリガナ)				
上記治療院の住所	〒			
電話番号/FAX番号	TEL	()	FAX	()
上記以外の治療院名 (複数ある場合すべてご記入ください)	(フリガナ)			
	(フリガナ)			
	(フリガナ)			

保険料お支払方法	口座引落
	銀行振込
	● 保険料振込日 月 日
	● 振込名義人

前年ご契約内容		加入申込内容(該当に○をしてください) *1				保険料	
基本セット		A	B	C	D	E	円
オプション	柔整師プラン						円
	がん補償追加プラン						円
	親介護補償追加プラン	100万円	150万円	200万円			円
合計保険料(一時払)						円	

加入勤奨時に配布された説明資料により、「重要事項のご説明 契約概要のご説明 注意喚起情報のご説明」の内容を確認・了解し、加入内容が意向に合致したものであることおよび上記および裏面の内容が適正な内容であることを確認し、加入(変更)を申し込みます。また、個人情報の取扱いについて同意します。

*1 基本セット・がん補償・親介護補償にご加入の方は裏面の健康状態告知が必要です。『健康状態告知書質問事項および健康状態告知書質問事項回答欄記入要領』をご参考に被保険者の方がお答えください。

AD(2016年5月承認)A16-100634

被保険者ご本人用健康状態告知欄

A・B・C・D・Eセット申込の場合は質問1と質問2、補償が「がん」に限られている契約をお申込みの方は質問1のみご回答ください。

*****必ずご記入お願いします*****

質問3は**女性のみ**ご回答ください。

パンフレット7・8ページ記入要領

パンフレット12ページ記入見本をご参考にご記入ください

記入要領で判断しづらい持病等をお持ちの方は、お手数ですが取扱代理店（パンフレット裏面）にお問い合わせください。

※健康状態告知書質問事項回答欄

質問1	質問2	質問3	該当疾病	特定疾病等対象外欄
はい <input type="radio"/> 1 いいえ <input type="radio"/> 2 LKA	はい <input type="radio"/> 1 いいえ <input type="radio"/> 2 LKH	はい <input type="radio"/> 1 いいえ <input type="radio"/> 2 LIA	甲欄 1 乙欄 2	お引受できません。 506 疾病コード 507 疾病・症状名(カタカナ)(R0の場合のみ記入)

親介護一時金補償特約被保険者の健康状態告知欄

*****親介護一時金補償特約をお申込の場合は、必ずご記入お願いします*****

パンフレット11ページ記入要領

パンフレット12ページ記入見本を

ご参考にご記入ください。

注：被保険者ご本人の戸籍上の親のみのご加入となります

特約被保険者氏名(カタカナ)	※生年月日	※年令	続柄	※質問	確認方法	告知日
	大正 昭和 年 月 日	満 才	父 母	はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	対面 <input type="radio"/> FAX・郵送 <input type="radio"/> 電話 <input type="radio"/> メール等通信 <input type="radio"/>	平成 年 月 日 告知者ご署名
	大正 昭和 年 月 日	満 才	父 母	はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	対面 <input type="radio"/> FAX・郵送 <input type="radio"/> 電話 <input type="radio"/> メール等通信 <input type="radio"/>	平成 年 月 日 告知者ご署名

他の保険契約等※

他の損害保険会社もしくは生命保険会社等との傷害保険、医療保険、がん保険、鍼灸師賠償保険などの保険契約の有無について、有もしくは無に○をつけてください。また、有の場合は詳細をご記入ください。

同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、タフ・ケガの保険、学生・子ども総合保険、タフ・ケガの保険(積立タイプ)等の身体のケガまたは病気に対して保険金が支払われる他の保険契約等がありますか(団体契約、生命保険、共済を含みます)。「あり」の場合、右欄「あり」に○印のうえ、必ず下欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。)

賠償保険(鍼灸師賠償保険等)	有 無	鍼灸師賠償保険金額(合計) 千円		
生命保険・損害保険(お身体の保険等)	有 無	傷害死亡・後遺障害保険金額(合計) 千円	傷害入院保険金額日額(合計) 円	傷害通院保険金日額(合計) 円
		疾病入院保険金額日額(合計) 円	がん入院保険金日額(合計) 円	

保険金請求歴(注)他の保険会社等における保険金請求を含みます。
過去3年以内にケガまたは病気で保険金(5万円以上)を請求または受領したことがありますか。 あり

保険会社	
回数	合計金額

項目名に※の付された欄は告知事項に該当します。これらの欄に事実と異なる記載をしたり、または事実を記載しなかった場合にはご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがあります。