

全日電工連認定 生活総合保険制度 (団体総合生活保険) 加入申込書兼告知書 (会社契約用)

※事務局使用欄

漢字	都道府県	支部
コード		
ID		

① 申込日・告知日・保険加入日情報

申込日	年	月	日
保険加入日 (保険始期日)	年	月	1日

※申込日は申込書に記載した日付を記入してください。
 ※保険加入日(保険始期日)は、保険会社が申込書を受け付けた日の属する翌月1日となります。

② 加入者(会社)情報 (被保険者の記載内容、告知回答欄等をご確認のうえ、代表者の方のご捺印をお願いします。代表者氏名欄はゴム印でも可です。)

会社名		会社代表者氏名	代表者 申込印
会社住所	〒	TEL	印

③ 加入種目のご選択 (会社制度としてご加入される補償の種類をご選択ください。従業員様のご加入内容は全員同一となります。)

所得補償 (1口 2口)
 介護補償 (加入)
 がん補償 (加入)
 個人賠償 (加入)

④ 従業員 記入欄 (カタカナで氏名をご記入のうえ、性別、生年月日、健康状態告知回答欄等にご記入のうえ、告知日および被保険者ご署名欄にご署名ください。)

申込 番号	続柄区分 (いづれかに○)	被保険者氏名 (カタカナ) (補償の対象者)	★ 健康状態告知回答欄 (上記の加入種目に該当する種目の告知について○をつけてください)	☆ 職業 ・職務コード	職種級別
1	01: 本人 (個人事業主) 12: 役員・ 従業員	カタカナ	所得補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/> [B表]に 該当あり ⇒ ア イ ウ エ	☆ 職業 ・職務コード	級
		★ 性別	介護補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/>		
		★ 生年月日	がん補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/>		
		個人賠償 ⇒健康状態告知は不要です。	保険料		
男性	明治 大正 昭和 平成	※所得補償で「[B表]に該当あり」をご選択の場合は、 右側のア～エで該当する項目にも○をつけてください。			
女性	年 月 日生				
2	01: 本人 (個人事業主) 12: 役員・ 従業員	カタカナ	所得補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/> [B表]に 該当あり ⇒ ア イ ウ エ	☆ 職業 ・職務コード	級
		★ 性別	介護補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/>		
		★ 生年月日	がん補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/>		
		個人賠償 ⇒健康状態告知は不要です。	保険料		
男性	明治 大正 昭和 平成	※所得補償で「[B表]に該当あり」をご選択の場合は、 右側のア～エで該当する項目にも○をつけてください。			
女性	年 月 日生				
3	01: 本人 (個人事業主) 12: 役員・ 従業員	カタカナ	所得補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/> [B表]に 該当あり ⇒ ア イ ウ エ	☆ 職業 ・職務コード	級
		★ 性別	介護補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/>		
		★ 生年月日	がん補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/>		
		個人賠償 ⇒健康状態告知は不要です。	保険料		
男性	明治 大正 昭和 平成	※所得補償で「[B表]に該当あり」をご選択の場合は、 右側のア～エで該当する項目にも○をつけてください。			
女性	年 月 日生				
4	01: 本人 (個人事業主) 12: 役員・ 従業員	カタカナ	所得補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/> [B表]に 該当あり ⇒ ア イ ウ エ	☆ 職業 ・職務コード	級
		★ 性別	介護補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/>		
		★ 生年月日	がん補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/>		
		個人賠償 ⇒健康状態告知は不要です。	保険料		
男性	明治 大正 昭和 平成	※所得補償で「[B表]に該当あり」をご選択の場合は、 右側のア～エで該当する項目にも○をつけてください。			
女性	年 月 日生				
5	01: 本人 (個人事業主) 12: 役員・ 従業員	カタカナ	所得補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/> [B表]に 該当あり ⇒ ア イ ウ エ	☆ 職業 ・職務コード	級
		★ 性別	介護補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/>		
		★ 生年月日	がん補償 <input type="checkbox"/> 全てに 該当なし <input type="checkbox"/>		
		個人賠償 ⇒健康状態告知は不要です。	保険料		
男性	明治 大正 昭和 平成	※所得補償で「[B表]に該当あり」をご選択の場合は、 右側のア～エで該当する項目にも○をつけてください。			
女性	年 月 日生				

告知日および被保険者ご署名欄	
告知日	年 月 日
(ご署名)	
※健康状態告知回答欄を含む全ての項目に関して相違ありません。	

<健康状態告知>
健康状態告知回答欄は、必ず被保険者本人がご回答ください。

<訂正印>
記入した内容を訂正する場合には、二重線で抹消のうえ、「代表者申込印」と同一の印で訂正印を押印してください。

<補償の重複に関するご注意！>
個人賠償責任補償特約等をご契約される場合で、保険の対象となる方またはそのご家族が、補償内容が同様の保険契約を他にご契約されているときには、補償が重複することがありますのでご注意ください。

<保険料の税務処理について>
・企業の福利厚生制度としてご採用される場合には
損金扱いとすることができる場合があります。
(その場合には、被保険者の所得控除の対象とはなりませんので、控除証明書は発行されません。)

・従業員様が任意でご加入される場合の保険料は、従業員様の給与として所得税・住民税の課税対象となります。控除証明書の発行対象となりますので、別(青色)の申込書をご使用ください。

※課税関係については、所管の税務署が税理士に必ずご確認ください。

合計保険料 円

⑤ 最後にもう一度記入内容をご確認のうえ、ご提出ください。