

医療保険Aセレクト 申込書記入見本

- 申込をご希望される方は**ご希望のプランの申込書を選択※**のうえ、本記入見本を参考に必要事項のご記入をお願いいたします。

※各申込書の1枚目右上に下記のプラン名が記載されています。

ご希望プランのお間違えがないようご確認ください。

基本プラン

充実プラン

ガン重点プラン

- 告知書の控えはご記入後、切り離して保管をお願いいたします。
- 取扱者報告書はスバルファイナンス(株)の記入欄のため、お客さまのご記入は不要です。
- 保険料は**口座振替もしくはクレジットカード払どちらかでのお支払い**となります。口座振替をご希望の場合は同封の「生命保険料 預金口座振替依頼書」にご記入のうえ、申込書と合わせてご提出ください。クレジットカード払をご希望の場合は同封の「生命保険料クレジットカード払のご案内」よりお申込をお願いいたします。
- ご記入内容を訂正される場合、**訂正箇所を二重線で抹消し**、正しい内容をご記入ください。**二重線の近くに契約者さまご自身によるフルネームのご署名**が必要です。※自署欄の訂正はできません。

訂正例
XX
20XX年XX月 XX 日
生保 太郎

※ご不明点などございましたら下記までご連絡くださいますようお願いいたします。

<お問合せ先>

スバルファイナンス株式会社

本社	〒150-8554 東京都渋谷区恵比寿1-19-15 ウノサワ東急ビル2階
	TEL 03-3445-2154(ダイヤル1)

簡易告知制度対象団体用(口振/クレカ級_フ)

MS&AD
三井住友海上あいおい生命

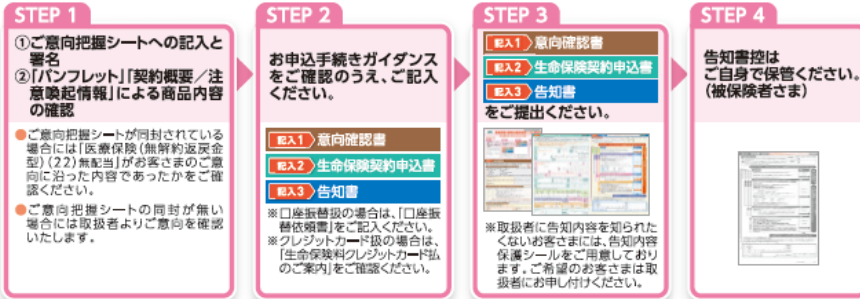
医療保険(無解約返戻金型)(22)無配当

意向確認書・契約申込書・告知書

ガン重点プラン

ご希望のプランにお間違えないようご注意ください。

お手続きの流れ



記入1 意向確認書

本書面は、ご提案した保険商品がお客さまのご意向に沿った内容となっているかを確認させていただくためのものです。パターン 05 F701 0606
お申込みいただく場合には、本書面の内容をご確認、ご了解のうえ、II, III.にご記入・自署をお願いします。

申込番号

I. 保険加入にあたってのお客さまのご意向(ニーズ)【取扱者(募集人)記入欄】

お客さまからおうかがいした最終的なご意向(ニーズ)を以下の<チェック欄>に☑で記載させていただきますので、記載内容に相違がないか、お申込みいただく保障内容(主契約・特約)と合致しているかご確認ください。

病気・ケガなどの保障……………病気やケガの保障など

ガンの保障……………ガンの保障など

三大疾病の保障……………ガン・心疾患・脳血管疾患の保障など

介護の保障……………要介護状態の保障など

※口座振替の場合は、「口座振替依頼書」をご記入ください。
※クレジットカードの場合は、「生命保険料クレジットカード払込のご案内」をご確認ください。

「本商品では満たされないご意向」や「保障内容・入給付金日額・保険期間・保険料など」に関して詳しく確認される事項がある場合等に記入

特記事項欄【取扱者(募集人)記入】

お申込みいただく保険商品は上記を踏まえてご提案しておりますので、お客さまの最終的なご意向に合致しているものと考えます。

募集代理店名

取扱者(募集人)氏名(自署)

II. お申込みいただくにあたりご確認いただきたい事項【お客さまご自身がご記入ください】

① 下記の事項について、ご確認のうえ「はい」「いいえ」のいずれかに○をご記入ください。

はい いいえ

1. 保険種類(主契約や特約の保障内容)は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。
2. 入院給付金日額等は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。
3. 保険期間は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。
4. 保険料、保険料払込期間・払込方法は、ご提案の内容でよろしいでしょうか。
また、無配当保険であるため配当金がないことについてご了解いただいていますか。
5. ご提案した保険商品は、最終的なご意向に沿った内容になっていますか。

※「いいえ」がひとつでもある場合には、契約をお引受けすることができませんので、再提案・再説明をさせていただきます。

(注)現在ご契約の保険契約を解約・減額等することを前提にお申込みいただく場合には、お客さまにとって不利益となる可能性があることなど、保険契約に伴う重要な事項につきましては「契約概要」「注意喚起情報」で必ずご確認のうえ、お申込みください。

III. 契約者署名欄【お客さまご自身がご記入ください】

※必ず契約者さまが申込日までにご確認ください。
本書面の記載の内容について確認・了解しました。

② ご確認日 20 23 年 4 月 1 日

③ 保険契約者(自署) 富士 太郎 様

▼保険契約者が未成年のときご署名ください。(親権者・後見人)(自署) 様

番号	記入項目	記入上のご注意事項
①	ご確認事項	ご確認のうえ「はい」「いいえ」のいずれかに○をご記入ください。 ※「いいえ」がひとつでもある場合は契約をお引受することができません。
②	ご確認日	申込日と同じ日にちをご記入ください。
③	契約者自署欄	漢字氏名を必ずご本人がフルネームでご記入ください。

記入2 生命保険契約申込書 [医療保険(無解約返戻金型)(22)]無配当 掲載告知制度対象適用(口座/クレカ振替)

三井住友海上あいおい生命保険株式会社 御中 FK07 0406

貴社の「契約概要」「注意喚起情報」を受領し内容を了知の上、被保険者の同意を得て、普通保険約款・特約事項が適用される下記の保険契約を申し込みます。この申込書の記載内容に誤りがあるときは、貴社が当該事項について訂正補正しても異議はありません。また、提出した申込書等の書類は返却されません。この申込書の記載内容に「個人情報の取扱いについて」に同意します。貴社の生命保険事業には保険契約締結の代理権はないことと承認しました。契約の成立前後に貴社の要請を受けた担当者から、契約者・被保険者(無解約返戻金型)の交付・説明を受け、内容を了知・確認しました。貴方が承諾の通知を完了した時に契約が成立することを了承・同意します。米国税制上の特定米国人に該当しません。

確認・同意書
 「契約概要」「注意喚起情報」を受領し、内容を了知しました。また「ご契約のしおり・約款について」を確認し変更方法について了知しました。
 ※前記書類の場合は「契約概要」「注意喚起情報」「ご契約のしおり・約款」を受領しました。
 「契約概要」「注意喚起情報」に記載の「第1回保険料のお支払いについて」を了知・確認しました。

1 契約者

① 申込日 20 23 年 4 月 1 日 申込番号 取扱者 申込書 受領日 20 年 月 日

② 氏名 (自署) フリガナ 大 聡 西 西 哉 被保険者 本人 配偶者 子 親 孫 祖父母
 上記「確認・同意欄」を承認し申し込みます。 性別 男 女 続柄 兄弟姉妹 その他()

住所 〒 都 道 府 県 市 町 村 番 地 電話 ()-()-()

④ 勤務先名 株式会社 SUBARU 税込 年収 0~300万円 301~500万円 501~700万円 701~1,000万円 1,001~1,500万円 1,501~2,000万円 2,000万円超
 業種名 自動車製造 お仕事の具体的な内容 製造

⑤ 被保険者 契約者さまと異なる場合はご記入ください。

⑤ 氏名 (自署) フリガナ 西 平 令 西 月 性別 男 女
 上記「確認・同意欄」に記載の「個人情報の取扱いについて」に同意します。 年齢 年 月 日 生 日 続 柄 配偶者 子 親 孫 祖父母 兄弟姉妹 その他()

住所 〒 都 道 府 県 市 町 村 番 地 電話 ()-()-()

⑦ 勤務先名 (学校名) 勤 務 先 名 (学 校 名) 業 種 名 お仕事の具体的な内容

⑥ 契約者さまと異なる場合にご記入ください。

親権者「後見人さまが契約者」
 契約者さまと異なる場合はご記入ください。 親権者 後見人 氏名 (自署) 契約者・被保険者が未成年につき、契約内容を確認しう。契約締結を代理・同意します。 契約者・被保険者からみた続柄 (親・後見人) 続柄 (自署)

⑧ 死亡時返戻金受取人 ご記入ください。※終身払の場合は死亡時返戻金の支払いはないため、ご記入の有無にかかわらず「指定なし」とします。

氏名 フリガナ 生 年 月 日 受 取 割 合 被 保 険 者 から みた 続 柄 入院手術給付金受取人 被保険者様

⑨ 指定代理請求人 ご記入ください(ご記入のない場合は、「指定なし」とします)。

指定代理請求人 フリガナ 被 保 険 者 から みた 続 柄

⑩ 保障内容 ご記入・ご選択ください(ご記入のない場合は、「付加しない」とします)。

保険期間: 終身 特約の保険期間 保険料払込期間: 主契約と同一

主契約

保険料払込期間	1回の入院の支払限度日数	入院給付金日額	手術給付金の型	初期入院10日給付特約	八入疾病入院無給付特約	先進医療特約(無解約返戻金型)	入院一時給付特約(無解約返戻金型)(22)	通院給付特約(無解約返戻金型)(18)	告知事項1~3にご留意ください。
60歳以上 65歳以上	60歳 65歳	5,000円	手術I型 手術II型	付 付	付	付	付	付	

特約 A群

ガン診断給付特約(無解約返戻金型)(18)	ガン治療通院給付特約(無解約返戻金型)	抗ガン剤治療給付特約(無解約返戻金型)(18)	女性疾病給付特約(無解約返戻金型)(18)	左記の特約を追加してお申込みの場合は、告知書の告知事項1~6にご留意ください。
***万円	***円/日 × 通院日数	***円/月 × 10 万円	***円/月 × 10 万円	

特約 B群

終身介護保障特約(無解約返戻金型)(18)	介護障害年金額	介護障害一時金	認知症一時金	告知事項1~6にご留意ください。
万円	**万円/年	***万円	***万円	

特約 C群

三大疾病入院一時給付特約(無解約返戻金型)(18)	保険料払込22	免除特約(22)	左記の特約を追加してお申込みの場合は、告知書の告知事項1~6にご留意ください。
***万円	付	付	

特約 D群

終身介護保障特約(無解約返戻金型)(18)	介護障害年金額	介護障害一時金	認知症一時金	告知事項1~6にご留意ください。
万円	**万円/年	***万円	***万円	

⑩ 払込方法

③ 月 払 口座振替 クレジットカード振替

⑦ 第1回保険料

契約日指定に関する特約 契約日指定の割合 保険料 円

保険金 (5建) 円
 告知書 円
 配当金種類 無配当

番号	記入項目	記入上のご注意事項
①	申込日	実際にご記入された日(年月日)をご記入ください。
②	契約者氏名自署欄	カナ氏名、漢字氏名を必ず本人がフルネームでご記入ください。
③	生年月日 性別 被保険者からみた続柄 住所	契約者の情報をご記入ください。
④	勤務先名 税込年収 業種名 お仕事の具体的な内容	契約者の勤務先情報をご記入ください。
⑤	被保険者氏名自署欄	カナ氏名、漢字氏名を必ず被保険者ご本人がフルネームでご記入ください
⑥	被保険者生年月日 性別 住所	住所のご記入がない場合、契約者と同一の住所とみなします。
⑦	勤務先名 税込年収 業種名 お仕事の具体的な内容	被保険者の勤務先情報をご記入ください。
⑧	入院給付日額	5,000円をご希望の方は5,000円に○を付けてください。 5,000円以外をご希望の方はご希望の金額をご記入ください。 ※通算限度額は20,000円までとなります。
⑨	女性疾病給付金特約	※【 ガン重点プランご希望の被保険者が女性の場合のみ ご記入ください】 女性専用特約になります。5,000円とご記入ください。
⑩	払込方法	【 口座振替ご希望の場合 】…別紙の口座振替依頼書を申込書に添付してご提出ください。 【 クレジットカードご希望の場合 】…左記QRコードを読み込み申込番号・代理店コード708543)・契約者名・保険料払込額・クレジットカード情報等を登録してください。 保険料払込額は 入院給付金日額 5,000円 をご希望の場合：パンフレットの保険料表に該当する保険料を記載ください。 その他の金額をご希望の場合：サブファイナンスにご連絡ください。(保険料をお伝えいたします)



取扱者報告書

特約D群をお申込みの場合にご確認ください

簡易告知制度対象団体用(口蓋/クレカ取_フ)

告知事項 8 の 別表1

確定診断されている場合だけでなく、その病気の疑いを含みます。

心臓の病気 ・狭心症 ・心臓弁膜症 ・心不全 ・大動脈瘤 ・閉塞性動脈硬化症	・心筋こうそく ・先天性心疾患 ・心筋症 ・不整脈(薬業治療中の場合) ・心臓ペースメーカーの使用	呼吸器の病気 ・慢性閉塞性肺疾患 ・肺気腫 ・間質性肺炎	・慢性気管支炎 ・肺線維症 ・じん肺 ・けい肺	眼の病気 ・緑内障(視野障がいがあるもの) ・網膜の病気(視野障がいがあるもの)
脳・血管の病気 ・脳卒中(脳出血、脳こうそく、くも膜下出血) ・脳動脈硬化症 ・脳動脈瘤	・脳こうそく、くも膜下出血 ・一過性脳虚血発作 ・もやもや病	腎臓の病気 ・急性腎炎 ・慢性腎炎(ウイルス感染を含む) ・C型肝炎(ウイルス感染を含む)	・急性腎炎 ・慢性腎不全 ・のう膜腎	血液・造血系の病気 ・溶血性貧血 ・白血病
精神・神経の病気 ・認知症 ・うつ病 ・アルコール依存症 ・パーキンソン病 ・重症筋無力症 ・多系統萎縮症	・知的障がい ・てんかん ・うつ病 ・統合失調症 ・後縦筋帯骨化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・脊髄小脳変性症	肝臓の病気 ・慢性肝炎 ・B型肝炎(ウイルス感染を含む) ・C型肝炎(ウイルス感染を含む)	・肝硬変 ・ネフローゼ症候群 ・人工透析	その他の病気 ・糖尿病 ・とうげん病(関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、全身性油皮症、多発性筋炎、皮膚筋炎、シェーグレン症候群など) ・早老症

告知事項 9 の 別表2

臓器 ・脳 ・胃腸 ・膵臓 ・胆のう ・甲状腺 ・心臓 ・腎臓 ・非薬 ・肺 ・すい臓 ・乳房 ・食道 ・脾臓	検査 ・血圧測定 ・血液検査 ・胸部レントゲン検査 ・超音波検査 ・内視鏡検査 ・尿検査(尿たんぱく、尿糖、尿潜血) ・眼底検査 ・上部消化管レントゲン検査 ・CT検査 ・組織診/細胞診 ・便潜血検査 ・眼底検査 ・心電図検査 ・MRI検査 ・内科診察
---	--

種01

取扱者(募集人)記入欄	F409 0705																	
取扱者報告書																		
被保険者の面談	①非面談 ②面談(被保険者最終面談日 20 年 月 日)																	
募集実施	自己契約、構成員契約に該当しますか? <input type="radio"/> いいえ [9] <input type="radio"/> はい [10] → 該当する場合、右記をご選択ください。個人代理店 <input type="radio"/> 自己契約 [1] 法人代理店 <input type="radio"/> 構成員契約 [4]																	
申込経路	自発申込に該当しますか? <input type="radio"/> いいえ [99] <input type="radio"/> はい [10] → 「自発申込報告書(C報告書)」をご提出ください。																	
意向把握の状況(内容確認のうえ、○をしてください)																		
お客さまの当初意向と最終意向が一致していることを確認しましたか? <input type="radio"/> はい																		
当初意向と最終意向が相違する場合、差異についてお客さまに説明しご理解いただきましたか? <input type="radio"/> はい																		
【確認事項】																		
1. 契約者、被保険者が生保他社(含む関係会社)の職員・社員などに該当しますか? 生保契約規定に定める外国人契約または海外渡航契約に該当しますか? 申告はないが、特定米国人、外国政府の要人、外国居住であることを示す情報はありますが、(取得)を(含む)?	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい → 【詳細・特記事項】※「はい」の場合、必ず詳細をご記入ください。																	
2. 同一被保険者で承認後解約済みの契約がある場合ご記入ください																		
<table border="1"> <tr> <th>当</th> <th>他</th> <th>契約件数</th> <th>契約合計</th> <th>解約合計</th> <th>未払金</th> </tr> <tr> <td>円</td> <td>円</td> <td>円</td> <td>円</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> </table>	当	他	契約件数	契約合計	解約合計	未払金	円	円	円	円	円	円	取扱者自署					
当	他	契約件数	契約合計	解約合計	未払金													
円	円	円	円	円	円													
私は責任を持って(面談募集の場合は契約者・被保険者に面談し)本人またはその代理人の下記事項を実施したうえでこの契約を取扱いました。 1. 契約概要、「注意喚起情報」「ご契約のしおり・約款(面談募集の場合)」の送付(お送りください) 2. 被保険者への告知に関する重要な事項の説明および説明資料の送付(交付) 3. 契約内容・個人情報の取扱いについての説明 4. 住所・氏名・生年月日等の確認(契約者住所については、保険証券送付先として正しいこと、被保険者氏名については名義変更(改姓等)の手続きが完了した他の契約はないことを確認) ※お客さまから「契約概要」「注意喚起情報」「ご契約のしおり・約款」未受領のお申し出があった場合は、募集経緯を確認させていただくことがあります。 ※重要事項を説明しないで募集することは、保険業法300条第1項違反になります。																		
代理店使用欄	会社使用欄																	
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">M S</td> <td>生保コード(6桁)代理店名</td> <td>募集人コード</td> <td>現状転用番号</td> <td>コード・課支社名</td> </tr> <tr> <td>サブコード</td> <td>フリールコード</td> <td>サブコード</td> <td>受付日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">A D</td> <td>代理店コード(4桁)代理店名</td> <td>取扱店名</td> <td>口座ペーパーレス登録 <input type="checkbox"/>あり</td> <td>課支社長印 担当書印</td> </tr> </table>	M S	生保コード(6桁)代理店名	募集人コード	現状転用番号	コード・課支社名	サブコード	フリールコード	サブコード	受付日	A D	代理店コード(4桁)代理店名	取扱店名	口座ペーパーレス登録 <input type="checkbox"/> あり	課支社長印 担当書印	<table border="1"> <tr> <td>コード・課支社名</td> <td>課支社長印</td> <td>担当書印</td> </tr> </table>	コード・課支社名	課支社長印	担当書印
M S		生保コード(6桁)代理店名	募集人コード	現状転用番号	コード・課支社名													
	サブコード	フリールコード	サブコード	受付日														
A D	代理店コード(4桁)代理店名	取扱店名	口座ペーパーレス登録 <input type="checkbox"/> あり	課支社長印 担当書印														
	コード・課支社名	課支社長印	担当書印															
[MS]85754-1[AD]95-754-20,000 2022.07.28(株・ト) 71																		

記入不要

スバルファイナンシャル株式会社

使用欄

MS&AD 三井住友海上あいおい生命保険株式会社 2022.11

申込記入欄
申込番号

お客様へ 必ずご提出ください。

ご意向把握シート

本書面は、ご案内した保険商品がお客さまのご希望（ご意向）に沿った内容になっているかどうか、お申込みいただく前に、お客さまご自身にご確認いただくためのものです。
 ご案内した保険商品にお申込みいただく場合は、ご署名・ご記入のうえ、申込書類と一緒に必ずご提出ください。
 ※お客さまに確認説明のうえ、補記・訂正させていただきますことがあります。

今回ご案内する商品	&LIFE 医療保険 Aセレクト(医療保険(無解約返戻金型)(22) 無配当)		
ご希望の保障分野の種類 (主契約)	<input checked="" type="checkbox"/> 病気・ケガの保障	<input type="checkbox"/> ガンの保障	<input type="checkbox"/> 介護・就労不能の保障
	<input type="checkbox"/> 死亡時の保障	<input type="checkbox"/> 教育資金や老後の生活資金などの準備	

ステップ 1~4 をご確認のうえ、はい いいえ のいずれかに をご記入ください。

①

ステップ 1 今回おすすめした商品のご案内をお受取りになった際、この「病気・ケガの保障」は、お客さまにとってご興味のある(ご意向に沿った)保障でしたか。

はい いいえ

ステップ1で「はい」の方は、同封のパンフレットなどをご確認ください。

ステップ 2 パンフレットなどをご覧いただき、ご案内の商品の内容をご確認いただけましたか。

はい いいえ

ステップ 3 ご案内の商品は「病気・ケガの保障」です。パンフレットなどをご確認いただいた後のこの保障に対するご意向はステップ1の時と比較して、一致していますか。

はい いいえ

ステップ 4 ご案内の商品は特約を付加することができます。パンフレットなどで特約の保障内容をご確認いただき、お客さまのご意向に沿った保障の特約などをご選択いただけましたか。(特約を付加しない場合を含む)。

はい いいえ

② **と契約者さまの氏名をご署名(自署)ください。**

ステップ 5 保険契約者(自署) 富士 太郎

※「注意喚起情報」記載の個人情報の取扱いについて確認・同意します

いいえ が一つでもある場合は、今回のご案内では、お申込みいただけません。募集代理店までお申し出ください。

上記すべてが「はい」の場合、お申込み手続きにお進みください。本書面を申込書類とあわせてご提出ください。

----- 代理店使用欄 -----

募集人氏名

記入不要
スバルファイナンス株式会社
使用欄

上記ステップ1~4が未記入の場合、ご契約者さまのご意向を確認し、以下に記入	備考
確認日時:	
確認内容: [ステップ1]はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> [ステップ2]はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> [ステップ3]はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> [ステップ4]はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

職域対象文書のみ募集専用(1WAY用)

[MS]B2980[AD]B2-980 15,000 2022.11.02(改一) 44 2022-A-0562(2022.8.17)

番号	記入項目	記入上のご注意事項
①	ステップ 1~4	内容をよくご確認のうえ該当する方にチェックをご記入ください。「いいえ」がひとつでもある場合は契約をお引受することができません。
②	ステップ 5	契約者氏名をご記入ください。