

メットライフ生命保険株式会社 御中

貴社の普通保険約款(特約付加の場合はその特約条項も含む)を承知のうえ、被保険者の同意を得てこの生命保険契約を申込みます。なお、本加入申込書兼告知書に記入した内容ならびに告知事項は、事実と相違ありません。もし、告知事項について事実と相違した場合は、当保険契約・特約の一部または全部を解除されても異議申し立ていたしません。下記被保険者は当団体の所属員であることに間違いありません。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。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)」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。

【注意事項】
 ◎記載内容を訂正する場合、訂正印の押印が必要です。(告知事項の訂正印については被保険者同意印と同一印となります。)
 ◎「効力発生日」までに、上記「告知事項」に変更が生じた場合は、本加入申込書兼告知書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いただけない場合がありますので、ご注意ください。

保険契約者名	歯科技工士協同組合
代表者名	小林 雅樹 
事業所名	
事業所代表者名	

証券番号	1008005
地区コード	
事業所コード	
申込締切日	毎月15日
効力発生日	申込締切日の翌々月1日
申込書提出先	歯科技工士生命共済制度事務局

続柄
 2:配偶者 3:親 4:子 5:その他親族
 6:法定相続人 8:事業主 9:指定なし
 ※死亡保険金受取人の指定のないときは、普通保険約款の定め(死亡保険金受取人の指定がない場合)により、配偶者、子(代襲相続の孫)、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位指定があったものとして取り扱われます。

告知事項
 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1年以内に病気やケガで手術を受けたことまたは、継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。
 ③手・足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。

申込日兼告知日	年 月 日 ※必ずご記入ください			※高度障害保険金受取人:被保険者本人		現在の保険金額	新規加入・変更後の保険金額	死亡保険金受取人	続柄	告知事項	備考
被保険者番号	被保険者氏名 カタカナでご記入ください	性別	生年月日	申込区分 該当箇所に☑をご記入ください	現在の保険金額	新規加入・変更後の保険金額 保険金額を変更する場合は、変更後の金額をご記入ください	死亡保険金受取人 カタカナでご記入ください	続柄 該当する番号を○で囲んでください	告知事項 新規・変更あり(増額)の場合は必ずご記入ください	備考	
1	カタカナ 	男 女	③ 昭和 ④ 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	万円	カタカナ	2 配偶者 8 事業主 3 親 4 子 5 その他親族 6 法定相続人	はい いいえ		
2	カタカナ 	男 女	③ 昭和 ④ 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	万円	カタカナ	2 配偶者 8 事業主 3 親 4 子 5 その他親族 6 法定相続人	はい いいえ		
3	カタカナ 	男 女	③ 昭和 ④ 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	万円	カタカナ	2 配偶者 8 事業主 3 親 4 子 5 その他親族 6 法定相続人	はい いいえ		
4	カタカナ 	男 女	③ 昭和 ④ 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 脱退 <input type="checkbox"/> 変更なし	万円	万円	カタカナ	2 配偶者 8 事業主 3 親 4 子 5 その他親族 6 法定相続人	はい いいえ		

当保険契約の内容および「個人情報に関する重要事項」を確認・承知したうえで、被保険者となることに同意します。また、死亡保険金受取人からも受取人の個人情報が私の個人情報と同様に取り扱われることについて同意を取得しました。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)」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。

「死亡保険金受取人」を変更する場合は、現在指定されている受取人名および続柄を二重線で訂正のうえ、被保険者同意印と同一印を押印ください。またその場合、変更内容の効力発生日は本加入申込書兼告知書に記載の「効力発生日」となりますのでご注意ください。なお遺言による死亡保険金受取人の変更はできません。

保険会社使用欄	取扱店受付	本社受付	査定

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、保険金・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ヵ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1年以内に病気やケガで手術を受けたことまたは、継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。	手・足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。
1	カナ (漢字)	加療期間: 年 月 ~ 年 月 入院期間: 年 月 ~ 年 月 傷病名: 治療・投薬内容(薬名): 合併症の有無: (あり・なし)、手術: (あり・なし) 完治日: 年 月		手・足の欠損の状態
		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)〉	背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態
2	カナ (漢字)	加療期間: 年 月 ~ 年 月 入院期間: 年 月 ~ 年 月 傷病名: 治療・投薬内容(薬名): 合併症の有無: (あり・なし)、手術: (あり・なし) 完治日: 年 月		手・足の欠損の状態
		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)〉	背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態
3	カナ (漢字)	加療期間: 年 月 ~ 年 月 入院期間: 年 月 ~ 年 月 傷病名: 治療・投薬内容(薬名): 合併症の有無: (あり・なし)、手術: (あり・なし) 完治日: 年 月		手・足の欠損の状態
		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)〉	背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態
4	カナ (漢字)	加療期間: 年 月 ~ 年 月 入院期間: 年 月 ~ 年 月 傷病名: 治療・投薬内容(薬名): 合併症の有無: (あり・なし)、手術: (あり・なし) 完治日: 年 月		手・足の欠損の状態
		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)〉	背骨(脊柱)・視力・聴力・言語・そしゃく機能の障害状態

(※)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いただけない場合がありますのでご注意ください。

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