

お申込者様情報

※ 西暦でご記入ください

契約者 情報	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名	姓 名	喫煙状況	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 非喫煙 (1年以上)			
			婚姻状況	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他			
			身長・体重	身長()cm 体重()kg			
	マイナンバー		国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()			
			出生地	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	携帯電話番号		Email				
現住所	フリガナ 〒				居住年数	年	
勤務先 情報	会社名	フリガナ	業種		職務・役職		
	住所	フリガナ 〒			勤続年数	年	
	電話番号		年収			万円	

契約者が契約中の生命保険情報

保険会社名	契約開始日	保障額
保険会社名	契約開始日	保障額

契約者と被保険者が異なる場合のみ被保険者と次順位契約者の情報をご記入ください。

次順位契約者とは、契約者に万が一の事があった場合に自動的に次の契約者となる方です。(21歳以上で、被保険者の親、または配偶者)

被保 険者 情報	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名	姓 名	喫煙状況	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 非喫煙 (1年以上)		
			婚姻状況	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他		
			身長・体重	身長()cm 体重()kg		
	マイナンバー		国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()		
			出生地	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	携帯電話番号		Email			
現住所	フリガナ 〒				居住年数	年
勤務先 情報	会社名	フリガナ	業種		職務・役職	
	住所	フリガナ 〒			勤続年数	年
	電話番号		年収			万円
次順 位 契 約 者 情 報	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名	姓 名	喫煙状況	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 非喫煙 (1年以上)		
			婚姻状況	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他		
			被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親		
	マイナンバー		国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()		
			出生地	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	携帯電話番号		Email			
現住所	フリガナ 〒				居住年数	年
電話番号		年収				万円

被保険者が加入中の生命保険情報（契約者と被保険者が異なる場合のみ）

保険会社名	契約開始日	保障額
保険会社名	契約開始日	保障額

受取人指定（万が一の事があった場合の保険金受取人、18歳以上のご家族）

※ 西暦でご記入ください

受取人氏名（ローマ字フルネーム）	生年月日	身分証明書番号	関係	割合(%)
				%
				%

最後に診察を受けた内容（被保険者のみ）

医師名	日付	理由と治療/処置内容
住所 フリガナ 〒		

被保険者に関する告知書

		はい	いいえ
A1	ハングライダー、自動車レース、スキューバダイビング、スカイダイビング等の危険なスポーツに参加される予定はありますか。「はい」の場合は、別紙調査書にご記入ください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	海外旅行をされたことがある、または2年以内にされる予定がありますか。 「はい」の場合、詳細をご記入ください。行先: 期間:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	犯罪に関する取り調べを受けたことがある、犯罪で逮捕または有罪判決を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	ご自身、またはご家族が誘拐、恐喝されたり命に係わる脅迫を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	自動車事故を起こしたことがある、飲酒または薬物使用運転で有罪判決を受けたことがある、または交通違反をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	所得補償給付の申請したことがある、または保険会社から給付を受けたことがありますか。 「はい」の場合、理由、保険会社名、請求日、保険証券番号をご記入ください。 保険会社名() 証券番号() 請求日() 理由()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	生命保険/医療保険の請求が拒否、延期、回収、申込内容以外の基準で受付られたことはありますか？ 「はい」の場合、理由、保険会社名、請求日、保険証券番号をご記入ください。 保険会社名() 証券番号() 請求日() 理由()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	軍隊、または予備役軍に属していたことがありますか。または入隊する予定はありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	過去12か月以内に、喫煙、たばこ、或いはたばこ製品を喫煙されましたか。 「はい」の場合、種類と喫煙量をご記入ください。種類() 喫煙量(1日/1週間/1か月に() 本)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	過去10年以内に、コカイン、マリファナ、メタンフェタミン、バルビツール酸系睡眠薬、またはその他の規制薬物を使用されたことがありますか。 「はい」の場合、「薬物使用に関する調査書」に詳細をご記入ください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	アルコール類を飲みますか？「はい」の場合、種類と摂取量、頻度をご記入ください。 種類() 飲酒量(1日/1週間/1か月に())	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	過去12か月間に体重の大きな変動はありましたか。 「はい」の場合： <input type="checkbox"/> 増量 <input type="checkbox"/> 減量 (kg) 理由 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	下記のいずれかの診断、または治療を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a	目、耳、鼻、または喉の疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	めまい、失神、痙攣、頭痛、発話障害、麻痺、脳卒中、精神または神経疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	息切れ、継続する声枯れ、咳、吐血、気管支炎、胸膜炎、喘息、肺気腫、結核、または慢性呼吸器官疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	胸の痛み、動機、高血圧、リウマチ熱、心雑音、心臓発作、または心臓や血管関連の疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	黄疸、腸出血、潰瘍、ヘルニア、虫垂炎、大腸炎、憩室炎、痔、再発性消化不良、または胃、腸、肝臓、胆嚢に関連する疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	尿中からの糖、アルブミン、血、または膿の検出、性病疾患、または腎臓、膀胱、前立腺、生殖器官の結石や疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	糖尿病、甲状腺、またはその他の内分泌系疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	神経炎、坐骨神経痛、関節炎、痛風、筋肉疾患、または脊髄、背中、間接を含む骨疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	変形、跛行または切断術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	皮膚、リンパ腺を含む嚢胞疾患、腫瘍、癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	アレルギー、貧血、またはその他の血液疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	現在医師の処方による薬の服用中、経過観察中、または治療中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

