SOMPO 損保ジャパン

団体契約加入依頼書

FLEX

加入者は、募集文書または損保ジャパンの公式ウェブサイト（https://www.sompo-japan.co.jp/）に掲載の個人情報の取扱いを確認し、加入依頼書に記載の加入者以外の者（被保険者等）より必要な同意を得たうえ、保険契約に関する個人情報の取扱いに同意します。

19.05　＜帳票　54267-1＞

証券番号	9	1	2	5	1	0	A	3	8	7

団体名	清水建設株式会社
保険期間	令和 8 年 4 月 1 日から 令和 9 年 4 月 1 日まで

健康告知事項：～所得補償保険・団体長期障害所得補償保険・団体用医療保険にご加入の場合～
新規加入される方、あるいは加入内容もしくは告知事項に変更のある方は、別途所定の告知書をご記入願います。

★疾病による学業費用補償特約セットの場合：被保険者の学校の種類が複数になる場合は、該当するものすべてに○をしてください。
(1) 小学校入学前　(2) 小学校　(3) 中学校、高校　(4) 大学　(5) その他

加入者合計保険料（シート計）※分割払は1回分：千　円

中途加入の場合記入：即時追加保険料　千　円

申込日　令和　年　月　日　　加入者住所・氏名、被保険者氏名のフリガナは必ずご記入ください。

社員コードをご記入ください

【重要】★の項目は、告知事項です。事実と異なる内容を記載した場合や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ので、ご注意ください。
（ご注意）1 死亡保険金は被保険者の法定相続人にお支払いします。死亡保険金受取人について、特定の方を定める場合は、所定の方法により、被保険者の同意の確認手続きが必要です。
2 所得補償保険で事業主費用補償特約にセットで加入する場合は当加入依頼書は使用できません。

加入者

住所	〒　－	☎（自宅）（　） （携帯）（　）
氏名	フリガナ / 漢字	
名	フリガナ / 漢字	
性別	(1)男 (2)女	生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令　年　月　日生
扶養者	フリガナ 加入者と異なるときのみ記入（傷害総合のみ）	

申込日、お名前をご記入ください

加入者ご署名またはご捺印欄
告知義務などの内容を確認し、個人情報の取扱いに同意のうえ、加入を依頼します。
署名欄（法人の場合はご捺印）
訂正（あり）

522 職員番号　明細整理番号2
524　明細整理番号4
525　明細整理番号5
＜漢字＞
KG6　明細整理番号6
明細整理番号7

ご捺印ください

	被保険者氏名	性別	傷害級別
1	601 ① 氏名 フリガナ / 漢字 加入者に同じ場合は記入不要です。 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令　年　月　日生 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役職員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女	★職業・職種名
2	氏名 フリガナ / 漢字 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令　年　月　日生 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役職員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女	★職業・職種名
3	氏名 フリガナ / 漢字 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令　年　月　日生 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役職員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女	★職業・職種名
4	氏名 フリガナ / 漢字 生年月日 (2)大 (3)昭 (4)平 (5)令　年　月　日生 加入者との関係 (1)本人 (2)配偶者 (3)子供 (4)親 (5)兄弟姉妹 (6)その他同居親族 (7)役職員・その家族 被保険者番号	(1)男 (2)女	★職業・職種名

型	800 型	806 型	808 型		
口数	801 口	803 口	805 口	807 口	809 口
保険料（分割払は1回分）	0A0 千　円	0A2 千　円	0A4 千　円	0A6 千　円	0A8 千　円
即時追加保険料	0A1 千　円	0A3 千　円	0A5 千　円	0A7 千　円	0A9 千　円
型	810 型	812 型	814 型	816 型	818 型
口数	811 口	813 口	815 口	817 口	819 口
保険料（分割払は1回分）	0E0 千　円	0E2 千　円	0E4 千　円	0E6 千　円	0E8 千　円
即時追加保険料	0E1 千　円	0E3 千　円	0E5 千　円	0E7 千　円	0E9 千　円
型	820 型	822 型	824 型	826 型	828 型
口数	821 口	823 口	825 口	827 口	829 口
保険料（分割払は1回分）	0J0 千　円	0J2 千　円	0J4 千　円	0J6 千　円	0J8 千　円
即時追加保険料	0J1 千　円	0J3 千　円	0J5 千　円	0J7 千　円	0J9 千　円
型	830 型	832 型	834 型	836 型	838 型
口数	831 口	833 口	835 口	837 口	839 口
保険料（分割払は1回分）	0N0 千　円	0N2 千　円	0N4 千　円	0N6 千　円	0N8 千　円
即時追加保険料	0N1 千　円	0N3 千　円	0N5 千　円	0N7 千　円	0N9 千　円

補償対象外とする疾病

1 種目名	種目コード				
VH0 群コード	VH1 疾病名	VH5 群コード	VH6 疾病名		
2 種目名	種目コード				
VL0 群コード	VL1 疾病名	VL5 群コード	VL6 疾病名		
1 種目名	種目コード				
VP0 群コード	VP1 疾病名	VP5 群コード	VP6 疾病名		
1 種目名	種目コード				
VS0 群コード	VS1 疾病名	VS5 群コード	VS6 疾病名		

種目コードは表紙裏面に掲載の保険種類コード表を参照してください。

注）「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部について支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。
（※）傷害保険の場合、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同一である他の保険契約または共済契約をいいます。
（※）所得補償保険、団体長期障害所得補償保険の場合、所得補償保険、積立所得補償保険、団体長期障害所得補償保険等、この保険契約の全部または一部
（※）団体用医療保険の場合、医療保険、がん保険、傷害保険、各種商品の入院特約等、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同一である他
（※）個人賠償責任保険、ゴルフ場賠償責任保険、ハンター保険の場合、ゴルフ場賠償責任保険等、この保険契約の全部または一部に対して支

520 ★他の保険契約等（注）	(9) 別紙		
517 受取人指定・被保険者同意	(9) 別紙	518 住宅の所在地	(9) 別紙
519 扶養者住所氏名	(9) 別紙	526	(3) 脱退 (印)

ご捺印ください

特殊	①	②	確認	021	
不備	指示	不備		024	
				025	022

バックオフィス記入欄

4×1（20010054）401067 -0300 A

※こちらの書類を印刷いただき、お近くのミルックスまでお送りください。