① 社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）・総合医療保険（団体型）　加入申込書兼告知書・異動報告書（１表）

日本生命保険相互会社　行
以下の「効力発生日」から効力が発生することを承知のうえ、以下被保険者について加入（増額）の申込みをします。なお、加入申込書兼告知書に記載の内容が事実に相違した場合は、契約（特約が付加されている場合は、特約を含みます。）の全部または一部を解除されても異議を申しません。この申込みについては、被保険者の加入同意印をもって同意確認を行いました。なお、契約者にて、社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）および総合医療保険（団体型）の告知事項を確認し、社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）については、以下の告知事項の１項に該当しないことを確認しました。

ご留意点	契約者	届出印
1．被保険者同意の重要性を十分にご理解いただき、中途加入者、増減額者全員に対して契約内容の通知を行い、同意確認を実施していただきますようお願いいたします。 **2．生命保険会社の職員・代理店がお客様の告知に際し、事実を告知することを妨げたり、あるいは事実と違うことを告知するよう勧めることはありません。** **3．社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）について、次の方の新規加入・保険金増額等の際には、以下告知事項２項、３項に該当しない場合でも「被保険者の告知書」をご提出ください。** **・非常勤役員等の加入が認められた制度で、常勤ではない等の理由で、以下告知事項に該当するかどうかの判断が困難な方** **4．「加入申込書兼告知書」等への記入の有無にかかわらず、当社で保有するお客様情報により、ご加入もしくは増額等をお断りすることがあります。**	**団体名：公益財団法人　社会福祉振興・試験センター** **代表者名：　理事長　橋本　正明**	

効力発生日	令和	年	月	1 日	申込（告知）日（記入日）	令和	年	月	日

法人名・施設名（ゴム印可）	法人一括の場合は法人印	施設印
所在地 代表者役職名・氏名		施設印押印要 １表の提出が複数枚となる場合、必ずすべての１表に施設印を押印してください。

県コード	施設種類コード	事業所コード
0 0 0		9 9

施設の管理者の方が告知事項をご確認ください

制度	社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）	総合医療保険（団体型）
告知欄　告知事項	1．告知日現在、病気やけがにより欠勤中の方がいますか。（病気やけがの治療のため公休・普通休暇等で欠勤している方を含む） 2．告知日から過去１年以内に、病気やけがにより継続して２週間以上欠勤された方がいますか。（病気やけがの治療のため公休・普通休暇等で欠勤した方を含む） 3．告知日現在、健康上の理由で勤務の特別扱（※）を受けている方がいますか。 ※ 健康上の理由で勤務に制限を加える必要のある方で、勤務先または医師等の指示により労働時間（日数）短縮の特別扱を受けている場合をいいます。	告知日から過去５年以内に、病気またはけがにより、継続７日以上にわたり、欠勤された方はいますか。（病気やけがの治療のため公休・普通休暇等で欠勤した方を含む）
告知欄　備考	・上記、告知事項（項目番号「1」）に該当する場合は、加入（増額）できません。 ・上記、告知事項（項目番号「2」「3」）を確認のうえ、以下の告知欄（＊）に記入してください。 ・該当しない場合・・・「無」を〇印で囲んでください。 ・該当する場合　・・・「有」を〇印で囲んでください。 該当の項目番号を〇印で囲んでください。 「被保険者の告知書」をあわせて提出してください。	・上記、告知事項を確認のうえ、以下の告知欄（＊）に記入してください。 ・該当しない場合・・・「無」を〇印で囲んでください。 ・該当する場合　・・・「有」を〇印で囲んでください。 「被保険者の告知書」をあわせて提出してください。

申込コード	被保険者番号【右づめ記入／前「0」不要】（申込コード「1．新規加入」の方は記入不要）	被保険者氏名（カタカナ）セイ	被保険者氏名（カタカナ）メイ	被保険者の加入同意印★参照	性別 1.男性 2.女性	生年月日 年号 3.昭和 4.平成	年	月	日	社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）現在の加入保険金額（万円）	申込保険金額（万円）	告知欄（＊）告知事項「2」「3」に該当する場合は記入してください。	総合医療保険（団体型）※従事者相互保険の加入が条件となります。現在の加入金額（円）	申込入院給付金日額（円）	告知欄（＊）告知欄を確認のうえ、記入してください。	お届記入欄 ●申込コード「8．死亡」の場合のみ死亡日を記入 ●転出元・転入先の施設名を記入	会社処理欄 団定 個別 有無	内容	医療 告知
				印								無 有 項目番号 2 3			無 有	5 令和 年 月 日（死亡日を記入）施設名			
				印								無 有 項目番号 2 3			無 有	5 令和 年 月 日（死亡日を記入）施設名			
				印								無 有 項目番号 2 3			無 有	5 令和 年 月 日（死亡日を記入）施設名			
				印								無 有 項目番号 2 3			無 有	5 令和 年 月 日（死亡日を記入）施設名			
				印								無 有 項目番号 2 3			無 有	5 令和 年 月 日（死亡日を記入）施設名			

申込コード
1．新規加入　2．脱退　3．転出※　4．転入※
5．氏名の変更・訂正　6．生年月日訂正　7．性別訂正　8．死亡
9．総合医療保険（団体型）のみ新規加入（従事者相互保険加入者のみ選択可）
※［施設間での転出入発生時に使用］「3．転出」は制度の脱退のお手続き、「4．転入」は制度への新規加入のお手続きとなります。

性別　1．男性　2．女性
年号　3．昭和　4．平成

★【同意印鑑】新規加入（転入時の新規加入を含む）・増額時のみ必要
この保険制度および保険契約の内容・医療保障保険契約内容登録制度ならびに、この保険にかかわる個人情報の取扱いについて、加入勧奨時に説明資料等を通知・配付され、了解したうえで、この保険契約の被保険者となること、および社会福祉施設従事者相互保険（団体定期保険）の死亡保険金・災害保険金・障がい給付金・入院給付金受取人は事業主となり、総合医療保険（団体型）の給付金受取人は被保険者本人となることに同意し押印します。

受付

申込書提出締切日については、募集パンフレットをご確認ください。
記号証券番号　932-5595／900-95235
複数の保険会社による共同取扱契約の場合、幹事会社が他の引受保険会社から委任を受けて事務を行いますが、引受保険会社は引受割合に応じて保険契約上の権利を有し義務を負うものであり、相互に連帯して責任を負うものではありません。また、将来に向かって、引受保険会社および引受割合の変更もあり得ます。

支社支部コード	支社名	営業部名	氏名コード	取扱者
－				

（幹事会社）日本生命保険相互会社
K23-385