

全日電工連 3大疾病保障保険 加入申込書

※申込される方に「保障内容等の概要」を必ずお渡しください。

住友生命保険相互会社 御中

証券番号

564001344

収納番号

0000001

契約者

以下の事業所および申込者について、加入資格があることを確認し、下記「申込日」付で本契約への加入を申し込みます。
(新たに加入を申し込まれる方は、加入資格のある方に限ります。)

全日本電気工業業工業組合連合会様

加入案内用資料に記載された重要な事項(契約概要・注意喚起情報等)の内容を了解し、申込内容が事業所の意向(ニーズ)に沿ったものであることを確認のうえ、被保険者に契約内容を通知し、同意が得られたことを確認しましたので、契約者あてに下記のとおり申し込みます。

事業所名

代表者名

道府県工組名

支部
(地区本部)

ご記入上の注意

- 毎月メ切日(休日の場合はその直前の営業日)までに住友生命本社に到着分は、翌月1日が加入日となります。
- 更新月(3月)はメ切日が異なります。必ずパンフレットをご確認ください。
- メ切後のご提出の場合は加入月を繰り下げます。
- 訂正箇所は必ず事業所印にて訂正ください。
被保険者自署・申込日・告知欄については、被保険者本人の訂正署名もしくは訂正印が必要です。

1

事業所記入欄

ご加入年月	(和暦)	年	月	
所属コード	県No.	支部No.	生保No.	事業所No.
個人コード	県No.	生保No.	事業所No.	加入者No.

グループ共済制度と
同じコードを付番し
てください。

被保険者名(カタカナでご記入ください)(保険金受取人)	性別	生年月日	保険金額
セイ(姓)	メイ(名)	昭和 平成	○をご記入ください。
	男 女	年 月 日	100万円

被保険者記入欄は、ご加入の場合必ずご記入ください。

2

被保険者記入欄

被保険者自署(漢字フルネーム) 契約内容を理解し、記載の内容で本制度の被保険者となること、および 右記「個人情報のお取り扱いについて」の内容に同意します。	申込日(告知日)	すべていいえの場合は ○をしてください。 告知欄
	(和暦)	下記の告知事項に 該当しますか。
様	年 月 日	すべて いいえ

- ・上記被保険者自署欄に記載の内容に同意されない方、または告知事項に該当される方はお申し込みいただけません。
- ・告知事項に該当しなくなった時点でご加入いただけますので、事業所にその旨を申し出てください、できるだけ早く加入の
手続きをお願いします。ただし、過去に3大疾病保険金をお受取りになった方の再加入はできません。

【個人情報のお取り扱いについて】

この保険の運営に当っては、団体は、加入対象者(被保険者)の個人情報(氏名、性別、生年月日、健康状態等)および受取人の氏名・続柄を団体(契約者)が保険契約を締結する生命保険会社へ提供します。生命保険会社は、受領した個人情報を、各種保険契約の引受け、継続・維持管理、保険金・給付金等の支払い、各種商品・サービスの案内・提供(関連会社・提携会社を含む)、その他保険に関連・付随する業務のために利用し、また、団体、他の共同取扱生命保険会社および再保険会社へ上記目的の範囲内で提供します。なお、団体は、この保険契約に基づいて入手する個人情報について、この保険の事務手続き以外には使用いたしません。

また、今後、個人情報に変更等が発生した際にも、それぞれ上記に準じ個人情報を取り扱います。

(注)保健医療等の機微(センシティブ)情報については、保険業法施行規則により、業務の適切な運営の確保その他必要と認められる目的に利用目的が限定されています。

3

告知事項

！ご加入のお申込みの場合は、被保険者が必ずご確認ください。

告知事項のすべてに該当しない場合のみお申し込みいただけます。該当しない場合は告知事項に対する回答として、**2**被保険者記入欄の告知欄の「すべていいえ」を○で囲んでください。もし、告知事項に該当するにもかかわらずご加入された場合には、「告知義務違反」として保険金のお支払いができないことがあります。

A	申込日(告知日)までに、がんまたは上皮内がん ^{*1} と診断されたことがありますか。
B	申込日(告知日)から過去3か月以内に、別表の病気で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。
C	申込日(告知日)から過去3年以内に、別表の病気で、「手術をうけたこと」または「2週間以上の期間にわたり医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたこと」のいずれかがありますか。
D	申込日(告知日)から過去2年以内に、健康診断・がん検診または人間ドックをうけ、要再検査・要精密検査・要治療のいずれかを指摘されたことがありますか。 ※その後の精密検査の結果、「医師より治療の必要なしと言われた方」または「別表の病名に該当しないことが判明した方」は「いいえ」になります。

別表	心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心疾患・心不全・心筋症・不整脈・高血圧症 ^{*2}
	脳	脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)
	肺・気管支	慢性気管支炎・肺炎腫・慢性閉塞性肺疾患
	胃腸	かいよう性大腸炎・クローン病
	肝臓・すい臓	肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障がい・すい炎
	腎臓	腎炎・ネフローゼ・腎不全・う泡腎・人工透析
	しゅよう	しゅよう(良性腫瘍を含む)・ポリープ
右記の病気	糖尿病 ^{*3} ・リウマチ・こうげん病・紫斑病	

- ※1 がんには、白血病、悪性リンパ腫、肉腫、悪性腫瘍、悪性新生物、骨髄異形成症候群、カルチノイド、悪性GIST(消化管間質腫瘍)、ポリープ、バジエツ病を含みます。
上皮内がんは、がん細胞が臓器の表面を覆っている上皮内にとどまっている状態を指し、子宮頸部・膣部・外陰部・肛門部の中等度または高度異形成を含みます。
- ※2 高血圧症については、直近の服薬後の血圧値が最大160mmHg以上または最小100mmHg以上の場合に限り告知事項に該当します。
- ※3 糖尿病については、「インスリンを使用」「HbA1c(NGSP)が6.5%以上」「空腹時血糖値が126mg/dl以上」のいずれかの場合に限り告知事項に該当します。

取扱会社使用欄

生 保	(コード)
支 社	(コード)
支 部	(コード)
担当者	(コード)

住友生命使用欄

点 検 印	インプット印	受 付 印
-------	--------	-------

ご記入後はコピーのうえ控を保管ください。

法人サービス室 2025.3 保存⑦