



# 親子のちから 記入例 申込書等の提出：希望者

セイキョウタロウさんの家族例の場合（年齢は令和7年1月1日時点）



- 1 申込日をご記入ください。  
印字されている内容に間違いがないかご確認ください。
- 2 日中の連絡先（携帯電話番号等）をご記入ください。
- 3 被保険者（保険金受取人）の方がすべてご記入ください。  
健康状態告知を確認頂き、該当がなければ「すべていいえ」にマルをご記入ください。

以下「本枠」についてご記入、ご署名ください。「自署」は加入者さま、被保険者さまご本人がご記入ください。  
訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて告知者の訂正署名または訂正印が必要です。  
修正液や重ね書きでの訂正はできません。

東北電力生活協同組合「親子のちから」(親介護費用補償セット団体総合保険) 加入申込書兼健康状態に関する告知書

届出事由  新規加入  解約  変更なし  変更あり  変更内容

保険期間 令和7年 月1日～令和8年1月1日

会社コード 00 分所コード 1234 所属課所コード 12345678 組合員番号 0123456789

申込日告知日 令和 6 年 9 月 1 日 生年月日 昭和 4 平成 51 年 3 月 1 日

氏名 (カナ) セイキョウ タロウ 性別 ①男 ②女  
名 (漢字) 生協 太郎

加入者 〒 980-0822 自宅TEL 022-268-0000

住所 (カナ) センダイシ アオバク タチマチ20-1 セイキョウマンション405  
名 (漢字) 仙台市青葉区立町20-1 生協マンション405

日中の連絡先（携帯電話番号等） 090 1234 5678

本告知事項は、私が自ら記入したものであり、事実と相違ありません。事実と相違していた場合は、ご契約が解除となったり、保険金の支払いを受けられなくなったりも異議を申し立てません。また、「健康状態」に関する告知にあたってご注意いただきたいことの内容について確認・同意し、ならびに加入申込書兼健康状態に関する告知書（お客さま控）に記載の「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」を確認し、損保ジャパンが必要な範囲において個人情報取得・利用・提供することに、申込人（加入者）、告知者（親介護費用保険金受取人（被保険者））、補償の対象者とともに同意します。

【重要】  
1.★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、ご契約を解除することや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。  
2.告知の内容によっては、ご加入をお断りする場合がありますので、あらかじめご了承ください。  
3.「告知書の個人情報の取扱いに関する事項」は、加入申込書兼健康状態に関する告知書（お客さま控）の裏面をご参照ください。

加入者（組合員自署欄） 訂正 あり

被保険者は令和7年1月1日時点で満18歳以上、対象者は同時点で新規の方は満40～79歳、継続の方は満40～89歳の方をご指定ください。

被保険者（保険金受取人）	対象者（被保険者の親）	加入プラン	月額保険料	即時保険料	★健康状態告知	★他の保険契約等(※)
① 氏名 (漢字) 生協 太郎 生年月日 昭和 4 平成 51 年 3 月 1 日 48歳 性別 ①男 ②女 加入者との関係 W2 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他	氏名 (漢字) 生協 文吉 生年月日 昭和 3 平成 55 年 5 月 1 日 74歳 性別 ①男 ②女 対象者番号(被保険者番号) W1	加入プラン 800 月額保険料 300円 即時保険料 500円 700円 1000円	8,840円	すべていいえ	★他の保険契約等(※) がありますか、「はい」	
② 氏名 (カナ) セイキョウ タロウ 名 (漢字) 生協 太郎 生年月日 昭和 4 平成 51 年 3 月 1 日 48歳 性別 ①男 ②女 加入者との関係 W2 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他	氏名 (カナ) セイキョウ フミ 名 (漢字) 生協 フミ 生年月日 昭和 4 平成 57 年 6 月 10 日 72歳 性別 ①男 ②女 対象者番号(被保険者番号) W1	加入プラン 810 月額保険料 300円 即時保険料 500円 700円 1000円	8,840円	すべていいえ	★他の保険契約等(※) がありますか、「はい」	
③ 氏名 (カナ) (自署) 名 (漢字) (自署) 生年月日 昭和 4 平成 年 月 日 歳 性別 ①男 ②女 加入者との関係 W2 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他	氏名 (カナ) (自署) 名 (漢字) (自署) 生年月日 昭和 4 平成 年 月 日 歳 性別 ①男 ②女 対象者番号(被保険者番号) W1	加入プラン 820 月額保険料 300円 即時保険料 500円 700円 1000円	すべていいえ	★他の保険契約等(※) がありますか、「はい」		
④ 氏名 (カナ) (自署) 名 (漢字) (自署) 生年月日 昭和 4 平成 年 月 日 歳 性別 ①男 ②女 加入者との関係 W2 1本人 2配偶者 3子 4孫 5兄弟姉妹 6その他	氏名 (カナ) (自署) 名 (漢字) (自署) 生年月日 昭和 4 平成 年 月 日 歳 性別 ①男 ②女 対象者番号(被保険者番号) W1	加入プラン 830 月額保険料 300円 即時保険料 500円 700円 1000円	すべていいえ	★他の保険契約等(※) がありますか、「はい」		

「他の保険契約等」とは、この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。  
(※) 団体総合保険（親介護費用補償セット）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じである他の保険契約または共済契約をいいます。

社内用欄	月払保険料(合計) 円	合計即時保険料 円	バックオフィス使用欄	★他の保険契約等
				⑨ あり 共通連番

## 訂正

訂正をする場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、抹消線に重ねて被保険者（保険金受取人）の訂正署名または訂正印が必要です。修正液や重ね書きでの訂正はできません。

## 〔ご提出にあたって〕

- 2枚目はお客さま控となっておりますので切り離して保管ください。
- 1枚目をご提出ください。