

新規加入、または加入内容に変更のある方のみご提出ください。

パンフレット記載の意向確認書により商品内容が自身の意向に合致していることを確認し、加入申込時に通知・配付された説明資料等に記載の重要事項（「契約概要」「注意喚起情報」を含む）および個人情報の取扱い等について了承・同意のうえ、以下のとおり加入（変更）を申込みます。
なお、告知内容は事実と相違ないことを確認しました。

団体名 ヤンマーホールディングス株式会社

事業所

法人	
組織	

事業所コード	勤務所番号	被保険者番号
26	31 41 42 SKIP	46 55

申込日（告知日）		
年	月	日
令和		

申込締切日	令和	年	月	日
効力発生日	令和	年	月	日

子どもが未成年のときは、親権者が押印してください。

加入者区分	現在の加入内容		同一内容で継続される場合の 予定保険料（円）
	保険金額（万円）	月額保険料（円）	
本人			
配偶者			
子ども計			
合計			

（注）上記の予定保険料は、現在と同一加入規模で算出したものであり、正規の保険料は募集結果集計後通知します。

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。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。
（幹事会社）日本生命保険相互会社

加入者区分	被保険者氏名 (カタカナでご記入ください。)		性 別	生年月日（和暦） 年 月 日				申込区分 1 2 3 4 5 新規額 同額 脱退	既加入 保険金額 (万円)	申込保険金額 (万円)	申込印 (告知印)	死亡保険金受取人 氏名（カタカナでご記入ください。）			続柄 コード	人数
	加入者 番号	被保険者 氏名		年	月	日	氏名					続柄 コード	人数			
本人	56 0	57	76	77	78	79		85	86	90	印	91	105	106	107	
配偶者	56 1	57	76	77	78	79		85	86	90	印				91 107	
子ども計	56	57	76	77	78	79		85	86	90	印					
子ども	56	57	76	77	78	79		85	86	90	印					
	56	57	76	77	78	79		85	86	90	印					
	56	57	76	77	78	79		85	86	90	印					
	56	57	76	77	78	79		85	86	90	印					

配偶者・子どもの死亡保険金受取人は、本人（主たる被保険者）となります。

SKIP

K21-023

グループ生命保険 告知欄

新規加入・増額する申込者それぞれがパンフレット等に記載の加入資格を満たしていること、および右記の質問事項を確認のうえ告知します。

*主たる被保険者が新規加入・増額する申込者の告知をとりまとめるうえ、以下の1または2に○印をご記入ください。

1 新規加入・増額する全ての申込者について、質問事項に対する答えが全て「はい」となります。

2 質問事項について「はい」の答えがある申込者があります。該当者について、あわせて「被保険者の告知書」を提出します。

【「はい」の答えがある申込者氏名（カタカナでご記入ください。）】

<質問事項>

- 申込日現在、健康上の理由で就業制限（*1）を受けていますか。
（配偶者・子どもの場合、申込日から過去3カ月以内に、医師の治療・投薬（*2）を受けたことがありますか。）
 - 申込日から過去1年以内に、病気がけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。
 - 申込日から過去1年以内に、病気がけがで2週間以上にわたり（*3）、医師の治療・投薬（*2）を受けたことがありますか。
- （*1）就業制限とは、勤務先または医師等により欠勤（公休・普通休暇等によるものも含む）を指示されている場合などをいいます。
- （*2）「医師の治療・投薬」とは、医師による診察・検査・治療・投薬のほか、指示・指導を含みます。
（注）一過性の軽微な疾患（かぜ、アレルギー性鼻炎、歯治療）、手足の骨折によるものを含みません。
- （*3）「2週間以上にわたり」とは、初診から終診までの期間が2週間以上の場合をいいます。
たとえば、受診は2日でも、その間が2週間以上の場合や、合計2週間分以上の投薬を受けた場合は、「2週間以上」となります。

ご記入に際してのご留意点

【性別】男性…1 女性…2 【死亡保険金受取人の続柄コード】
【年号】昭和…3 平成…4 令和…5 配偶者…1 子ども…2 父母…3 祖父母…4
【申込区分】1つだけ○印を記入 兄弟姉妹…5 法定相続人…6 その他…9

*死亡保険金受取人欄に記入がない場合は配偶者、子ども（子どもが死亡している場合には、その直系単属）、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位で指定のあったものとして取扱います。
*死亡保険金受取人の続柄が「法定相続人（=6）」のときは、受取人氏名・人数の記入は不要です。
*死亡保険金受取人は原則、2親等以内の血族または配偶者となります。
死亡保険金受取人の続柄が「その他（=9）」となる場合や受取人が複数となる場合は、「死亡保険金受取人指定書」をあわせてご提出ください。
*既に加入されている方が、死亡保険金受取人を変更される場合は、別途「死亡保険金受取人指定書」をご提出ください。
（既に加入されている方は、「申込書兼告知書」で受取人を変更できません）