

情報記入用紙

お申込に必要な情報**すべての**入力（記入）を、お願いいたします。

契約者とは

- ・ 保険会社と契約を結び、保険料の支払い、契約の権限をもつ人。

被保険者とは

- ・ 保険の保障対象となる人。
- ・ 保険料支払終了時に70歳以下である必要があります。
- ・ 18歳以上の場合は、契約者兼被保険者である必要があります。

受益者とは

- ・ 保険金を受取る人。
- ・ 18歳以上である必要があります。

- ・ ご契約には身分証明等が必要ですので、別紙の【必要書類】をご参照の上、ご一緒に提出ください。

入力内容は**他社保険と申告内容の整合性が必要です。**
虚偽申告がございましたら、契約審査や保険金受取時に影響いたします。

■ 契約者情報記入用紙

氏名 (漢字・カタカナ・ローマ字)				() 男性 () 女性
婚歴	() 未婚 () 既婚 () その他 ()			
生年月日 (西暦)		年齢		
国籍		出生地 (都道府県と市町村)		
パスポート番号		タバコ	非喫煙	喫煙
Eメールアドレス				
住所	〒			
居住年数		契約済生命保険の保障額		
自宅電話番号		携帯番号		
納税している国名すべて		マイナンバー番号 (12桁)		
毎月の収入額	¥	毎月の出費額	¥	
負債額 (借金やローン)	¥	持ち家の資産価値	¥	
扶養家族の人数		扶養家族の年齢		
学歴	() 高卒・専門卒 () 大卒・大卒以上 () その他 ()			
いずれか選択	() 在職中 () 退職中 () 主婦 () 学生 () その他 ()			

《在職中の方のみ下記項目》

会社名		会社電話番号	
会社住所	〒		
会社業種 (金融、建設、IT関連、等)		職種 (営業、経理、開発、等)	
役職 (営業部長、経理課長、等)		勤続年数	

《現在の流動資産金額》

現金	¥	銀行貯金額	¥
マネーマーケット	¥	株	¥
債券または投資信託	¥	アメリカの債券	¥
その他	¥		

■被保険者情報記入用紙①

氏名 (漢字・カタカナ・ローマ字)				() 男性 () 女性
婚歴	() 未婚 () 既婚 () その他 ()			
生年月日 (西暦)		年齢		
国籍		出生地 (都道府県と市町村)		
パスポート番号		タバコ	非喫煙	喫煙
Eメールアドレス				
住所	〒			
居住年数		契約者との関係 (契約者の〇〇)		
自宅電話番号		携帯番号		
納税している国名すべて		マイナンバー番号 (12桁)		
毎月の収入額	¥	出生時の体重 <small>被保険者が1歳以下の場合のみ</small>		
身長cm		体重kg		
学歴	() 高卒・専門卒 () 大卒・大卒以上 () その他 ()			
いずれか選択	() 在職中 () 退職中 () 主婦 () 学生 () その他 ()			

《在職中の方のみ下記項目》

会社名		会社電話番号	
会社住所	〒		
会社業種 (金融、建設、IT関連、等)		職種 (営業、経理、開発、等)	
役職 (営業部長、経理課長、等)		勤続年数	

ご家族が加入されている保険の詳細 (被保険者が未成年の場合のみ)

関係	保険会社	種類 <small>生命、重要疾患、事故、介護等</small>	保障額
父			
母			
兄弟・姉妹			

■被保険者情報記入用紙②

(A) 肉体労働、屋外作業、高所作業、地下作業、機械作業などの危険な作業に携わる仕事をしていますか？

() はい () いいえ はいの場合、仕事内容について：

(B) 被保険者や被保険者の直接の家族は、何らかの政府機関に雇用されていますか？

() はい () いいえ

(C) 過去12ヶ月間のうち合計60日以上入院されましたか？または医師より末期疾患により余命12ヶ月未満と診断されましたか？

() はい () いいえ

(D) あなたは現在緩和ケアまたは集中治療を受けていますか？

() はい () いいえ

(E) 6ヶ月以内に、香港、日本以外に滞在または居住していますか？

() はい () いいえ はいの場合：国 City 理由

(F) 飛行機の操縦、スキューバダイビング、カーレース、山登り、パラシュートなどの危険な行為を行いますか？

() はい () いいえ

(G) これまでに保険の申込を断られた事がありますか？

() はい () いいえ

はいの場合：日付 保険会社名 保険証券番号 理由

(H) これまでに保険金請求を行ったことはありますか？

() はい () いいえ

はいの場合：日付 保険会社名 請求額 理由

(I) この1年で体重が5キロ以上増量しましたか？

() はい () いいえ

(J) 下記の病気に患った経験はありますか？

肺結核、喘息、慢性の気管支炎、糖尿病、十二指腸潰瘍、胃潰瘍、腎臓や膀胱の病気、前立腺異常、高血圧、胸の痛み、心臓病、冠状動脈の病気、血栓症、卒中、脳卒中、てんかん、癌、腫瘍、甲状腺の病気、精神病、神経異常、認知能力障害、肝炎（B型肝炎の保菌者含む）、肝臓病、血液異常、皮膚病、筋骨または関節の病気、全身性エリテマトーデス（SLE）、関節炎、HIV感染症、エイズ、エイズに関連する病気、性病、心身の機能障害または身体の奇形。

() はい () いいえ はいの場合：病名

(K) 上記の病気以外に診断を受けたことがありますか？

() はい () いいえ

(L) 検査受診の勧めを受けた事がある。又は本人自ら（心電図、CT、血液検査、生体組織検査など）検査の受診や薬の服用、治療などを受ける予定でしたか？

() はい () いいえ

(M) かかりつけの医師がいますか？

() はい () いいえ はいの場合：医師名 病院名

(N) 過去12ヶ月間に、タバコを喫煙されましたか？

() はい () いいえ はいの場合：1日の喫煙量

(O) 過去12ヶ月以内に、葉巻、パイプ、その他タバコに準ずる喫煙をされましたか？

() はい () いいえ はいの場合：1日の喫煙量 種類

■ 受益者情報記入用紙 (被保険者死亡時、保険金受取人) 18歳以上のみ

受益者指定有無	<input type="checkbox"/> 受益者を指定する (下記に詳細を記入)	<input type="checkbox"/> 受益者を指定しない (法定相続)
---------	--	---

受益者①

氏名 (漢字・カタカナ・ローマ字)				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
婚歴	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> その他 ()			
住所	〒			
Eメールアドレス				
いずれか選択	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職中 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()			
在職中の場合は職種 (営業、経理、開発、等)				
被保険者との関係 (被保険者の〇〇)		契約者との関係 (契約者の〇〇)		
国籍		出生地 (都道府県と市町村)		
生年月日 (西暦)		パスポート番号		
自宅電話番号		携帯番号		
納税している国名すべて		マイナンバー番号 (12桁)		
保険金の受取割合	%			

受益者②

氏名 (漢字・カタカナ・ローマ字)				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
婚歴	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> その他 ()			
住所	〒			
Eメールアドレス				
いずれか選択	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 退職中 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()			
在職中の場合は職種 (営業、経理、開発、等)				
被保険者との関係 (被保険者の〇〇)		契約者との関係 (契約者の〇〇)		
国籍		出生地 (都道府県と市町村)		
生年月日 (西暦)		パスポート番号		
自宅電話番号		携帯番号		
納税している国名すべて		マイナンバー番号 (12桁)		
保険金の受取割合	%			