

〈記入例および見本〉 加入申込書

フリガナ・生年月日・性別なども
モレの無いようご記入ください。

「被保険者の健康状態についての質問事項」
についてお答えください。

医療共済ハピネス 加入申込書

ハピネス共済会 御中
(一般財団法人 ハピネス共済会)

医療共済ハピネスの「ご契約の手引き」に記載の内容を被保険者とともに了承し、加入を申し込みます。申込書および質問表に記載の各事項が、事実と相違ないことを被保険者とともに誓約します。なお、本契約に関する契約者等の個人情報、保険契約の締結・維持管理、給付金の支払いなどの判断に関する業務や共済会の事業、各種商品、各種サービスの案内などの目的のために利用されること、また、所属する団体を通じて加入する場合は、これらの個人情報所属する団体へ提供されることを被保険者とともに同意します。

中途加入の場合、次の該当事由に
印をご記入ください。
出生 婚姻

団体名 ○○○○○○○○

申込日(告知日) ○○○○年○○月○○日 契約日(責任開始日) 年 月 1 日

契約者	氏名	生年月日	性別	住所	電話番号
	フリガナ キョウサイ タロウ 共済 太郎	昭和 平成 西暦 1年 5月 5日	①男 ②女	020-0821 フリガナ モリオカシサンノウチョウ 盛岡市山王町10-6山王ハイツ2F	(019) 652-3195

被保険者(加入者)	氏名	生年月日	性別	続柄	契約型	健康状態の回答			基本契約			災害割増契約			通院契約		
						該当する	該当しない	合計	一律	任意	合計	一律	任意	合計	一律	任意	合計
	契約者に同じ				本人	契約者基本型	該当する	該当しない	4	4	8	*	2	2	2	*	2
フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子	昭和 平成 西暦 1990年 3月 3日	①男 ②女	②配偶者 ③子供 ④その他	210 家族配偶者型	該当する	該当しない	5	5	10	5	5	5	5	3	3		
フリガナ キョウサイ イチロウ 共済 一郎	昭和 平成 西暦 2016年 7月 7日	①男 ②女	②配偶者 ③子供 ④その他	220 家族基本型 230 家族子供型	該当する	該当しない								3	3		
フリガナ	昭和 平成 西暦 年 月 日	①男 ②女	②配偶者 ③子供 ④その他	210 家族配偶者型 220 家族基本型 230 家族子供型	該当する	該当しない											
フリガナ	昭和 平成 西暦 年 月 日	①男 ②女	②配偶者 ③子供 ④その他	210 家族配偶者型 220 家族基本型 230 家族子供型	該当する	該当しない											

※健康状態の告知日は申込日となります。

【被保険者の健康状態についての質問事項】

新たに加算申込される方は、次のいずれかに該当しますか。
「健康状態の回答」欄に○印を記入してください。

- 申込日現在、病気やケガのため入院または休業(休養)していますか。
- 申込日現在、医師の診察や検査および健康診断で、入院または休業(休養)や手術をすすめられていますか。
- 申込日以前の1年間に、病気やケガのため継続して14日以上入院または休業(休養)をしたことがありますか。
- 申込日以前の1年間に、同一の病気やケガで、通算して21日以上にわたり、医師の診察、検査、治療を受けたことがありますか。

左記の「被保険者の健康状態についての質問事項」は、ご契約いただく際の大切な告知事項ですので、ご質問事項を必ずお読みいただき、「健康状態の回答」欄に正確にお答えください。

集計欄		共済会処理欄			
基本契約	契約者基本型 □×250円 円	証券発行	チェック	登録	受付
	家族配偶者型 □×250円 円				
	家族基本型 □×250円 円				
	家族子供型 □×100円 円				
	災害割増契約 □×50円 円				
	通院契約 □×120円 円				
	合計				

2016.10 (3×5) 300

任意と合計の欄

- すでに印字されている方で、増口の場合は、数字を訂正してください。
- 新しくご加入いただく方は、その口数をご記入ください。

一律の欄

「一律」の口数は、団体との協定で定められておりますので、変更はできません。

医療共済ハピネス 加入申込書

ハピネス共済会 御中

(一般財団法人 ハピネス共済会)

医療共済ハピネスの「ご契約の手引き」に記載の内容を被保険者とともに了承し、加入を申し込みます。申込書および質問表に記載の各事項が、事実と相違ないことを被保険者とともに誓約します。なお、本契約に関する契約者等の個人情報、保険契約の締結・維持管理、給付金の支払いなどの判断に関する業務や共済会の事業、各種商品、各種サービスの案内などの目的のために利用されること、また、所属する団体を通じて加入する場合は、これらの個人情報 が所属する団体へ提供されることを被保険者とともに同意します。

中途加入の場合、次の該当事由に

印をご記入ください。

出生 婚姻

団体名

契約番号			

団体番号	職場番号	職員番号

申込日(告知日) 年 月 日

契約日(責任開始日) 年 月 1 日

契約者	氏名	生年月日	性別	住所	電話番号
	フリガナ	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 西暦 年 月 日	<input type="radio"/> ① 男 <input type="radio"/> ② 女	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> フリガナ	()

被保険者(加入者)	氏名	生年月日	性別	続柄	契約型	健康状態の回答	基本契約			災害割増契約			通院契約		
							一律	任意	合計	一律	任意	合計	一律	任意	合計
	契約者に同じ			本人	契約者基本型	<input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない									
フリガナ		<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日	<input type="radio"/> ① 男 <input type="radio"/> ② 女	<input type="radio"/> ② 配偶者 <input type="radio"/> ③ 子供 <input type="radio"/> ④ その他	<input type="radio"/> 210 家族配偶者型 <input type="radio"/> 220 家族基本型 <input type="radio"/> 230 家族子供型	<input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない									
フリガナ		<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日	<input type="radio"/> ① 男 <input type="radio"/> ② 女	<input type="radio"/> ② 配偶者 <input type="radio"/> ③ 子供 <input type="radio"/> ④ その他	<input type="radio"/> 210 家族配偶者型 <input type="radio"/> 220 家族基本型 <input type="radio"/> 230 家族子供型	<input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない									
フリガナ		<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日	<input type="radio"/> ① 男 <input type="radio"/> ② 女	<input type="radio"/> ② 配偶者 <input type="radio"/> ③ 子供 <input type="radio"/> ④ その他	<input type="radio"/> 210 家族配偶者型 <input type="radio"/> 220 家族基本型 <input type="radio"/> 230 家族子供型	<input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない									
フリガナ		<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日	<input type="radio"/> ① 男 <input type="radio"/> ② 女	<input type="radio"/> ② 配偶者 <input type="radio"/> ③ 子供 <input type="radio"/> ④ その他	<input type="radio"/> 210 家族配偶者型 <input type="radio"/> 220 家族基本型 <input type="radio"/> 230 家族子供型	<input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない									

※ 健康状態の告知日は申込日となります。

【被保険者の健康状態についての質問事項】

新たに加入申込される方は、次のいずれかに該当しますか。

「健康状態の回答」欄に○印を記入してください。

1. 申込日現在、病気やケガのため入院または休業(休養)していますか。
2. 申込日現在、医師の診察や検査および健康診断で、入院または休業(休養)や手術をすすめられていますか。
3. 申込日以前の1年間に、病気やケガのため継続して14日以上入院または休業(休養)をしたことがありますか。
4. 申込日以前の1年間に、同一の病気やケガで、通算して21日以上にわたり、医師の診察、検査、治療を受けたことがありますか。

上記の「被保険者の健康状態についての質問事項」は、ご契約いただく際の大切な告知事項ですので、ご質問事項を必ずお読みいただき、「健康状態の回答」欄に正確にお答えください。

集 計 欄			
基本契約	契約者基本型	□×250円	円
	家族配偶者型	□×250円	円
	家族基本型	□×250円	円
	家族子供型	□×100円	円
	災害割増契約	□×50円	円
	通院契約	□×120円	円
	合 計		円

共 済 会 処 理 欄			
証券発行	チェック	登録	受付