

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、加入を申込みます。申込書に記載の各事項が、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入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 | Ⓐ 昭和 Ⓑ 平成 年 月 日 | ① 男 ② 女 | 〒 | 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 checked="" type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない | | | | | | | | | |
| フリガナ | Ⓐ 昭和 Ⓑ 平成 Ⓒ 令和 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 | <input checked="" type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない | | | | | | | | | | |
| フリガナ | Ⓐ 昭和 Ⓑ 平成 Ⓒ 令和 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 | <input checked="" type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない | | | | | | | | | | |
| フリガナ | Ⓐ 昭和 Ⓑ 平成 Ⓒ 令和 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 | <input checked="" type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない | | | | | | | | | | |
| フリガナ | Ⓐ 昭和 Ⓑ 平成 Ⓒ 令和 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 | <input checked="" 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。

【健康に関する告知事項】

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。

- 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、精密検査(再検査)、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7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14日以上にわたり、医師の診察、治療を受けたことがありますか。

左記の「健康に関する告知事項」は、ご契約いただく際の大切な事項ですので、ご質問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 | □ × 100円 | 円 |
| | 合 計 | | 円 |

| 共 済 会 処 理 欄 | | | |
|-------------|------|----|----|
| 証券発行 | チェック | 登録 | 受付 |
| | | | |