

記 載 例

表

福岡県産業医学協議会御中

令和8年度 産業医団体傷害保険制度 加入依頼書

(加入依頼日 西暦 2026 年 3 月 1 日)				
事業所 (加入依頼者)	事業所名	フリガナ(必ずご記入ください) (カブ)ソンプショウジ (株)損保商事		代表者名 損保 太郎 (役職: 代表取締役)
	住 所	〒 812-8668 福岡市博多区博多駅前2-5-17 (TEL: 092-481-5310) (FAX: 092-481-5310)		
ご担当者名	■■■■■■■		ご連絡先 (TEL)	000-000-0000
保険料振込予定日	●月●日		お振込人名	■■■■■■■
嘱託産業医 (被 保 険 者)	氏 名	フリガナ(必ずご記入ください) ニホン ハナコ 日本 花子		性 別 男・ 女
	生年月日	西暦 1984 年 1 月 1 日生		
	自宅住所	〒 812-8668 福岡市博多区博多駅前2-9-30 (TEL: 092-000-0000)		
加入コース		S コース	11,500円	— 職種級別 A 級

【重要告知事項】

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、ご契約を解除し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。

①他の保険契約等(※)がありますか？

➡ ありの場合『会社名』・『保険金額』を右に記入 []

(※) 傷害保険の場合、傷害総合保険、普通傷害保険、積立傷害保険等、この保険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。

②過去3か年以内の傷害保険金(1事故5万円以上の請求または受領の有無)はありますか？ ➡ **有・無**

年間業務予定表 (令和8年度)

業務予定日をご記入ください。

年間の業務予定日数をご記入下さい。

なお、業務予定日がすでに決定している場合にはあわせて業務予定日も記載してください。

業務予定
日 数

10 回

業 務 予 定 日

回	月	日	回	月	日	回	月	日	回	月	日	回	月	日	回	月	日	回	月	日	回	月	日						
1			3			5			7			9			11			13			15			17			19		
2			4			6			8			10			12			14			16			18			20		

※実際の業務日が業務予定日と異なっても保険金のお支払い等に支障をきたすことはありませんが、業務日数が増加する場合には、ご通知等が必要となります。

整理番号

〈団体契約・加入者用〉ご加入内容確認シート

ご加入のお手続きは、①から④までの手順で進めてください。
☐ 枠内についてもれなくご記入いただき、加入依頼書と一緒にご提出ください。

このシートは、お客さまにご案内の保険商品へのご加入にあたり、お申込みの内容がお客さまのご意向に沿っているか、適正な内容になっているかをご確認いただくためのものです。

(注) 加入者と被保険者（保険の対象となる方）が異なる場合は、加入者が被保険者にご確認のうえご記入ください。また、加入者が未成年者の場合は、親権者がご記入ください。

必ずすべてにチェックをお願いします。

① まずはパンフレット表紙をご覧ください。(「ご案内する商品(ご希望の補償分野)」および「補償分野」欄)

パンフレット表紙の「ご案内する商品(ご希望の補償分野)」

および「補償分野」欄をご覧ください。次の質問にお答えください。

「はい」または「いいえ」のいずれかにチェックを ☒ してください。

1. パンフレット表紙をご覧ください、「ご案内する保険商品(ご希望の補償分野)」および「補償分野」をご確認いただきましたか。

2. 今回お客さまにご案内の保険商品は、お客さまにとってご興味のある(ご意向に沿っている)商品ですか。

☒ はい ☐ いいえ
☒ はい ☐ いいえ

② 〈①の質問1および質問2が「はい」の場合〉パンフレット等の商品説明等をご覧ください。

パンフレット等でご案内している商品説明等をご覧ください。次の質問にお答えください。

「はい」または「いいえ」のいずれかにチェックを ☒ してください。

3. パンフレット等をご覧ください、ご案内の保険商品をご確認いただきましたか。

4. パンフレット等の商品説明等をご覧ください。この補償に対するご意向は①の質問2でお答えいただいたときと比較して一致していますか。

☒ はい ☐ いいえ
☒ はい ☐ いいえ

③ 〈②の質問3および質問4が「はい」の場合〉加入依頼書等の必須項目にご記入ください。

加入依頼書等にご記入いただいた後、次の質問にお答えください。

「はい」または「いいえ」のいずれかにチェックを ☒ してください。

ご注意事項…この保険のあらまし(契約概要のご説明)に記載しています。

5. 次の補償内容等はお客さまのご意向に沿っていますか。

・保険金の種類 ・セットされる特約 ・保険金額 ・保険期間 ・保険料
 ・保険料払込方法 ・配当金制度がないこと

6. パンフレット等の契約概要・注意喚起情報の内容について、十分ご確認・ご理解いただけましたか。
 ご注意事項①

7. 次の項目について、加入依頼書等に正しく記載されていますか。

・告知事項(加入依頼書の★印の項目)
 ・健康状態に関する「告知」(健康状態に関する告知が必要な場合)
 ・被保険者の範囲 ・被保険者の「生年月日」「満年齢」「性別」

(注) 保険種類によっては、該当がない場合もあります。

ご注意事項②

☒ はい ☐ いいえ
☒ はい ☐ いいえ
☒ はい ☐ いいえ

④ 〈③の質問5～質問7がすべて「はい」の場合〉

日付・下記のいずれかの「ご記名とご捺印」をお願いします。

・「代表者名+代表者印」または「契約締結権限のある役職(〇〇部長、〇〇支店長、など)+ご氏名+役職印」

お申込みの内容がお客さまのご意向に沿ったものかどうか、お申込み内容をよくご確認いただき、お客様記入欄に「ご記名とご捺印」をお願いします。

「いいえ」にチェックが1つでもある場合(お客さまのご意向に沿っていない場合)は、ご加入いただけません。

詳細につきましては、取扱代理店までお問い合わせください。

【お客さま記入欄】上記の各質問の内容、個人情報の取扱いおよび加入内容が意向に沿ったものであることを確認しました。

【日付】西暦 2026 年 3 月 1 日

『ご記名とご捺印』

(株) 損保商事 代表取締役 損保太郎 印

申込人(加入依頼者)および被保険者は募集文書または損保ジャパン公式ウェブサイト(<https://www.sompo-japan.co.jp/>)に掲載の個人情報の取扱いに同意します。申込人は被保険者に上記に関する同意を確認のうえご記入ください。

日付・加入依頼者名・ご捺印をお願いします。

入金日