

オリックス生命保険株式会社 御中
裏面の誓約・同意事項を必ずご確認ください。 **申込書は全事項を契約者ご本人がご記入ください。**

1 意向把握書

※お申込みにあたってお客さまのご意向(ニーズ)を確認いたします。

| | | | | |
|-------------------|------------|-------------------|---------|---------------------|
| | 万一の場合の死亡保障 | 病気やケガに備える保障(医療保障) | がん備える保障 | 貯蓄(老後生活資金・教育資金の準備等) |
| 当初のご意向(資料のご請求時など) | - | ◎ | ○ | - |
| 最終的なご意向(お申込み時) | - | ◎ | ○ | - |

◎:主契約の保障 ○:特約付加時の保障

2 意向確認書

※お申込みいただく保険商品がお客さまのご意向(ニーズ)に合致しているかどうかを確認いたします。

次の「保障内容」とお申込みいただく保険商品(主契約・特約)の内容をパンフレット、申込書等でご確認のうえ、「意向に沿っている」「意向に沿っていない」「いずれかに○をしてください」のいずれかに○をしてください。

【保障内容】 病気やケガによる入院や手術を保障する「医療保障」を確保することができます。また、特約を付加することで、がん、重度三疾病の保障を厚くすることができます。

① 下記の内容は、最終的なご意向に沿っていますか。

| | |
|---------------------|----------------|
| ● 保障内容(給付金等の支払事由など) | ● 給付金等の金額・保険期間 |
| ● 保険料の金額・払込期間・払込方法 | ● 解約払戻金・配当金の有無 |

② お申込みいただく保険商品は、総合的に判断して最終的なご意向に沿った内容になっていますか。

取扱者

◎ご契約をお引受けできません。

3 保険契約者兼被保険者

フリガナ

氏名(自署)

性別 女 年齢 歳

生年月日 昭和/平成 年 月 日

住所 都道府県

自宅 ☎ () 日中の連絡先 ☎ ()

この保険契約(特約を含む)は、裏面*①に記載のとおり解約払戻金がない、または抑制されていることを了承しました。
●特に重要な事項のお知らせ/商品概要の説明/契約のしおり抜粋を受領し、内容を理解しました。
●裏面に記載された事項について誓約/同意します。

4 親権者・後見人

※契約者・被保険者が未成年の場合のみ、ご記入ください。(成年後見制度を利用されている方は通信販売でのお申込みはできません。)

親権者 自署 または 後見人

契約者・被保険者が未成年のため、この保険契約の申込みも同意します。また告知書・意向把握書・意向確認書に記載した事項は、事実と相違ありません。

契約者・被保険者から見た続柄 (父/母/後見人)

申込書受付日 平成 年 月 日

提出日(記入日) 平成 年 月 日

口座名義人 フリガナ 名前 氏名

契約者から見た口座名義人の続柄 本人/配偶者/親/子/その他

銀行(信金/信組) 支店(本店) 支店(出張所)

預金種目 1. 普通預金 口座番号

金融機関コード 支店コード

金融機関使用欄 振替日(払込日) 27日 (金融機関営業日の場合は営業日)

告知書 ■告知書に事実を記入しなかった場合や、記入した内容が事実と異なる場合は、給付金等をお支払いできないことがあります。
■告知書は、被保険者ご本人が「ありのまま」「正確にもれなく」ご記入ください。

10 記入日

平成 年 月 日

11 被保険者氏名

署名

12 身長・体重

身長 cm 体重 kg

13 勤務先

勤務先名・屋号(学校名) 勤務先電話番号

以下①~⑬から選択してください。勤めている主婦の方は勤務先名をご記入のうえ⑭を選択してください。

勤めている方 ① 会社経営(会社役員) ② 事務、営業、企画、販売、システム、医療・福祉従事者、公務員 ③ 地下作業、海中作業、採石・岩石・砂利運搬作業、爆破作業 ④ 高所作業(建設、ビルの窓拭き等)、高圧電気(200V超)取扱作業、林業従事者、漁業従事者(500トン未満の船舶)

勤めていない方 ⑤ 主婦 ⑥ フリーター ※フリーターの方も、勤務先名をご記入ください。 ⑦ その他 具体的な職務内容 ⑧ 主婦 ⑨ 生徒・学生 ⑩ 年金生活者・不動産収入生活者 ⑪ 金融資産生活者 ⑫ 家事手伝い ⑬ 無職者

14 年取

ご本人の年取または年金額をご記入ください。

約 万円

15 他社加入状況

他社で現在ご加入または申込中の入院給付金付契約がある場合は、以下にご記入ください。

他社入院給付金日額合計(がん保険を除く) 円

継続する 継続しない

16 各項目中の質問につき、1つ以上該当する場合は「はい」「指摘あり」に○をしてください。「はい」「指摘あり」に○をした方は、該当する箇所にその詳細をご記入ください。該当しない場合は「いいえ」「指摘なし」に○をしてください。

1 最近の健康状態

最近3か月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。
* 病気やケガに限らず、「医師にみってもらった」事実があれば告知が必要です。
* 投薬には、病院や診療所で薬の処方のみをうけた場合を含みます。

はい

2 過去5年以内に、病気やケガで、継続して7日以上入院をしたことがありますか。

はい

3 過去5年以内に、病気やケガで、手術をしたことがありますか。

はい

4 病気やケガについて

過去5年以内に、以下のいずれかに該当する事実がありますか。 **別表** を必ずご確認ください!

● **別表** の病気で、一度でも医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけた。
● **別表** 以外の病気やケガで、通算して7日以上にわたって医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけた。

はい

5 健康診断・人間ドックについて

過去2年以内に、健康診断*・人間ドックをうけて、以下の臓器または検査の項目で異常を指摘されたことがありますか。
* 健康診断とは、健康維持および病気の早期発見のための診察・検査をいいます(自主的にうけた脳ドックがん検診を含みます)。

【臓器】心臓 腎臓 肝臓 すい臓 胆のう 胃腸 肺 脳 甲状腺 前立腺 子宮 乳房
【検査項目】血圧測定 尿検査 血液検査 胸部レントゲン検査 心電図検査 眼底検査 上部消化管レントゲン検査 超音波検査 便潜血検査

健康診断 人間ドック

【異常】異常とは、要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療をいいます。
例) 観察が必要・経過観察を要する・経過観察中・経過観察後に検査が必要
● **要経過観察** 例) 観察が必要・経過観察を要する・経過観察中・経過観察後に検査が必要
● **要再検査** 例) 再検査が必要・再検査を要する
● **要精密検査** 例) 精密検査が必要・精密検査を要する・さらに詳しい検査が必要
● **要治療** 例) 治療が必要・治療中・治療継続・要医療

健康診断 人間ドック

はい

6 身体の障害について

以下のいずれかの身体の障害がありますか。
● 視力・聴力・言語・しゃく機能の障害 ● 手・足・指の欠損または機能の障害 ● 背骨(脊柱)の変形または障害

はい

7 がんについて

今までに、がんまたは上皮内新生物にかかったことがありますか。(がんとは、癌・白血病・肉腫・骨髄腫・悪性リンパ腫等の悪性新生物をいいます。上皮内新生物には、高度異形成・上皮内がんを含みます。)

はい

8 妊娠・分娩について

過去5年以内に、妊娠・分娩に伴う異常で、入院したり手術をしたことがありますか。(帝王切開を含みます)

はい

9 現在、妊娠していますか。(医師の診断や自分でおこなう妊娠検査で判明している場合を含みます。)

はい

| ご希望のコース1つに○をしてください。 | 基本プラン | | 充実プラン | |
|---------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | 日額 10,000円コース | 日額 5,000円コース | 日額 10,000円コース | 日額 5,000円コース |
| 無解約払戻金型医療保険(2013) | 10,000円 | 5,000円 | 10,000円 | 5,000円 |
| 女性入院特約(2007) | 5,000円 | 5,000円 | 5,000円 | 5,000円 |
| 先進医療特約* | 付加 | 付加 | 付加 | 付加 |
| 重度三疾病一時金特約 | - | - | 100万円 | 50万円 |

*責任開始に関する特約を付加します。 *指定代理請求特約を付加します。
*同一の被保険者において、先進医療給付のある当社特約の重複加入はできません。

保険期間 終身 保険料払込期間 60歳 終身 払込回数 月払

8 指定代理請求人

フリガナ 氏名

契約者以外の方を1名のみご指定ください。

被保険者から見た続柄

配偶者 父 母 子 祖父祖母 孫 兄弟姉妹

9 保険料のお支払い

クレジットカードで お支払い (クレジットカード特約)

B 指定の口座から振替 (口座振替特約)

9 A 保険料クレジットカード払込申込書

ご契約者氏名(自署)

フリガナ 氏名

クレジットカード番号(左詰めでご記入ください)

カード有効期限 月 20 年

2018年6月の場合 06月2018年とご記入ください。

B 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加)

下記指定金融機関 御中 私は、右記収納企業から請求されたオリックス生命保険(株)に支払うべき金額を私名義の下記指定口座から、口座振替によって支払うこととしたので、裏面記載事項を確認のうえ依頼します。

収納企業名 三菱UFJファクター株式会社

提出日(記入日) 平成 年 月 日

口座届出印を押印ください

銀行(信金/信組) 支店(本店) 支店(出張所)

預金種目 1. 普通預金 口座番号

金融機関コード 支店コード

金融機関使用欄 振替日(払込日) 27日 (金融機関営業日の場合は営業日)

振替日(払込日) 27日

振替日(払込日) 27日

振替日(払込日) 27日

別表

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|---|---------|--|----------------------------|------------------|-------|--|---|-----------------------------|--|---|---|
| 心臓・血圧 | ● 高血圧 ● 狭心症 ● 心筋梗死 ● 心筋虚脱 ● 心筋痛 | ● 先天性心疾患 ● 心筋症 ● 不整脈 | ● 大動脈瘤 ● 心臓弁膜症 ● 心雑音 | 肝臓・胆のう | ● 急性肝炎 ● 慢性肝炎(肝炎ウイルスキャリアを含む) | ● 肝硬変 | ● 胆石 ● 胆のう炎 | 腎臓・尿管 | ● 急性腎炎 ● 慢性腎炎 ● ネフローゼ | ● 腎不全 ● のう胞腎 ● 水腎症 | ● 腎臓結石 ● 尿管結石 ● 前立腺肥大 | その他 | ● 糖尿病 ● 糖質異常症 ● 高尿酸血症 ● リウマチ性疾患 | ● こうげん病 ● 甲状腺機能亢進症 ● 甲状腺炎 ● 甲状腺腫 ● 甲状腺機能低下症 ● 甲状腺癌 |
| 脳・精神・神経 | ● 脳内出血 ● 脳こうそく ● くも膜下出血 ● 統合失調症 ● うつ病 ● 双極性障害(躁うつ病) | ● 心身症 ● 神経症 ● パニック障害 ● 自律神経失調症 ● アルツハイマー病 ● パーキンソン病 | ● 脳ローゼ ● てんかん ● アルコール依存症 ● 知的障害 ● 認知症 | 肺・気管支 | ● ぜんそく ● 慢性気管支炎 ● 慢性閉塞性肺疾患(COPD) | ● 気管支拡張症 ● 肺気腫 ● 肺結核 | ● じん肺 ● 過敏気管炎 | 目・耳・鼻 | ● 白内障 ● 緑内障 ● ぶどう膜炎 ● 角膜炎 ● 円錐角膜 | ● 角膜炎 ● 網膜色素変性症 ● 網膜はく離 ● 網膜剥離 | ● 中耳炎 ● のう膜症 ● 聴神経腫瘍 | ● 角膜炎 ● 網膜色素変性症 ● 網膜はく離 ● 網膜剥離 | ● 糖尿病 ● 糖質異常症 ● 高尿酸血症 ● リウマチ性疾患 | ● こうげん病 ● 甲状腺機能亢進症 ● 甲状腺炎 ● 甲状腺腫 ● 甲状腺機能低下症 ● 甲状腺癌 |
| 胃腸・すい臓 | ● 胃かいよう病 ● 十二指腸 ● 十二指腸潰瘍 ● 急性すい炎 | ● 慢性すい炎 ● 膵へいそく ● クロロン病 | ● かいよう性大腸炎 ● 過敏性大腸炎 | がん・しゅよう | ● がん(上皮内新生物を含む) ● 肉腫 | ● 白血病 ● しゅよう | ● 骨髄形成 | 女性の病気 | ● 子宮筋腫 ● 子宮内腫瘍 | ● 卵巣の腫瘍 ● 乳腺症 | ● 不妊症 | ● 糖尿病 ● 糖質異常症 ● 高尿酸血症 ● リウマチ性疾患 | ● こうげん病 ● 甲状腺機能亢進症 ● 甲状腺炎 ● 甲状腺腫 ● 甲状腺機能低下症 ● 甲状腺癌 | |

詳細記入欄 ※記入欄が不足する場合は、パンフレットなどに記載の連絡先までお問い合わせください。

| | | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 病名 | 病名(部位) | 年 月 日 から 年 月 日 | 年 月 日 から 年 月 日 | 年 月 日 から 年 月 日 |
| 現在の状況 | 〔完治〕→ 年 月 日 | 〔完治〕→ 年 月 日 | 〔完治〕→ 年 月 日 | 〔完治〕→ 年 月 日 |
| 受診した医療機関名 | | | | |
| 入院した期間 | 〔無〕→ 年 月 日 から 年 月 日 | 〔無〕→ 年 月 日 から 年 月 日 | 〔無〕→ 年 月 日 から 年 月 日 | 〔無〕→ 年 月 日 から 年 月 日 |
| 手術名・手術の種類・手術年月 | 〔無〕→ 手術年月 年 月 日 | 〔無〕→ 手術年月 年 月 日 | 〔無〕→ 手術年月 年 月 日 | 〔無〕→ 手術年月 年 月 日 |
| 異常を指摘された臓器・検査項目 | 時期 年 月 日 | 時期 年 月 日 | 時期 年 月 日 | 時期 年 月 日 |
| 検査結果・所見・判定 | 〔要経過観察〕 | 〔要経過観察〕 | 〔要経過観察〕 | 〔要経過観察〕 |
| 再検査・精密検査の有無 | 〔未受診〕 | 〔未受診〕 | 〔未受診〕 | 〔未受診〕 |
| 再検査受診時期 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 再検査内容・結果・所見・判定 | 〔異常なし〕 | 〔異常なし〕 | 〔異常なし〕 | 〔異常なし〕 |

A欄に記入の病気が以下の項目に該当する場合、および質問項目5で以下の項目の指摘を受けた場合はご記入ください。
※最新の測定年月と数値をご記入ください。

| | | | | | | | |
|------|---------|-------------|-------------------------|---------|---------|-------------|-------|
| 測定年月 | 年 月 日 | 測定年月 | 年 月 日 | 測定年月 | 年 月 日 | 測定年月 | 年 月 日 |
| 高血圧 | 最大 mmHg | 脂質異常症(高脂血症) | 中性脂肪(TG) mg/dL | 糖尿病・高血糖 | HbA1c % | 空腹時血糖 mg/dL | |
| | 最小 mmHg | | HDLコレステロール(HDL-C) mg/dL | | | | |
| | | | LDLコレステロール(LDL-C) mg/dL | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

D 身体の障害について

部位

原因および障害の程度

症状固定時期 年 月 日

障害等級 級