2017年4月作成

死亡保障付医療保険リリーフ・ダブル 生命保険契約申込書

［無配当　七大生活習慣病入院保険　入院医療特約付・先進医療特約］

ID　303C06

申込番号

ORIX オリックス生命

303C06

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。

切り取らずに折りたたんでご返送ください

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）	がんに備える保障	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）	◎	◎	―	―

お申込みいただくにあたって、当初のご意向と最終的なご意向に変わりはありませんか？
ご確認のうえ、○をしてください。
※ご意向が異なる場合や、その他のご意向がある場合は、あらためてご意向を伺います。
オリックス生命または募集代理店までご連絡ください。

ご確認欄：はい

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」のいずれかに○をしてください。

【保障内容】　病気・ケガによる入院・手術を保障する「医療保障」や、万一の際の「死亡保障」を確保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（保険金・給付金の支払事由等）　●保険金・給付金の金額・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。

意向に沿っている　意向に沿っていない

※ご契約をお引受けできません。

取扱者

3 保険契約者 兼 被保険者

フリガナ		性別	男　女
氏名（自署）	署　名	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/商品概要のご説明/ご契約のしおり抜粋」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。）

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

親権者または後見人　自署　　契約者・被保険者から見た続柄　（父　母　後見人）

会社使用欄	〈代理店記入欄〉		inq no.	key line
	申込書受領日　平成　年　月　日		Type	

切り取らずに折りたたんでご返送ください

5 ご契約プラン　※ご希望のコース1つに○をつけてください。

七大生活習慣病入院保険 入院医療特約付〈入院給付金日額〉	日額10,000円コース	日額5,000円コース	日額3,000円コース
先進医療特約＊	付　加		
死亡保険金	主契約入院給付金日額の500倍		

・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　▶　6 保険料払込期間：60歳　終身　▶　払込回数：月払　▶　7 保険料：千　円

3,000円コースの場合、1回あたりに払込みいただく保険料は、2,500円以上とさせていただきます（クレジットカード払を除く）。

8 死亡保険金受取人　※契約者がご記入ください。

			受取割合
フリガナ		生年月日	昭和　平成　□□年□□月□□日	100%
氏名			
住所	※契約者住所と同じ場合は省略できます。記入がない場合は契約者住所と同一とします。（都道府県）	被保険者から見た続柄	配偶者　父　母　子　祖父母　孫　兄弟姉妹	

9 指定代理請求人　※契約者がご記入ください。

フリガナ		被保険者から見た続柄
氏　名	契約者以外の方を1名のみご指定ください。	配偶者　父　母　子　祖父母　孫　兄弟姉妹

切り取らずにご返送ください

10 保険料のお支払い

AかBに○をしてください

A クレジットカードでお支払い（クレジットカード払特約）

B ご指定の口座から振替（口座振替特約）

Ⓐ 保険料クレジットカード払申込書

▼ご利用になるクレジットカードはご契約者名義のものに限ります。

オリックス生命保険株式会社御中　契約者である私は裏面の各条項を承認のうえ、生命保険料を私名義のクレジットカードで、オリックス生命保険株式会社へ支払います。

ご契約者氏名（自署）		クレジットカード番号（左詰めでご記入ください。）	
フリガナ			
氏名		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。）

切り取らずにご返送ください

Ⓑ 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いので、裏面記載事項を確約のうえ依頼します。

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　　申込番号

口座名義人：フリガナ／名　前／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（具体的に））

口座名義人は原則保険契約者と同一、もしくは配偶者または2親等以内の血族をご指定ください。

お届印　捨印（ゆうちょ銀行は除く）

▼日常的にご利用の個人名義の口座をご指定ください。

いずれか一方にご記入ください

ゆうちょ銀行以外の金融機関：（銀行　信金　信組　労金　農協）（支店　本店　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

ゆうちょ銀行：種目コード　契約種別コード　記号（6桁目がある場合は※欄にご記入ください）　番号（右詰めでご記入ください。）

種目コード	契約種別コード	記号	番号
1	6	6 3 0 1	0※

払込先口座番号　00140-9-654553　払込先加入者名　三菱ＵＦＪファクター株式会社

この預金口座振替依頼書・申込書に不備がありましたら下記該当事項に○印をつけて至急三菱UFJファクター（株）にご返送ください。

（不備返却事由）
1.預金取引なし
2.記載事項等相違（店名、預金種目、口座番号、口座名義）
3.印鑑相違
4.その他（　）

〒101-8637
東京都千代田区神田淡路町2丁目101番地
ワテラスタワー
三菱UFJファクター株式会社（ワイドネット）
TEL 03-3251-8091

金融機関使用欄		
検印	印鑑照合	受付印

収納企業使用欄		
委託者番号	00999	
委託者名	オリックス生命保険株式会社	
料金等の種類	生命保険料	
振替日（払込日）	27日	（金融機関休業日の場合は翌営業日）

切り取らずに折りたたんでご返送ください

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、保険金・給付金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。

ID　申込番号

オリックス生命保険株式会社 御中　同封の「告知書記入に際しての留意点」「告知書記入例」を確認のうえ、告知書をご記入ください。

11 記入日（申込日・告知日）：平成　年　月　日

12 被保険者氏名：この書面に私（被保険者）が記入した事項は、事実に相違ありません。「特に重要な事項のお知らせ」の内容を理解しました。　署　名

13 身長・体重：身長　cm　体重　kg

15 年収：ご本人の年収または年金額をご記入ください。　約　万円

16 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）

14 被保険者のご職業

勤務先名・屋号（学校名）　勤務先電話番号 ☎　（　）

以下の①～⑬から選択してください。勤めている主婦・主夫の方は勤務先名をご記入のうえ⑧を選択してください。

勤めている方（⑦を選択の場合は［　］内もご記入ください。）

①	会社経営（会社役員）	⑤	建設業（高所作業なし）、自衛官・海上保安官（内勤除く）、トラック・バイクの運転手
②	事務、営業、企画、販売、システム、医療・福祉業従事、公務員	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。
③	地下作業者、海中作業者、採石・岩石・砂利運搬作業者、爆破作業者	⑦	その他　具体的な職務内容
④	高所作業者（建設、ビルの窓拭き等）、高圧電気（200V超）取扱作業者、林業従事者、漁船乗組員（500トン未満の船舶）		

勤めていない方

⑧	主婦・主夫
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

17 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。	いいえ / はい →	
2	病気・ケガについて	過去5年以内に、病気やケガで、継続して7日以上の入院をしたことがありますか。	いいえ / はい →	A へ記入
3		過去5年以内に、病気やケガで、手術をうけたことがありますか。	いいえ / はい →	A C へ記入
4		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日以上にわたり※医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけた。	いいえ / 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 【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。 ・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・精検を要する・精査を要する・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・人間ドックを うけたことがある場合 指摘なし / 指摘あり → B C へ記入 / うけていない	
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・そしゃく機能の障害　●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	いいえ / はい →	D へ記入
7	女性の方（満16歳以上）	過去5年以内に、妊娠・分娩に伴う異常で、入院したり手術をうけたことがありますか。（帝王切開を含みます）	いいえ / はい →	A へ記入
8		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。）	いいえ / はい	

切り取らずに折りたたんでご返送ください

別表

心臓・血圧	●高血圧 ●狭心症 ●心筋こうそく ●先天性心疾患 ●心筋症 ●不整脈 ●大動脈りゅう ●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
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 ●ノイローゼ ●てんかん ●アルコール依存症 ●不眠症 ●知的障害 ●認知症	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
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 ●過換気症候群	目・耳・鼻	●白内障 ●緑内障 ●ぶどう膜炎 ●角膜炎 ●円錐角膜 ●角膜かいよう ●網膜色素変性症 ●網膜はく離 ●眼底出血 ●中耳炎 ●メニエール病 ●突発性難聴 ●ちくのう症（副鼻腔炎） ●鼻中隔弯曲症
胃腸・すい臓	●胃かいよう ●十二指腸かいよう ●急性すい炎 ●慢性すい炎 ●腸へいそく ●クローン病 ●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 ●ポリープ ●異形成
		女性の病気	●子宮筋腫 ●子宮内膜症 ●卵巣のう腫 ●乳腺症 ●不妊症
		その他	●糖尿病 ●脂質異常症（高脂血症） ●高尿酸血症（痛風） ●リウマチ性疾患 ●こうげん病 ●貧血 ●紫斑病 ●甲状腺腫 ●甲状腺機能亢進症 ●甲状腺炎 ●変形性関節症 ●椎間板ヘルニア ●痔

※「7日以上にわたり」とは、以下のような場合をいいます。

①初診から最後の通院（完治日）までの期間が7日以上の場合
初診　この間が7日以上にわたるものは該当　最後の通院（完治日）

②7日分以上の薬の処方をうけた場合
実際に使用したかどうかにかかわらず、7日分以上の薬の処方をうけた場合は該当します。2～3回に分けて合計7日分以上の薬の処方をうけた場合も該当します。

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。

A	病気やケガの名前	（部位）（右）（左）（両方）その他［　］	（右）（左）（両方）その他［　］
	診察・検査・治療・投薬の期間	年　月から　年　月まで	年　月から　年　月まで
	現在の状況	（完治）➡　年　月　（治療中）（経過観察中）	（完治）➡　年　月　（治療中）（経過観察中）
	受診した医療機関名		
	入院した期間	（無）（有）➡　年　月から　日間	（無）（有）➡　年　月から　日間
	手術名・手術の種類、部位、手術年月	（無）（有）➡ 手術年月　年　月　手術名・手術の種類　部位	（無）（有）➡ 手術年月　年　月　手術名・手術の種類　部位
	病気やケガの原因・治療内容・検査結果・経過を詳細にご記入ください。		
B	異常を指摘された臓器・検査項目		
	異常を指摘された健康診断時期・検査結果・再検査・精密検査の有無	時期　年　月　医療機関名 検査結果・所見・判定（要経過観察　要再検査　要精密検査　要治療） 再検査・精密検査の有無（未受診　受診済） 再検査受診時期　年　月　再検査の医療機関名 再検査内容・結果・所見・判定（異常なし　要経過観察　要治療）	時期　年　月　医療機関名 検査結果・所見・判定（要経過観察　要再検査　要精密検査　要治療） 再検査・精密検査の有無（未受診　受診済） 再検査受診時期　年　月　再検査の医療機関名 再検査内容・結果・所見・判定（異常なし　要経過観察　要治療）

C　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う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。

高血圧	測定年月　年　月　最大　mmHg　最小　mmHg	脂質異常症（高脂血症）	測定年月　年　月　中性脂肪（TG）　mg/dℓ　HDLコレステロール（HDL-C）　mg/dℓ　LDLコレステロール（LDL-C）　mg/dℓ
糖尿病・高血糖	測定年月　年　月　HbA1c　%　空腹時血糖　mg/dℓ	高尿酸血症・痛風	測定年月　年　月　尿酸値（UA）　mg/dℓ
肝機能障害・脂肪肝	測定年月　年　月　GOT（AST）　IU/ℓ　GPT（ALT）　IU/ℓ　γ-GTP　IU/ℓ	貧血	測定年月　年　月　血色素量（ヘモグロビン：Hb）　g/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　障害等級　級

SAMPLE