



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・告知書は、すべて契約者ご本人がご記入ください。

1 意向把握書

当初のご意向(資料のご請求時など)	万が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)
最終的なご意向(お申込み時)	◎	-	-	◎*

2 意向確認書

次の「保障内容」とお申込みいただく保障商品(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】 万が一の際の「死亡保障」を確保することができます。

①以下の内容は、最終的なご意向に沿っていますか。  
●保障内容(保険金の支払事由等) ●保険金額・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終身保険ライズは低解約払戻金期間中の解約払戻金は抑制されています(低解約払戻金期間中は保険料払込期間と同一です)。低解約払戻金期間経過後に解約した場合でも、低解約払戻金期間中のすべての保険料の払込みがないときは、解約払戻金は抑制されます。以上をふまえて十分に理解したうえで、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。

ご確認欄  
意向に沿っている ○  
意向に沿っていない ○

3 保険契約者兼被保険者

フリガナ  
氏名(自署)  
性別 男 女 年齢 歳  
生年月日 昭和 平成 年 月 日  
自己宣誓 米国市民、米国居住者等、米国納税義務者に該当する場合は「○」をつけてください。  
住所 都 道 府 県 市 町 丁目 番 号 番地 日中の連絡先 電話番号

4 親権者・後見人

親権者 自署  
または 後見人 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 Type

5 保険金額

200万円 300万円 500万円  
※いずれか1つをお選びください。  
1,000万円 その他 0.0 万円

6 保険料払込期間

10年 15年  
60歳 65歳 終身

7 保険料

8 保険料の自動振替受付

9 死亡保険金受取人

フリガナ  
氏名  
生年月日 昭和 平成 年 月 日  
住所 都 道 府 県 市 町 丁目 番 号 番地  
被保険者から見た続柄 (配偶者) 父 母 子 孫 兄弟姉妹

10 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。

11 保険料のお支払い

A クレジットカードでのお支払い(クレジットカード払特約)  
B 指定の口座から振替(口座振替特約)

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 年 月 20 年

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加)

提出日(記入日) 平成 年 月 日

口座届出印を押印ください

お届印

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。

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。

12 記入日 平成 年 月 日

13 被保険者氏名

14 身長・体重

15 被保険者のご職業

16 年収

17 他社加入状況

18 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。

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。

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。

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。

5 健康診断・人間ドックについて

6 身体の障害について

7 女性の方(満16歳以上)

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。)

別表

心臓・血管	●高血圧 ●狭心症 ●心筋梗塞 ●心筋虚血 ●心臓うっ血	●先天性心疾患 ●心筋症 ●不整脈	●大動脈のゆがみ ●心臓弁膜症 ●心雑音
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	●イローゼ ●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 ●肺炎 ●肺気腫 ●肺結核	●じん肺 ●過換気症候群
胃腸・すい臓	●胃かいよう ●十二指腸かいよう ●急性すい臓炎	●慢性すい臓炎 ●膵へいそく ●クローン病	●かいよう性大腸炎 ●過敏性大腸炎
腎臓・尿管	●急性腎炎 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ	●腎不全 ●急性腎炎 ●慢性腎炎	●腎臓結石 ●尿管結石 ●前立腺肥大
目・耳・鼻	●白内障 ●緑内障 ●ぶどう膜炎 ●角膜炎 ●網膜剥離 ●網膜出血 ●網膜静脈瘤	●角膜炎 ●網膜剥離 ●網膜静脈瘤 ●網膜出血 ●網膜静脈瘤	●中耳炎 ●外耳道炎 ●急性眼炎 ●眼圧亢進 ●眼瞼下垂
がん・しゅよう	●がん(上皮内新生物を含む) ●肉腫	●白血病 ●リンパ腫 ●骨髄腫	●骨肉瘤 ●軟骨肉瘤 ●乳癌
女性の方の病気	●子宮筋腫 ●子宮内腫瘍	●卵巣の腫瘍 ●卵巣嚢腫	●不妊症
その他	●糖尿病 ●脂質異常症 ●高尿酸血症 ●リウマチ性疾患	●こうげん病 ●貧血 ●紫斑病 ●甲状腺腫 ●変形性関節症 ●椎間板ヘルニア ●痔	●甲状腺機能亢進症 ●甲状腺炎 ●甲状腺腫 ●変形性関節症 ●椎間板ヘルニア ●痔

切り取らずに折りたたんでご返送ください

5 保険金額

200万円 300万円 500万円  
※いずれか1つをお選びください。  
1,000万円 その他 0.0 万円

6 保険料払込期間

10年 15年  
60歳 65歳 終身

7 保険料

8 保険料の自動振替受付

9 死亡保険金受取人

フリガナ  
氏名  
生年月日 昭和 平成 年 月 日  
住所 都 道 府 県 市 町 丁目 番 号 番地  
被保険者から見た続柄 (配偶者) 父 母 子 孫 兄弟姉妹

10 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。

11 保険料のお支払い

A クレジットカードでのお支払い(クレジットカード払特約)  
B 指定の口座から振替(口座振替特約)

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 年 月 20 年

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書(収加)

提出日(記入日) 平成 年 月 日

口座届出印を押印ください

お届印

12 記入日 平成 年 月 日

13 被保険者氏名

14 身長・体重

15 被保険者のご職業

16 年収

17 他社加入状況

18 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。

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。

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。

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。

5 健康診断・人間ドックについて

6 身体の障害について

7 女性の方(満16歳以上)

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。)

別表

心臓・血管	●高血圧 ●狭心症 ●心筋梗塞 ●心筋虚血 ●心臓うっ血	●先天性心疾患 ●心筋症 ●不整脈	●大動脈のゆがみ ●心臓弁膜症 ●心雑音
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	●イローゼ ●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 ●肺炎 ●肺気腫 ●肺結核	●じん肺 ●過換気症候群
胃腸・すい臓	●胃かいよう ●十二指腸かいよう ●急性すい臓炎	●慢性すい臓炎 ●膵へいそく ●クローン病	●かいよう性大腸炎 ●過敏性大腸炎
腎臓・尿管	●急性腎炎 ●慢性腎炎 ●ネフローゼ	●腎不全 ●急性腎炎 ●慢性腎炎	●腎臓結石 ●尿管結石 ●前立腺肥大
目・耳・鼻	●白内障 ●緑内障 ●ぶどう膜炎 ●角膜炎 ●網膜剥離 ●網膜出血 ●網膜静脈瘤	●角膜炎 ●網膜剥離 ●網膜静脈瘤 ●網膜出血 ●網膜静脈瘤	●中耳炎 ●外耳道炎 ●急性眼炎 ●眼圧亢進 ●眼瞼下垂
がん・しゅよう	●がん(上皮内新生物を含む) ●肉腫	●白血病 ●リンパ腫 ●骨髄腫	●骨肉瘤 ●軟骨肉瘤 ●乳癌
女性の方の病気	●子宮筋腫 ●子宮内腫瘍	●卵巣の腫瘍 ●卵巣嚢腫	●不妊症
その他	●糖尿病 ●脂質異常症 ●高尿酸血症 ●リウマチ性疾患	●こうげん病 ●貧血 ●紫斑病 ●甲状腺腫 ●変形性関節症 ●椎間板ヘルニア ●痔	●甲状腺機能亢進症 ●甲状腺炎 ●甲状腺腫 ●変形性関節症 ●椎間板ヘルニア ●痔

切り取らずに折りたたんでご返送ください

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 病気の診断・検査・治療・投薬の期間

現在の状況

受診した医療機関名

入院した期間

手術名・手術の種類・部位

手術年月

手術の種類

手術の部位

B 異常を指摘された臓器・検査項目

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

C 異常を指摘された健康診断・検査項目

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

D 異常を指摘された健康診断・検査項目

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

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。

高血圧

測定年月 年 月

最大 mmHg

最小 mmHg

脂質異常症(高脂血症)

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

1 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。

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。

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。

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。

5 健康診断・人間ドックについて

6 身体の障害について

7 女性の方(満16歳以上)

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。)

切り取らずに折りたたんでご返送ください

## 契約者さま、被保険者さまの誓約・同意事項

貴社の普通保険約款および特約（管轄裁判所条項を含みます）、「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」の内容を了承し、以下の事項を誓約・同意のうえ、この保険契約を申込みます。

- この申込書および告知書に記入した事項は事実と相違ないこと。
  - 貴社が本申込みにおいて取得した個人情報は、契約が締結に至らなかった場合や、解約・満期等により保険契約が消滅した後も、各種保険契約の引受けの判断、医療統計の作成、保険事業の適切な業務運営の確保を目的として保持し、取得した申込書類が返却されないこと。
  - 申込内容等の確認訪問時に、契約者・被保険者の本人確認のために身分証明書等を提示すること。
- 
- 申込書記載の年齢・性別・保険金額・保険料額に明らかな誤りがある場合や契約日の変更による修正の必要がある場合、貴社が当該事項を訂正することに同意します。
  - 申込みから保障開始までは、貴社所定のスケジュールにて処理されることを承諾します。
  - 口座振替の場合は、口座振替特約の約定に基づき、収納代行会社より請求された金額を、指定口座から口座振替によって支払いたく、下記条項を了承のうえ申込みます。
    - ①同一指定口座から貴社の2件以上の契約の保険料を振替える場合は、すべて合算して振替えてください。
    - ②振替日において指定口座の残高が支払うべき保険料（貴社の2件以上の契約の場合は合算された保険料）の金額に満たない場合、または取扱金融機関、指定口座などが不明等の事由で振替不能となった場合は、私に通知することなく保険料の払込みがなかったものとして取扱われても差し支えありません。
    - ③契約者と指定口座の名義人が別人であっても保険契約上の責任は保険契約者である私が負います。
    - ④この条項に定められていない事項については、口座振替特約の規定が適用されることを了承します。
- 
- 終身保険ライズ<無配当 終身保険（低解約払戻金型）>について、下記事項を了承します。  
低解約払戻金期間中の解約払戻金を抑制する仕組みで保険料が計算されています（解約払戻金を低く設定しない場合の解約払戻金の70%）。  
なお、低解約払戻金期間は保険料払込期間と同一です。

以上

### 保険料クレジットカード払規約

- ①私（契約者）が貴社と締結した生命保険契約の保険料を、私が指定するクレジットカード（以下「指定カード」という）で、指定カード発行会社の会員規約に基づき払込みます。
  - ②私から特別の申し出をしない限り、保険料を指定カードで前項と同様に会員規約に基づいて継続して払込みます。
  - ③指定カードの会員番号・有効期限に変更があった場合には、遅滞なく貴社に通知します。
- また、指定カード発行会社により、私が貴社に届け出た会員番号・有効期限が更新された場合であっても保険料を異議なく払込みます。
- ④会員資格喪失により、指定カード発行会社から指定カードによる保険料の支払契約を解除されても異議ありません。
  - ⑤カード紛失・変更等での会員番号・有効期限が変更となった場合には、貴社へクレジット収納代行会社からその旨が通知されても異議ありません。
  - ⑥指定カードによって払込んだ保険料については、貴社の領収証は請求しません。

### 口座名義人様の確認事項

- 必ずご一読のうえ、お申込みください。

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。

#### －預金口座振替規定（ゆうちょ銀行を除く）－

- 1.銀行（金庫・組合）に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書に記載された金額を預金口座から引落としのうえ、お支払いください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、向払戻請求書の提出または小切手の提出はしません。
- 2.振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座買戻を利用できる範囲内の金額を含む。）をこえるときは私に通知することなく、請求書を返却しても差し支えありません。
- 3.この契約を解約するときは、私から銀行（金庫・組合）に書面により届出ます。なおこの届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申し出をしない限り、銀行（金庫・組合）はこの契約を終了したものととして取扱って差し支えありません。
- 4.この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行（金庫・組合）の責によるものを除き、銀行（金庫・組合）にはご迷惑をかせません。

この書面に記載した個人情報は、各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払いのために利用されることを了承いたします。