コ_5

2024年4月作成

医療保険キュア・ネクスト〈かんたんプラン〉生命保険契約申込書

［無配当 無解約払戻金型医療保険（2022）
七大生活習慣病入院給付特則適用なし・先進医療特約（2018）］

ORIX オリックス生命

オリックス生命保険株式会社 御中

308C10

ID

申込番号

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（被保険者）ご本人がご記入ください。
なお、代筆された場合はご契約をお引受けできません。

1 意向把握書 〈この保険商品は資料請求時のご意向に基づいてご案内しております。お申込みにあたり、改めてお客さまのご意向をご確認ください。〉

商品名	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）
医療保険キュア・ネクスト	○	◎	—	—

◎：主契約（無解約払戻金型医療保険（2022））の保障　○：特約（終身保険特約（無解約払戻金型）（医療保険（2022）用））を付加した場合の保障

この保険商品の保障内容は、お客さまのご意向に沿っていますか。
ご確認のうえ、右の「はい」に ☑ をしてください。

必須 ご確認欄 ☑ はい

※ご意向が異なる場合や、その他のご意向がある場合は、改めてご意向を伺います。オリックス生命までご連絡ください。

2 意向確認書 〈お申込みいただく保険商品の保障内容がお客さまのご意向に沿っているかご確認ください。〉

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および本紙 6-1「ご希望のコース」の選択内容でご確認のうえ、「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、死亡の保障を確保することができます。

必須 ご確認欄

	意向に沿っている	意向に沿っていない
①保障内容（給付金〈保険金〉等の支払事由など）はご意向に沿っていますか。	☑	☑
②給付金〈保険金〉等の金額・保険期間はご意向に沿っていますか。	☑	☑
③保険料の金額・払込期間・払込方法はご意向に沿っていますか。	☑	☑
④解約払戻金・配当金の有無はご意向に沿っていますか。（商品概要のご説明をご参照ください。）	☑	☑
⑤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

契約者がご記入ください。代筆された場合はご契約をお引受けできません。
※自署の訂正はできません。

フリガナ		性別	☑ 男 ☑ 女
必須 氏名（自署）	こちらにご署名ください	年齢	歳
	●裏面記載の解約払戻金および新たな保険に契約し直す場合に関する説明について了承しました。 ●「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。	生年月日	☑ 昭和 ☑ 平成 ☑ 令和 年 月 日
住所	〒 ―		
電話番号	可能な限り携帯電話番号をご記入ください。 携帯電話 （ ）	自宅 ☎	（ ）

4 親権者・後見人

契約者（被保険者）が18歳未満の場合に、親権者・後見人がご記入ください。
※自署の訂正はできません。　※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。

親権者または後見人	親権者または後見人の全員の合意のうえ、その代表として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。 自署	契約者（被保険者）から見た続柄	☑ 父 ☑ 母 ☑ 後見人

5 指定代理請求人

契約者がご記入ください。契約者以外の方（配偶者または3親等以内の親族）を1名のみご指定ください。

フリガナ		被保険者から見た続柄	☑ 配偶者 ☑ 父 ☑ 母 ☑ 子 ☑ 祖父母 ☑ 孫 ☑ 兄弟姉妹 ☑ 甥・姪
氏名			

・指定代理請求特約を付加します。

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

6-1 ご希望のコース 必須

1つに ☑ をしてください。

	かんたんプラン〈終身保障プラス〉			かんたんプラン		
	☑ 日額10,000円コース	☑ 日額7,000円コース	☑ 日額5,000円コース	☑ 日額10,000円コース	☑ 日額7,000円コース	☑ 日額5,000円コース
無解約払戻金型医療保険（2022）	10,000円	7,000円	5,000円	10,000円	7,000円	5,000円
終身保険特約（無解約払戻金型）（医療保険（2022）用）＊1	保険金額100万円	保険金額70万円	保険金額50万円	—	—	—
	（主契約入院給付金日額の100倍）					
先進医療特約（2018）＊2	付加			付加		
保険期間	終身			終身		

＊1 契約年齢が14歳以下の場合は付加できません。
＊2 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。
・責任開始に関する特約を付加します。

6-2 死亡保険金受取人

「かんたんプラン〈終身保障プラス〉」をご選択した場合は、死亡保険金受取人欄も必ずご記入ください。

フリガナ		生年月日	☑ 昭和 ☑ 平成 ☑ 令和 年 月 日	受取割合
氏名	契約者以外の方（配偶者または2親等以内の血族）をご指定ください。			100%
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。	被保険者から見た続柄	☑ 配偶者 ☑ 父 ☑ 母 ☑ 子 ☑ 祖父母 ☑ 孫 ☑ 兄弟姉妹	

終身保険特約（無解約払戻金型）（医療保険（2022）用）を付加しない場合、ご記入は無効となります。

7 保険料払込期間 必須

☑ 60歳 ☑ 終身

8 払込回数 必須

☑ 月払 ☑ 半年払 ☑ 年払

9 保険料 必須

同封の挨拶状または提案書を確認のうえ、ご記入ください。
千 円

10 保険料のお支払い 必須

A 「クレジットカード払」（クレジットカード払特約） または B 「口座振替」（口座振替特約） のいずれか一方をご記入ください。
「クレジットカード払」または「口座振替」に記入いただいた払込方法を選択したものとみなします。
両方に漏れなく記入があった場合は、「クレジットカード払」として設定いたします。

契約者がA・Bのいずれか一方にご記入ください

A 「クレジットカード払」（クレジットカード払特約） クレジットカード支払申込書

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。

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（例）2026年4月の場合 04月2026年とご記入ください。

B 「口座振替」（口座振替特約） 預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書（収 加）

申込番号

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。

下記指定金融機関 御中
私は、下記収納企業から請求されたオリックス生命保険株式会社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）	令和 年 月 日		
口座名義人 フリガナ		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 氏名		口座届出印を押印ください	お届印 印

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	
ゆうちょ銀行	種目コード 1 6 6	契約種別コード 3 0	記号（6桁目がある場合は※欄にご記入ください） 1 ※	番号（右詰めでご記入ください。） 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

金融機関コード	
支店コード	

金融機関使用欄		
検印	印鑑照合	受付印

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

収納企業欄			振替日（払込日）
	委託者番号	00999	27日（金融機関休業日の場合は翌営業日）
	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	

SAMPLE

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。
■代筆された場合はご契約をお引受けできません。

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 申込日・告知日（記入日） 必須

令和 年 月 日

12 被保険者氏名 必須

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。
こちらにご署名ください

13 身長 体重 必須

cm　kg

14 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、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

15 被保険者のご職業 必須

勤務先名・屋号		勤務先電話番号	☎ （ ）

以下の①～⑭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⑪を選択してください。

☑ ①会社経営（会社役員）	☑ 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。	☑ ⑪主婦・主夫
☑ ②事務、営業、企画、販売、システム、医療・福祉業従事、医師、弁護士、教職員、保育士、研究職、技術職	☑ ⑦年金生活者	☑ ⑫乳幼児・児童・生徒・学生
☑ 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	☑ ⑧不動産収入生活者	☑ ⑬家事手伝い
☑ 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）	☑ ⑨金融資産生活者	☑ ⑭無職者 ※年金生活者の方は⑦をご選択ください。
☑ 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、接待飲食業（スナック等）、産業廃棄物処理	☑ ⑩その他 具体的な職務内容	

①～⑩を選択した方　⑪～⑭を選択した方

16 年収 必須

ご本人の年収または年金額（※）をご記入ください。
※1年間に受取る年金の合計額　約 万円

世帯の年収をご記入ください。　約 万円

17 必須

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、詳細記入欄 A～C 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。 ＊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。 ⚠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。	☑ いいえ	☑ はい → A欄へ
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欄へ
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欄へ
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、7日以上の期間にわたり医師の診察・検査・治療・投薬＊のいずれかをうけた。 ＊「7日以上の期間にわたる診察・検査・治療」とは通院回数にかかわらず、初診から最後の診察・検査・治療をうけた日までの期間が7日以上の場合をさします。検査には自主的な検査も含みます。 ＊「7日以上の期間にわたる投薬」とは合計7日分以上の薬を処方された場合をさします（薬を飲まなかった場合や受け取らなかった場合も含みます）。 右上の 別表 および「7日以上の期間にわたる」とは？ をご確認ください。	☑ いいえ	☑ はい → A欄へ
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（要再検査・要精密検査・要治療）」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（乳幼児健診や、自主的にうけた脳ドック・がん検診を含みます）。 ⚠「要経過観察」は「指摘なし」に ☑ をしてください。 ⚠健康診断等をうけていない場合は「うけていない」に ☑ をしてください。 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：・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）治療や投薬が必要・治療中・治療継続・要医療	☑ うけていない 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欄へ
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 → C欄へ
7	女性の方（未成年者は除く）	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欄へ
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

A・B を記入後、数値欄 もご確認ください。

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
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
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
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
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 ●慢性腎臓病	●腎不全 ●のう胞腎 ●水腎症	●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 ●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
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日以上の期間にわたる」とは？

通院回数にかかわらず、初診から最後に診察をうけた日までの期間が7日以上となった場合
初診（1回目の通院） →7日以上→ 最後の診察（2回目の通院）
上記の場合、通院回数は2回ですが、初診日から最後の診察日までの期間が7日以上のため該当します。

検査回数にかかわらず、検査による異常指摘から直近の検査をうけた日までの期間が7日以上となった場合
検査による異常指摘 →1年→ 検査 →1年→ 検査 …
・上記の場合、検査回数は3回ですが、検査による異常指摘から直近の検査をうけた日までの期間が2年のため該当します。
・検査には医師の指示による検査の他、医療機関にてうけた自主的な検査も含みます。

詳細記入欄

A・B にご記入いただいた場合は、右側の 数値欄 もご確認ください。
※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合わせください。

A

病気やケガの名前		
（部位）	☑ 左 ☑ 右 ☑ 両方 ☑ その他	☑ 左 ☑ 右 ☑ 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	時期 年 月 医療機関名
	検査結果・所見・判定 ☑ 要再検査 ☑ 要精密検査 ☑ 要治療	検査結果・所見・判定 ☑ 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・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	再検査内容・結果・所見・判定 ☑ 異常なし ☑ 要経過観察 ☑ 要治療

C

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		

数値欄

A・B に記入した内容が、以下（1）～（6）の項目に該当する場合は、最新の測定年月と数値をご記入ください。

（1）高血圧	
測定年月	年 月
最大	mmHg
最小	mmHg

（2）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

（3）糖尿病・高血糖	
測定年月	年 月
HbA1c	%
空腹時血糖（FBS）	mg/dℓ

（4）高尿酸血症・痛風	
測定年月	年 月
尿酸値（UA）	mg/dℓ

（5）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

（6）貧血	
測定年月	年 月
血色素量（ヘモグロビン：Hb）	g/dℓ

SAMPLE

00128-08

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／お客さまの個人情報の取扱いについて」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に相違ないこと。
● 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。
● 本保険契約は、貴社が承諾の通知を発した時に成立すること。

● 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。

● 医療保険キュア・ネクスト〈無配当 無解約払戻金型医療保険(2022)〉について、下記事項を了承します。
① 解約払戻金について

医療保険キュア・ネクスト		
主契約	終身払の場合	なし
	終身払以外の場合	保険料払込期間中：なし 保険料払込満了後：主契約入院給付金日額の10倍
先進医療特約(2018) 終身保険特約(無解約払戻金型)(医療保険(2022)用)		なし

② 特約の保険期間・保険料払込期間は主契約と同じになります。

● 新たな保険に契約し直す場合は、以下について不利益となる場合があることを了承します。
① 「現在ご契約の保険契約の解約等」と「新たな保険契約の申込み」の時期が一致しない場合、**保障の空白や重複が生じる場合があります。**
例：1)解約等の手続きが先行した場合：保障が一時的に途切れる場合があります。
2)解約等の手続きが遅れた場合　：保障および保険料の払込みが一時的に重複する場合があります。
※新旧の保険契約ともに当社の場合、保障の空白や重複を防止するお手続方法があります。詳しくはカスタマーサービスセンターまでお問合わせください(保険契約によってはお取扱いできない場合があります)。

カスタマーサービスセンター
フリーダイヤル　０１２０－５０６－０９４
受付時間　月曜～土曜　9:00－18:00（日曜・祝日・年末年始休み）

② 新たな保険に契約し直すことで、**不利益となることがあります。**
例：・解約払戻金が払込保険料の合計額よりも少ない金額となる
・告知内容により条件が付くまたはお引受けできない
・正しく告知しなかったために新たな保険契約が解除または取消しになる
・責任開始時前の疾病や不慮の事故を原因とする場合は保険金・給付金等を受取れない
・保険種類によっては契約当初の一定期間保障がない(例：がん保険は 90 日の待期間)　等
※新たな保険に契約し直す場合も、「正しく告知しなかった場合の取扱いについて」が適用されます。
詳しくは「特に重要な事項のお知らせ－注意喚起情報－」をご確認ください。

現在の保険契約の内容を変更または新たな保険契約・特約を追加する方が、新たな保険に契約し直すよりも有利な場合があります。

■給付金・一時金

医療保険キュア・ネクスト	
１入院支払限度日数	60日型
手術給付金	・入院中の場合：　1回につき主契約入院給付金日額の20倍 ・上記以外の場合：1回につき主契約入院給付金日額の5倍
先進医療特約(2018)	・先進医療給付金：先進医療にかかる技術料と同額(給付限度：通算2,000万円) ・先進医療一時金：　先進医療給付金の支払額の10%相当額(1回の療養につき50万円限度)

●給付金受取人…… 被保険者

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・変更等により、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.貴行(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同社の指定する日(当日が金融機関休業日の場合は翌営業日)に預金口座から引き落しのうえ、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、同払戻請求書の提出または小切手の振出はしません。
2.振替日において請求書記載金額が預金口座から払い戻すことのできる金額(当座貸越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.この預金口座振替に関する契約を解約するときは、私から貴行(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、特に申し出をしない限り、貴行(金庫・組合)はこの契約が終了したものとして取り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、貴行(金庫・組合)の責めによるものを除き、貴行(金庫・組合)にはご迷惑をかけません。

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。

60059-04

SAMPLE