



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(被保険者)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。 ◎:主契約の保障 ○:特約付加時の保障

	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すか?  
 ご確認のうえ、右の「はい」に  をしてください。

◎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、がん、重度三疾病の保障を手厚く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(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

◎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

※自署の訂正はできません。

フリガナ  性別  男  女 年齢 歳

氏名(自署)

生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日

住所 〒  都道府県  市町村  番  号  丁目  番  号  丁目  番  号

電話番号 携帯  ( ) 自宅  ( )

### 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。)

親権者または後見人  親権者  後見人

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

※契約者をご記入ください。

フリガナ  氏名

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

指定代理請求特約を付加します。

### 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 申込日・告知日(記入日)

令和 年 月 日

### 11 被保険者氏名

この書面に私(被保険者)が記入した事項は、事実と相違ありません。特に重要な事項のお知らせの内容を理解しました。

署名

### 12 身長 体重

cm kg

### 13 被保険者のご職業

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) ② 事務、営業、企画、販売、システム、医療・福祉業従事、公務員 ③ 地下作業者、海中作業者、採石・岩石・砂利運搬作業、爆破作業 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、林業従事者、漁船乗組員(500T未満の船舶) 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 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 ⑧ 主婦・主夫 ⑨ 幼児・児童・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 年収

ご本人の年収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。 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。

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 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(乳幼児健診や、自主的にうけたドック・がん検診を含みます)。

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

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)。

8 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)

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)

### 6 ご希望のコース

1つに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	基本プラン			充実プラン			充実プラン(通院プラス)		
	日額 10,000円コース	日額 7,000円コース	日額 5,000円コース	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(2013)	10,000円	7,000円	5,000円	10,000円	7,000円	5,000円	10,000円	7,000円	5,000円
重度三疾病一時金特約	-	-	-	100万円	70万円	50万円	100万円	70万円	50万円
通院治療支援特約(退院時一時金給付型)	-	-	-	-	-	-	30,000円	30,000円	30,000円
先進医療特約(2018)*	付加								
保険期間	終身								

\*責任開始に関する特約を付加します。 \*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。

### 7 保険料 払込期間

60歳  終身

### 8 保険料 (払込回数:月払)

千 円

### 9 保険料のお支払い

※A・Bいずれかに  をつけ、以下のAクレジットカード支払申込書もしくはB預金口座振替依頼書にご記入ください。

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)

### A 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、この契約者名義のものに限りま。

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 2023年3月の場合 03月2023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、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ので、裏面記載事項を確約のうえ依頼します。

提出日(記入日) 令和 年 月 日 収納企業名 三菱UFJファクター株式会社

口座名義人  フリガナ  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(具体的に )

口座届出印を押印ください

### ゆうちょ銀行以外の金融機関

種目コード 166301 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) 0

ゆうちょ銀行 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

### 別表

<p>心臓・血管</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●高血圧</li> <li>●狭心症</li> <li>●心筋がゆそく</li> <li>●先天性心疾患</li> <li>●心筋症</li> <li>●心臓弁膜症</li> <li>●心雑音</li> </ul>	<p>脳・精神・神経</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●脳内出血</li> <li>●脳こうそく</li> <li>●こも膜下出血</li> <li>●統合失調症</li> <li>●うつ病</li> <li>●双極性障害(躁うつ病)</li> <li>●心身症</li> <li>●神経症</li> <li>●パーキンソン病</li> <li>●脳血管障害</li> <li>●自律神経失調症</li> <li>●依存症</li> <li>●不眠症</li> <li>●知的障害</li> <li>●認知症</li> </ul>	<p>肝臓・胆のう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●急性肝炎</li> <li>●慢性肝炎(肝炎ウイルスキャリアを含む)</li> <li>●肝硬変</li> <li>●胆石</li> <li>●胆のう炎</li> </ul>	<p>腎臓・尿管</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●急性腎炎</li> <li>●慢性腎炎</li> <li>●ネフローゼ</li> <li>●腎不全</li> <li>●腎臓結石</li> <li>●尿管結石</li> <li>●前立腺肥大</li> </ul>	<p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病</li> <li>●脂質異常症</li> <li>●高尿酸血症</li> <li>●高血圧</li> <li>●紫斑病</li> <li>●甲状腺腫</li> <li>●リウマチ性疾患</li> <li>●甲状腺機能亢進症</li> <li>●甲状腺炎</li> <li>●変形性関節症</li> <li>●椎間ヘルニア</li> <li>●痔</li> </ul>
---	--	---	---	--

※「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  
 ②7日以上薬の処方を受けた場合  
 実際使用したかどうかにかかわらず、7日以上薬の処方を受けた場合は該当します。2~3回に分けて合計7日以上薬の処方を受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合わせください。

A 病気の部位(右/左/両方/その他) 年 月 から 年 月 まで 現在の状況  完治  治療中  経過観察中

B 入院した期間 年 月 から 年 月 まで 手術名・手術の種類・部位、手術年月 年 月

C 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

D 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 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 GOT(ALT) IU/L GPT(AST) IU/L y-GTP IU/L 貧血 測定年月 年 月 血色素量(ヘモグロビン:Hb) g/dL

## 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、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、口座振替特約の規定に基づき、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 新キユア〈無配当 無解約払戻金型医療保険(2013) 七犬生活習慣病入院給付特則(三大疾病無制限型) 適用・先進医療特約(2018)・がん一時金特約・がん通院特約・重度三疾病一時金特約・入院一時金特約・通院治療支援特約(退院時一時金給付型)〉について、下記事項を了承します。
    - ①解約払戻金について  
保険期間と保険料払込期間が同一の場合(終身払)：解約払戻金はありません。  
保険期間と保険料払込期間が異なる場合：  
主契約……………保険料払込期間中は、解約払戻金はありません。  
保険料払込期間経過後で、かつ、すべての保険料を払込済の場合には、入院給付金日額の10倍となります。  
特約……………保険期間を通じて解約払戻金はありません。
    - 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。

〈給付金・一時金の内容〉

主契約：無配当 無解約払戻金型医療保険(2013)	
七犬生活習慣病入院給付特則 (三大疾病無制限型)	適用
1入院支払限度日数 (通算支払限度 1,000日)	60日 がん、心疾患、脳血管疾患：制限なし その他の七犬生活習慣病：120日
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 (給付限度：1回の療養につき50万円)

- 給付金受取人……………被保険者
- 死亡保険金……………なし
- がん一時金特約・がん通院特約・重度三疾病一時金特約のがん責任開始日は、告知日、申込書受領日のいずれか遅い方の日から、その日を含め91日目となります。

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い、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(当座買越え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。