コ_5

2021年10月作成

医療保険 新キュア〈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（2013）
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

308C06

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。

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、右の「はい」に ☑ をしてください。

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、あらた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。

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

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

ご確認欄 ☑ 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。

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
氏名（自署）	署 名 ●裏面記載の解約払戻金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。	年齢	歳
		生年月日	☑ 昭和 ☑ 平成 ☑ 令和 年 月 日
住所	〒 ー 都 道 府 県		
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。

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

・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		

切り取らずに折りたたんでご返送ください

6 ご希望のコース

1つに☑をしてください。	☑ 日額10,000円コース	☑ 日額7,000円コース	☑ 日額5,000円コース
	かんたんプラン		
無解約払戻金型医療保険（2013）	10,000円	7,000円	5,000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 払込回数 ☑ 月払 ☑ 半年払 ☑ 年払

9 保険料 千 円

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

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

いずれか一方にご記入ください

切り取らずにご返送ください

Ⓐ 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 2023年3月の場合 03月2023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）

申込番号

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 ）
	氏名 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。	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	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。）
	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

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		

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、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。

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）

令和 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 cm 体重 kg

14 被保険者のご職業

勤務先名・屋号		勤務先電話番号	☎ （ ）

以下の①～⑬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。		勤めていない方
☑ 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	☑ ⑧主婦・主夫
☑ 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。	☑ ⑨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	☑ ⑦その他［具体的な職務内容］	☑ ⑩年金生活者・不動産収入生活者
☑ 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）		☑ ⑪金融資産生活者
		☑ ⑫家事手伝い
		☑ ⑬無職者

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

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 C 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	
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。 別表 を必ずご確認ください！	☑ 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（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）。 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 / ☑ うけていない	B C へ記入
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

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 ●先天性心疾患 ●大動脈りゅう ●狭心症 ●心筋症 ●心臓弁膜症 ●心筋こうそく ●不整脈 ●心雑音
脳・精神・神経	●脳内出血 ●心身症 ●ノイローゼ ●脳こうそく ●神経症 ●てんかん ●くも膜下出血 ●パニック障害 ●アルコール依存症 ●統合失調症 ●自律神経失調症 ●うつ病 ●アルツハイマー病 ●不眠症 ●双極性障害（躁うつ病） ●パーキンソン病 ●知的障害 ●認知症
肺・気管支	●ぜんそく ●気管支拡張症 ●じん肺 ●慢性気管支炎 ●肺気腫 ●過換気症候群 ●慢性閉塞性肺疾患（COPD） ●肺結核
胃腸・すい臓	●胃かいよう ●慢性すい炎 ●かいよう性大腸炎 ●十二指腸かいよう ●腸ヘルニア ●クローン病 ●過敏性大腸炎 ●急性すい炎
肝臓・胆のう	●急性肝炎 ●肝硬変 ●胆石 ●慢性肝炎（肝炎ウイルスキャリアを含む） ●胆のう炎
腎臓・尿管	●急性腎炎 ●腎不全 ●腎臓結石 ●慢性腎炎 ●のう胞腎 ●尿管結石 ●ネフローゼ ●水腎症 ●前立腺肥大
目・耳・鼻	●白内障 ●角膜かいよう ●中耳炎 ●緑内障 ●網膜色素変性症 ●メニエール病 ●ぶどう膜炎 ●網膜はく離 ●突発性難聴 ●角膜炎 ●眼底出血 ●ちくのう症（副鼻腔炎） ●円錐角膜 ●鼻中隔弯曲症
がん・しゅよう	●がん（上皮内新生物を含む） ●白血病 ●ポリープ ●しゅよう ●異形成 ●肉腫
女性の病気	●子宮筋腫 ●卵巣のう腫 ●不妊症 ●子宮内膜症 ●乳腺症
その他	●糖尿病 ●こうげん病 ●甲状腺機能亢進症 ●脂質異常症（高脂血症） ●貧血 ●甲状腺炎 ●高尿酸血症（痛風） ●紫斑病 ●甲状腺腫 ●変形性関節症 ●リウマチ性疾患 ●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	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	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・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

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

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 新キュア〈無配当 無解約払戻金型医療保険（2013）・先進医療特約（2018）〉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）	
七大生活習慣病入院給付特則	適用なし
1入院支払限度日数 （通算支払限度 1,000日）	60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

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、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）はこの契約が終了したもの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。

SAMPLE