

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。  
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)	がんによる保障	貯蓄(老後生活資金・教育資金の準備等)
医療保険キュア・サポート・プラス	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

◎:主契約(引受基準緩和型医療保険(2019))の保障 ○:特約(引受基準緩和型終身保険特約(低解約払戻金型)(2019))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  確認欄  はい

### 2 意向確認書

く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5「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。

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。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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参照ください。)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
⑤医療保険キュア・サポート・プラスが当社の他の商品に比べて保険料が割増しされていること、また健康状態によっては保険料が増加していること、または健康状態によっては保険料が増加しない当社の他の商品にご加入いただける場合があることを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ていますか。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

※81歳以上の方がご加入できる当社の医療保険は、この保険商品以外ございません。

### 3 保険契約者兼被保険者

契約者をご記入ください。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。 ※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。

フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
氏名(自署)	生年月日	年 月 日
住所	〒	
電話番号	携帯電話番号	自宅

必須  確認欄  意向に沿っている  意向に沿っていない

### 4 指定代理請求人

契約者をご記入ください。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
氏名	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 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、保険金・給付金等をお支払いできないことがあります。  
代筆された場合はご契約をお引受けできません。

### 5 ご希望のコース

(払込回数:月払) 必須

ご希望のコース1つに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。	プレミアムプラン 七大生活習慣病入院給付特約(三大疾病無制限型)適用あり	ベーシックプラン 七大生活習慣病入院給付特約(三大疾病無制限型)適用あり	シンプルプラン 七大生活習慣病入院給付特約(三大疾病無制限型)適用なし
1	日額5,000円コース	日額5,000円コース	日額3,000円コース
引受基準緩和型医療保険(2019)	5,000円	5,000円	5,000円
引受基準緩和型入院一時金特約	5万円	-	-
保険期間・保険料払込期間	終身		
1の保険料	円	円	円

### 2 死亡保険金受取人

保険特約を付加する場合は、死亡保険金受取人欄を必ずご記入ください。

フリガナ	氏名	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	受取割合
契約者以外の方(配偶者または3親等以内の血族)をご指定ください。		年 月 日		100%
契約者住所と同じ場所に居住する必要があります。記入がない場合は契約者住所と同一とします。	住所		被保険者から見た続柄	
			<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	

### 7 保険料のお支払い

「クレジットカード払」(クレジットカード払特約) または 「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。

保険金額	プレミアムプラン+死亡保障 日額5,000円コース	ベーシックプラン+死亡保障 日額5,000円コース	シンプルプラン+死亡保障 日額3,000円コース
1+2の合計保険料	100万円付加	円	円
	50万円付加	円	円

### 「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。

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

### 「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

口座振替は原則保険契約者と同じ、もしくは配偶者または3親等以内の血族をご指定ください。

フリガナ	氏名	振替日(払込日)
契約者から見た口座名義人の続柄	お金融機関出印欄	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親・子 <input type="checkbox"/> その他(具体的に)		

### 用語解説

入院・手術とは  
■入院…治療のための入院(教育入院を含む)、検査入院のいずれの場合も告知の対象となります(正常分娩のための入院は告知の対象から除きます)。また、「日帰り」の入院も該当します。  
■手術…切開術・帝王切開・内視鏡・レーザー・体外衝撃波療法(ESWL)・カテーテル・放射線等を含みます。また、「日帰り」の手術も該当します。

投薬とは  
病院や診療所で薬の処方のみをうけた場合を含みます。

がん、上皮内新生物に含まれるものの例  
癌・白血病・肉腫・骨髄腫・リンパ腫・カルチノイド・GIST・真性赤血球増加症・骨髄異形成症候群(MDS)・本態性血小板血症・パジェット病・ポーン病・上皮内がん・高度異形成 等。

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。  
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。

### 8 申込日・告知日

令和 年 月 日

### 9 被保険者氏名

こちらにご署名ください

### 10 他社加入状況

他社で現在ご加入または申込中の保険契約がある場合は、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
病気死亡時の他社保険金額合計(終身保険特約を付加される場合のみ)	万円

### 11 職業・年収

以下の①～⑩から選択のうえ、年収・勤務先をご記入ください。  
⑦～⑩を選択した方で、お勤め先がある場合は、職業を選択のうえ年収・勤務先をご記入ください。

<input type="checkbox"/> ①会社経営(会社役員)	<input type="checkbox"/> ⑥フリーター(パート・アルバイト含む) ※フリーターの方も、勤務先名をご記入ください。	<input type="checkbox"/> ⑪主婦・主夫
<input type="checkbox"/> ②事務・営業・企画・販売・システム・医療・福祉従事者、医師・弁護士・教職員・保育士・研究職・技術職	<input type="checkbox"/> ⑦不動産収入生活者	<input type="checkbox"/> ⑫学生
<input type="checkbox"/> ③地下作業業者、海中作業業者、採石・岩石・砂利運搬業者、爆破作業業者	<input type="checkbox"/> ⑧その他 具体的な職務内容	<input type="checkbox"/> ⑬家事手伝い
<input type="checkbox"/> ④高所作業業者(建設・ビル・造園等)、林業従事者、高圧電気(200V超)取扱作業業者、漁船乗組員(500トン未満の船舶)	<input type="checkbox"/> ⑨金融資産生活者 ※年金収入には金融資産の合計額をご記入ください。	<input type="checkbox"/> ⑭無職者 ※年金生活者の方は◎をご選択ください。
<input type="checkbox"/> ⑤建設業(作業なし)、衛生官・海上保安官(内勤除く)、トラック運転手、専任教員(塾・習字等)、産業廃棄物処理	<input type="checkbox"/> ⑩年金生活者	

⑦～⑩を選択した方 ⑪～⑭を選択した方

年収	ご本人の年収など1年間の収入額	約	万円	世帯の年収	約	万円
----	-----------------	---	----	-------	---	----

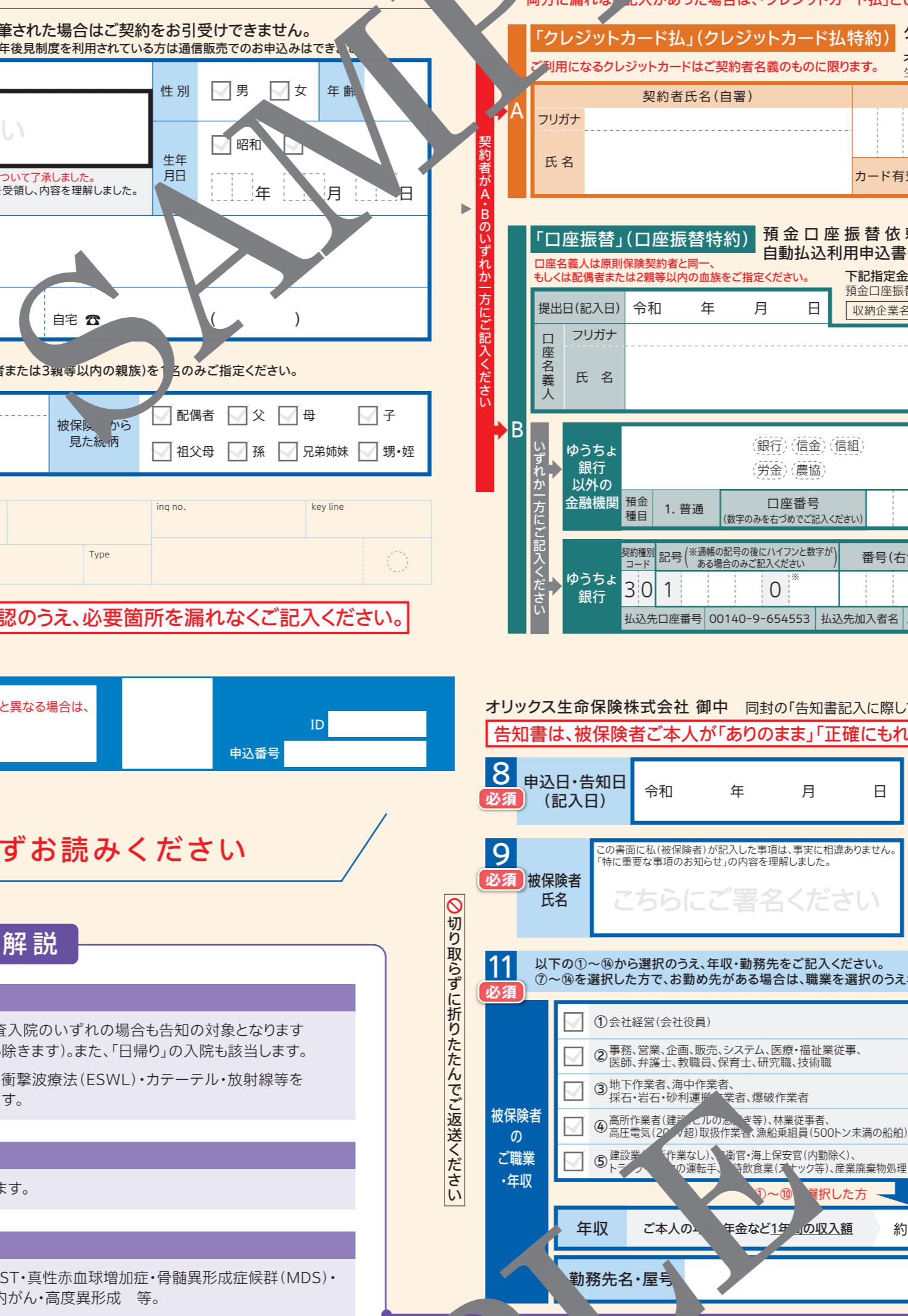
勤務先名・屋号 勤務先電話番号

告知書に左欄を必ずお読みください。各質問中の下線のことは左欄の「用語解説」をご確認ください。

11 各項目中の質問につき、「いいえ」「はい」のいずれか1つにをしてください。3つの告知項目がすべて「いいえ」の場合、お申込みいただけます。

1	最近3か月以内に、医師から入院・手術・検査のいずれかをすすめられたことがありますか。 ※検査をすすめられた事実があれば、検査実施の有無にかかわらず、告知の対象となります。ただし、検査を受けた結果、異常がなかった場合は告知の対象となりません。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2	過去2年以内に、病気やケガで入院をしたこと、または手術を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3	過去5年以内に、がんまたは上皮内新生物・肝硬変・統合失調症・認知症・アルコール依存症で、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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

1つでも「はい」にがある場合、お申込みいただけません。





## 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。

- 医療保険ケア・サポート・プラス（無配当引受基準緩和型医療保険(2019)）について、下記事項を了承します。

### ①解約払戻金について

医療保険ケア・サポート・プラス	
主契約	解約払戻金
引受基準緩和型医療保険(低解約払戻金型)(2019)	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
引受基準緩和型入院一時金特約	なし
引受基準緩和型医療保険(低解約払戻金型)(2019)	低解約払戻金期間中に解約した場合の解約払戻金額を抑制する仕組みで保険料が計算されています。 低解約払戻金期間中に解約した場合、解約払戻金を低く設定しない場合の解約払戻金の70%に抑制されます。 ※低解約払戻金期間経過後に解約した場合でも、低解約払戻金期間内のすべての保険料の払込みがないときは、同様に解約払戻金が抑制されます。

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。
    - 例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。
  - ②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)

- 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

医療保険ケア・サポート・プラス		
1 入院支払限度日数		60日型
七大生活習慣病入院給付特別を適用しない場合		60日(通算1,000日)
七大生活習慣病入院給付特別(三大疾病)	七大生活習慣病(三大疾病)	無制限
七大生活習慣病入院給付特別(三大疾病無制限型)を適用した場合	七大生活習慣病(三大疾病以外)	120日(通算1,000日)
	上記以外	60日(通算1,000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10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

- 給付金受取人…… 被保険者

**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、速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。

### －預金口座振替規定－ ※ゆうちょ銀行を除く

- 1.銀行、金庫、組合等(以下銀行という)に請求書が送付されたとき、請求書に記載された金額を、請求書に記載された金額を預金口座から引落しのうえ支払うこととなる。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しはしません。
  - 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。また、請求書を返却してもさしつかえありません。
  - 3.この契約を解約するときは、私から銀行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、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したものととして取扱ってさしつかえありません。
  - 4.この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。
- ※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。  
 詳しくは、ゆうちょ銀行のホームページをご覧ください。

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。