

積立女性保険契約申込書

貴社の下記保険の普通保険約款および特約条項を承認し、下記記載事項が事実と相違ないことを確認のうえ、下記の通り保険契約を申込みます。



他の保険契約とは普通傷害保険・交通事故傷害保険・家族傷害保険・積立ファミリー交通傷害保険・積立女性保険等をいいます。申込記載事項一特に*印欄が事実と相違した場合は保険金をお支払いできないことがあります。

（契約日） 申込日	平成 18年 2月 20日				
契約者・申込人	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
住所	フリガナ イシカワケンカホクシウノケ 石川県かほく市宇野気XXX-X				
氏名	フリガナ ピーエフタロウ ぴーえふ 太郎				
個人	印				
従業員コード	385945	事業所コード	87	部課コード	870
工場コード	81	内部コード	64139		
会社・工場名	株式会社		部課名 CASE推進室		

保険の種類	積立女性保険				
保険期間	平成 15年 12月 21日 午後 4時から	3	年間	平成 18年 12月 21日 午後 4時まで	5
保険料払込方法	9 団 体 扱				
保険料払込期日	集金契約で定められた給料支払日				

証券番号	9989765				
契約日	平成 15年 12月 21日				

* 住所	フリガナ トウキョウトセタガヤクワカバヤシ 東京都世田谷区若林X丁目				
氏名	フリガナ	フリガナ	フリガナ	年齢	性別
	ぴーえふ	ゆうこ	ゆう子	27	女
職業	会社員 （職務内容）（プログラマー）				
被保険者の居住の用に供される住宅の所在地	フリガナ 被保険者住所と同じ場合は記入の必要はありません。				

契約の型	1 A	2 B	3 C	4 D	5 E	
満期返れい金	100万円	70万円	50万円	30万円	20万円	
保 険 金 額	死亡・後遺障害	1,000万円	700万円	500万円	300万円	200万円
	入院保険金日額	10,000円	7,000円	5,000円	3,000円	2,000円
	通院保険金日額	5,000円	3,500円	2,500円	1,500円	1,000円
保 険 料	賠償責任 （免責1事故1,000円）	1,000万円	700万円	500万円	300万円	200万円
	携行品障害 （免責1事故3,000円）	30万円	25万円	20万円	15万円	10万円
保 険 料	保険期間3年	28,370円	19,880円	14,215円	8,550円	5,715円
	保険期間5年	17,440円	12,235円	8,755円	5,270円	3,530円

死亡保険金受取人	受取人氏名	フリガナ （法定相続人の場合は記入の必要はありません。）	被保険者との関係	被保険者承認印
	被保険者同意欄	保険金受取人を上記の者に指定することに同意します。	フリガナ 被保険者署名欄（必ず自署してください。）	印

契約条件	賠償責任	携行品損害	自振貸付
	1 担 保	1 担 保	希望する

1 回 分 保 険 料	円 ¥16,000
-------------	--------------

* 告知事項	他の保険契約 有 無	過去3ヶ年間に傷害保険金（5万円以上）の請求または受領 有 無
保険種目	会社 満期日	受領回数 会社 受領金額
保険金額	入院保険金日額 通院保険金日額	
	千円 円 円	回 千円

代理店使用欄	受付印	団体ゴム印
--------	-----	-------

扱 別	新規 他人	保険料領収証番号
証 券 送 先	2 契約者	第 号
		保険料領収年月日
		平成 年 月 日

社内点検印
