

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。

(契約日) 申込日	平成15年12月10日	
契約者・申込人	〒	00000000
	電話	(99 - 9999 - 9999)
住所	フリガナ トウキョウト ミナトク ヒガシシンバシ 東京都港区東新橋X-X-X	
氏名	フリガナ ニホン タロウ 日本 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 NCS事業部	

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年間

〇〇保険

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

* 被保険者	住所	フリガナ カナガワケン カワサキシ ナカハラク 神奈川県川崎市中原区上小田中X-X-X	
	氏名	フリガナ ニホン ハナコ 日本 花子	年齢 27 性別 女
	職業 (職務内容)	会社員 (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 (賠償責任担保の場合)	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 被保険者書名欄 (必ず自署してください。)	

契約条件	賠償責任 1 掛保	携行品損害 1 掛保	自振貸付 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
証券発送先	2 契約者

保険料領収証番号	第 号
保険料領収年月日	平成 年 月 日

社内点検印
