

「メディカル感染症ほけん」 保険契約申込書(個人契約用)

ご契約時の同意内容について

私(=被保険者)は、①パンフレットに記載の「補償内容」「重要事項説明書」並びに「個人情報の取り扱いに関するご案内」 ②本商品が希望に沿った商品であることについて確認・同意のうえ、保険契約を申し込みます。

※太枠内に必要事項をご記入ください

申込日(ご記入日)	西暦	年	月	日
フリガナ				
▲申込人(被保険者)氏名	署名(自署)			
▲申込人(被保険者)住所・電話	〒 □□□□-□□□□	自宅・携帯	TEL(- -)
メールアドレス	@			
△勤務先名				TEL(- -)
△職業・職務 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	<input type="checkbox"/> 医療・福祉関連業務の従事者 (医療・福祉施設に勤務する事務職員、その他の役職員を含みます)			
日中の連絡先	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください <input type="checkbox"/> 上記勤務先 <input type="checkbox"/> 上記自宅・携帯 <input type="checkbox"/> 上記メールアドレス			

▲または△が付された事項は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。告知していただいた内容が事実と違っていた場合または告知しただけなかった場合は告知義務違反としてご契約が解除されることがありますのでご注意ください。△が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅延なく取扱代理店または弊社までご連絡ください。

■契約内容(太枠内にご記入ください)

保険期間	* 下線部にご記入ください 西暦 _____ 年 ____ 月1日午後4時~1年後の同日午後4時まで (1年間)	
年間保険料	1,030円	
申込書類締切日	契約月の前月25日必着 ※申込書類締切日(契約月の前月25日(土日祝日の場合は翌営業日))を過ぎて書類が到着した場合は、申込書記載月の翌月1日~1年間とさせていただきます。	

■保険料の支払い方式:口座振替方式

■補償項目と保険金額

補償項目		保険金額
感染症保険	死亡	100万円
	入院、通院・自宅待機	1~10万円



メディカル少額短期保険(株) 口座振替依頼書

- 個人契約の場合→A欄・B欄にご記入ください。
- 法人契約の場合→A欄のみご記入ください。

A 欄	フリガナ				
	ご契約者名				
B 欄	性別 (男・女)	生年月日	西暦	年	月 日

*ご契約者名は社版でも結構です。

預金口座振替規定 (ゆうちょ銀行は除く)

- 貴行(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、請求書記載金額を預金口座から引落としのうえ支払ってください。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しはしません。
- 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さしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から貴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、貴行はこの契約が終了したものと扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、貴行の責めによる場合を除き、貴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。>

切り取らないでください！ 金融機関持ち込み不要！

金融機関
提出用

預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書 (収加)

加入者及び預金者は、明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)を収納代行会社として、上記の預金口座振替規定に同意のうえ、口座振替を依頼します。

新規2 変更3

銀行 農協
信用金庫 漁協
信用組合
労働金庫 御中

2 3 2 8 2 0 年 月 日 2 7 6 0 0 0 0 0 1 8 6 9

金融機関使用事項
(不備返却事由)

番号

申込日 令和 年 月 日

収納代行会社 明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS) (ゆうちょ銀行は捨印不要)

捨印

1 預金取引なし	3 印鑑相違
2 記載事項等相違	4 印鑑不鮮明
ア. 店名	5 該当口座なし
イ. 預金種目	6 口座解約済
ウ. 口座番号	7 その他事由
エ. 口座名義	
オ. 金融機関番号・店舗番号	

指 定 口 座	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協・漁協	本店 支 出張所	金融機関番号	店舗番号	預金種目	口座番号(右つめでご記入ください)
	ゆうちょ銀行				普通(総合) 1 当 座 2	
	種目コード	契約種別コード	記号(6桁目がある場合は※にご記入ください)	番 号 (右つめでご記入ください)		
	1 6 6 3 0		1	0		
	9 9 0 0					
	払込先口座番号	00140-5-120363	払込先加入者名	明治安田収納ビジネスサービス株式会社	払込金の種別	集金 30
	カナ預金者名					
	預金者名			金融機関 お届け印 (サイン)	振替日・払込日	27日 (当日が休業日の場合は翌営業日)

(お願い) この預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書が送付された場合、記載内容に不備がありましたら、上記該当項目に○印を付けて明治安田収納ビジネスサービス株式会社(MBS)へ至急ご返送ください。
(〒135-8385 東京都江東区東陽2-2-20 東陽駅前ビル10階 TEL 03-3615-3125)

検 印
印鑑照合
受付印 取扱店日附印

印鑑は必ず金融機関届出印をご押印ください。また訂正箇所にも必ず訂正印をご押印ください。

2022 年度

メディカル感染症ほけん
個人契約用 記入例

■保険契約申込書

※太枠内に必要事項をご記入ください

申込日	西暦	2022 年	3 月	1 日
フリガナ		イリヨウ	ハナコ	
▲申込人(被保険者)氏名	署名(自署)	医療 花子		
▲申込人(被保険者)住所・電話	〒	104-0033	自宅・携帯	TEL(○▲ - ○○○○ - ▲▲▲▲) (フリガナ) トウキョウトチュウオウクシンカワ 2-22-6 東京都中央区新川 2-22-6
メールアドレス		○○○○○ @ ▲▲▲. ××. jp		
△勤務先名		○○○○○病院		TEL(○▲ - ○○○○ - ▲▲▲▲)
△職業・職務	<input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 医療・福祉関連業務の従事者(医療・福祉施設に勤務する事務職員、その他の役職員を含みます)			
日中の連絡先	いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	<input type="checkbox"/> 上記勤務先	<input checked="" type="checkbox"/> 上記自宅・携帯	<input type="checkbox"/> 上記メールアドレス

▲または△が付された事項は、ご契約に関する重要な事項(告知事項)です。告知していただいた内容が事実と違っていた場合または告知しただけなかった場合は告知義務違反としてご契約が解除されることがありますのでご注意ください。△が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅延なく取扱代理店または弊社までご連絡ください。

■契約内容(太枠内にご記入ください)

保険期間	*下線部にご記入ください 西暦 <u>2022</u> 年 <u>4</u> 月1日午後4時~1年後の同日午後4時まで (1年間)
年間保険料	1,030円
申込書類締切日	契約月の前月25日必着 ※申込書類締切日(契約月の前月25日(土日祝日の場合は翌営業日))を過ぎて書類が到着した場合は、申込書記載月の翌月1日~1年間とさせていただきます。

郵送用宛名

下記「郵送用」宛名を切り取り、お手持ちの定型封筒*に貼り、各種加入依頼書や申込書、事故報告書等のご返送の際にお使いください。

*長形3号サイズ：長辺14cm～23.5cm・短辺9cm～12cm

- ①キリトリ線で下記宛名部分を切り取ってください。
- ②切り取った宛名をお手持ちの定型封筒に剥がれないよう、しっかりと糊で貼り付けてください。
ホチキス・クリップ・セロテープ等は使用しないでください。
- ③A4用紙に拡大・縮小、サイズ変更をしないで印刷をしてください。
- ④書類をお送りいただく場合に限定してご利用ください。また第三者への譲渡を禁止します。
- ⑤利用希望者に、宛名ラベルの印刷を委託します。

キリトリ

料金受取人払郵便

晴海局承認

6772

差出有効期間
2023年10月
31日まで
切手をはらずに
お出しください

1048782
定形郵便物 955

東京都中央区新川 2-22-2
新川佐野ビル 4F

メディカル少額短期保険株式会社 行

|||||

キリトリ

★ご注意★

この宛名を使用する場合、弊社に到着するまで2～3日を要しますのでお急ぎの際は、切手を貼ってご投函ください。