

# 申込書の記入方法について

---

三菱電機グループ保険〔2026年募集版〕

三菱電機保険サービス株式会社

|                                     |        |                                             |         |
|-------------------------------------|--------|---------------------------------------------|---------|
| 1. 申込書の提出について .....                 | 3 ページ  | 3. <b>病気・ケガの保険</b> に新規加入・内容変更の場合.....       | 10 ページ～ |
| 2. <b>いのちの保険</b> に新規加入・内容変更の場合..... | 4 ページ～ | 3-1 ご加入者情報等について.....                        | 11 ページ  |
| 2-1 ご加入者の勤務先情報等について .....           | 5 ページ  | 3-2 被保険者（＝保険の対象となる方）の<br>情報および補償内容について..... | 12 ページ  |
| 2-2 ご加入者情報と申込金額について.....            | 6 ページ  | 3-3 「自転車傷害補償」に加入する場合.....                   | 13 ページ  |
| 2-3 加入金額を変更する場合.....                | 7 ページ  | 3-4 「健康状態に関するご質問」について.....                  | 14 ページ  |
| 2-4 告知について.....                     | 8 ページ  | 3-5 告知について（告知欄の記入について） .....                | 15 ページ  |
| 2-5 お申込内容の確認について.....               | 9 ページ  | 3-6 加入する保険と同種の他保険契約等に<br>加入している場合.....      | 16 ページ  |
|                                     |        | 3-7 代理告知でご家族の方が「介護補償」に<br>加入する場合.....       | 17 ページ  |
|                                     |        | 3-8 2名以上の方が加入する場合.....                      | 18 ページ  |
|                                     |        | 3-9 保険料について.....                            | 19 ページ  |
|                                     |        | 3-10 加入内容の変更をする場合.....                      | 20 ページ  |
|                                     |        | 3-11 ご加入者情報のみ変更する場合.....                    | 21 ページ  |
|                                     |        | 3-12 被保険者情報のみ変更する場合.....                    | 22 ページ  |

[目次に戻る](#)

新規加入や内容変更の場合には、以下のとおり申込書をご提出ください。

(既加入者の方が前年同条件で更新を希望される場合、申込書の提出は不要です。)

## いのちの保険

三菱電機にお勤めの方→最寄りの三菱電機保険サービス  
関係会社にお勤めの方→各社福祉担当部門

## 病気・ケガの保険

三菱電機にお勤めの方・関係会社にお勤めの方  
→最寄りの三菱電機保険サービス

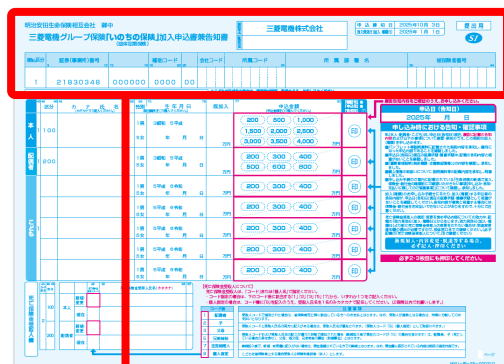


**郵送でご提出いただく際には、お客様控えはお客様ご自身で保管のうえ、ご送付ください。**



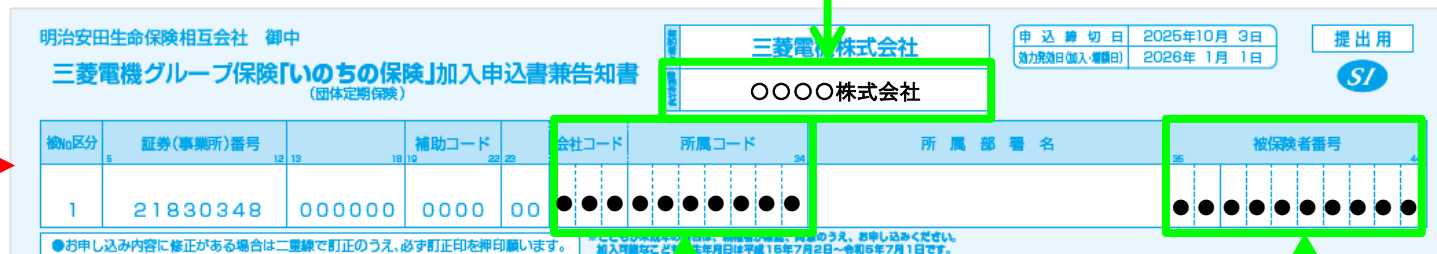
## ご加入者の勤務先情報等について

印字されていない場合には、ご記入ください。

[目次に戻る](#)


**！** ご出向されている方は、出向元の情報をご記入ください。

お勤め先の会社名をご記入ください。



明治安田生命保険相互会社 御中

三菱電機グループ保険「いのちの保険」加入申込書兼告知書  
(団体定期保険)

三菱電機株式会社  
〇〇〇〇株式会社

申込締切日 2025年10月 3日 提出用  
効力発効日(加入・継続日) 2026年 1月 1日

| 被保険者区分 | 証券(事業所)番号 | 補助コード  | 会社コード | 所属コード | 所属部署名      | 被保険者番号     |
|--------|-----------|--------|-------|-------|------------|------------|
| 1      | 21830348  | 000000 | 0000  | 00    | ●●●●●●●●●● | ●●●●●●●●●● |

●お申し込み内容に修正がある場合は二重線で訂正のうえ、必ず訂正印を押印願います。

### 三菱電機にお勤めの方

会社コード：000 所属コード：空欄のまま

被保険者番号：000+社員番号（7桁）

### 関係会社にお勤めの方

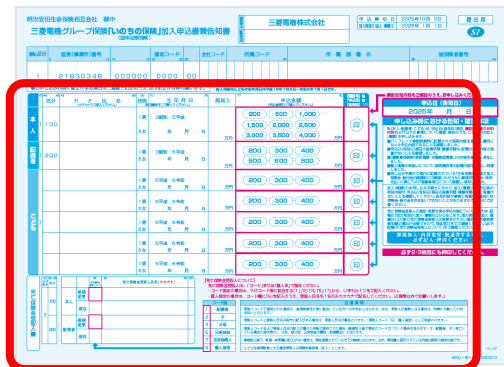
お勤め先の福祉担当部門にお問い合わせのうえ、ご記入ください。

## ご加入者情報と申込金額について

目次に戻る

ご加入される方の情報と  
申込金額へ「○」をご記入ください。

&lt;未加入者の場合&gt;



| 区分  | カナ 氏 名<br>(カタカナで記入ください) | 性別       | 生 年 月 日<br>(西暦で記入してください) | 既加入 | 申込金額<br>(申込金額を○で記入してください)                               | 印 |
|-----|-------------------------|----------|--------------------------|-----|---------------------------------------------------------|---|
| 本人  | ミツビシ タロウ                | 1男       | 3昭和 5米※<br>50 年 5 月 2 日  | 万円  | 200 500 1,000<br>1,500 2,000 2,500<br>3,000 3,500 4,000 | 印 |
| 配偶者 | ミツビシ ハナコ                | 1男<br>5女 | 3昭和 3平成<br>56 年 10 月 3 日 | 万円  | 200 300 400<br>500 600 800                              | 印 |
| 子   | ミツビシ イチロウ               | 5女       | 5平成 5令和<br>19 年 5 月 7 日  | 万円  | 200 300 400                                             | 印 |
| 子   |                         | 1男       | 5平成 6令和<br>年 月 日         | 万円  | 200 300 400                                             | 印 |
| 子   |                         | 5女       | 5平成 6令和<br>年 月 日         | 万円  | 200 300 400                                             | 印 |
| 子   |                         | 1男       | 5平成 6令和<br>年 月 日         | 万円  | 200 300 400                                             | 印 |
| 子   |                         | 5女       | 5平成 6令和<br>年 月 日         | 万円  | 200 300 400                                             | 印 |
| 子   |                         | 1男       | 5平成 6令和<br>年 月 日         | 万円  | 200 300 400                                             | 印 |
| 子   |                         | 5女       | 5平成 6令和<br>年 月 日         | 万円  | 200 300 400                                             | 印 |

| 45 46 47 48 49 50 | 死亡保険金受取人氏名(カタカナ) | 45 46 47 48 49 50 |
|-------------------|------------------|-------------------|
| 100               | 本人<br>新規変更 7     | 100               |
| 200               | 配偶者<br>新規変更 7    | 200               |
|                   | 現在               |                   |
|                   | 現在               |                   |

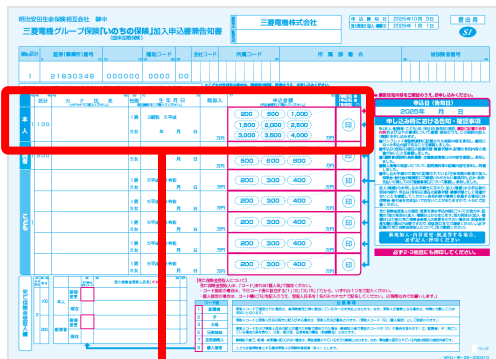
  

| コード表    | 注 意 事 項                                                                                                 |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 配偶者   | 受取人コードが指定された場合は、被保険者死亡時に該当する方への支払となります。なお、受取人が複数となる場合は、均等に分割しての支払となります。                                 |
| 2 子     | 受取人コードと受取人氏名の両方に記入がある場合は、受取人氏名が優先されます。(受取人コード「9」(個人指定)として取扱われます。)                                       |
| 3 父母    | 受取人コードおよび受取人氏名の記入が漏れた状態で提出された場合、継続加入者で現在のコードが「10」の場合を含みます)は、配偶者、子(死亡している場合は除く)、父母、祖父母、兄弟姉妹の順位(の順)となります。 |
| 4 兄弟姉妹  |                                                                                                         |
| 5 兄弟姉妹  |                                                                                                         |
| 6 法定相続人 |                                                                                                         |
| 7 法定相続人 |                                                                                                         |
| 8 個人指定  |                                                                                                         |
| 9 個人指定  | 継続加入者で、新規・変更時に記入がない場合は、現在登録されている方が優先となります。なお、現在表示されている内容が初期の既定内容です。どこかを被保険者とする場合受取人は保険料負担者(本人)となります。    |

「コード表」の番号を  
ご記入ください。

❗ 「9 個人指定」をご選択された場合のみ、受取人の方の氏名をカタカナでご記入ください。

## 加入金額を変更する場合

[目次に戻る](#)


新たに加入する申込金額へ「○」をご記入ください。

<既加入者の場合>

|     | 区分    | カナ氏名<br>(カタカナでご記入ください。) | 性別 <sup>1</sup> | 生年月日<br>(該当箇所を○で囲んでください。) | 既加入    | 申込金額<br>(申込金額を○で囲んでください。)                                                | 「申込印」兼<br>「告知印」 <sup>17)</sup>                                                        |
|-----|-------|-------------------------|-----------------|---------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 本人  | 1 100 | ミツビシ タロウ                | 1 男<br>**       | 3昭和 **<br>50 年 5 月 2 日    | 1000万円 | 200   500   1,000<br>1,500   2,000   2,500<br>3,000   3,500 <b>4,000</b> |    |
| 配偶者 | 1 200 | ミツビシ ハナコ                | * 考<br>5 女      | 3昭和 **<br>56 年 10 月 3 日   | 800万円  | 200   300   400<br>500   600   800                                       |  |

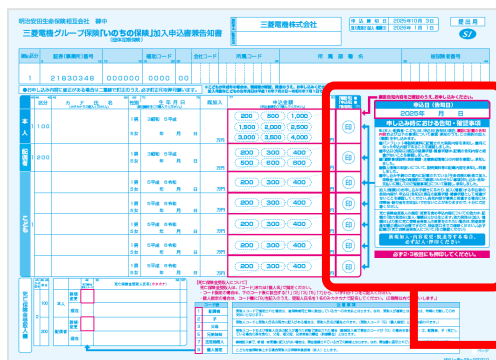
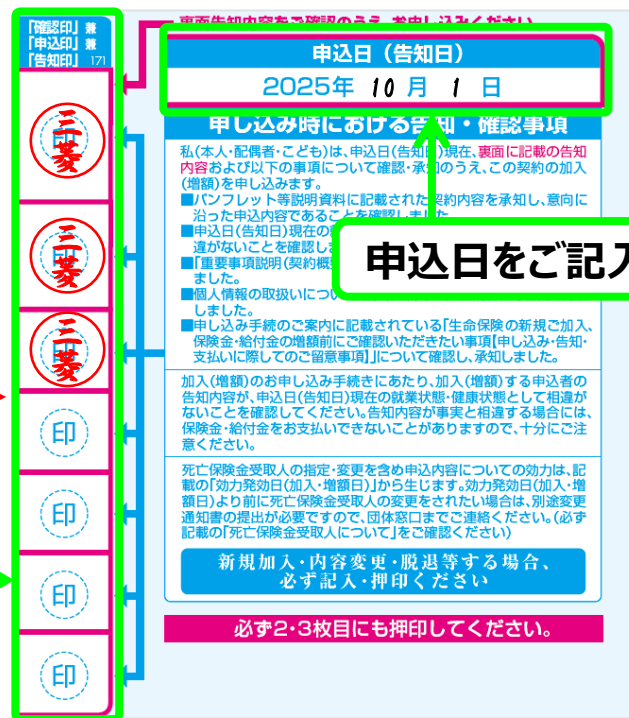
複数加入されている場合で、変更されない方については押印不要です。



## 8



## お申込内容の確認について

[目次に戻る](#)



**申込日（告知日）**  
2025年 10月 1日

**申し込み時における告知・確認事項**

私（本人・配偶者・子ども）は、申込日（告知日）現在、裏面に記載の告知内容および以下の事項について確認・承諾のうえ、この契約の加入（増額）を申し込みます。

- パンフレット等説明資料に記載された契約内容を承知し、意向に沿った申込内容であることをご承認し、承諾しました。
- 申込日（告知日）現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認し、承諾しました。
- 「重要事項説明（契約概要）」を十分に読み、理解しました。
- 個人情報の取扱いについて承諾しました。
- 申し込み手続きのご案内に記載されている「生命保険の新規ご加入、保険金・給付金の増額前にご確認いただきたい事項【申し込み・告知・支払いに際しての留意事項】」について確認し、承諾しました。

加入（増額）のお申し込み手続きにあたり、加入（増額）する申込者の告知内容が、申込日（告知日）現在の就業状態・健康状態として相違がないことを確認してください。告知内容が事実と相違する場合には、保険金・給付金をお支払いできないことがありますので、十分ご注意ください。

死亡保険金受取人の指定・変更を含め申込内容についての効力は、記載の「効力発効日（加入・増額日）」から生じます。効力発効日（加入・増額日）より前に死亡保険金受取人の変更をされたい場合は、別途変更通知書の提出が必要です。団体窓口までご連絡ください。（必ず記載の「死亡保険金受取人について」をご確認ください）

**新規加入・内容変更・脱退等する場合、必ず記入・押印ください**

**必ず2・3枚目にも押印してください。**

申込内容・告知内容等をご確認のうえ、押印（2、3枚目も）ください。

＊告知内容については、8ページをご参照ください。

＊複数加入されている場合で、変更されない方については押印不要です。



告知の内容が正しくない場合、ご加入が解除され保険金がお受け取りいただけない場合があります。

## 病気・ケガの保険 記入例について

病気・ケガの保険 申込書をご用意ください。

[目次に戻る](#)

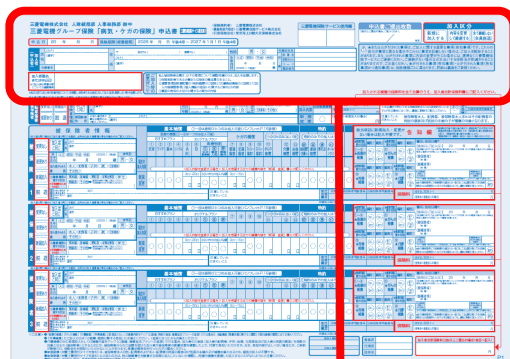
＜申込書表紙＞

[illegible]

## ご加入者情報等について

[目次に戻る](#)

印字されている場合には、内容に誤りがないかをご確認ください。



ご加入される方の情報をご記入ください。

申込日・保険期間を  
ご記入ください。

「新規に加入する」に  
「○」をご記入ください。

<未加入者の場合>

三菱電機株式会社 人財統括部 人事総務部 御中  
三菱電機グループ保険「病気・ケガの保険」申込書

申込日 2025年 10月 1日 保険期間(補償期間) 2026年 1月 1日 午後4時 ~ 2027年 1月 1日 午後4時

加入者氏名 (カナ) ミツビシ タロウ  
氏名 (漢字) 三菱 太郎  
社員番号 0000000

住所 (カナ) トウキョウト チョウダク マルノウチ 1-1-1  
住所 (漢字) 東京都 千代田区 丸の内 1-1-1

性別 女 生年月日 50年 5月 2日 (2026.1.1時点) 50歳

所属会社名 ○○○○株式会社  
部署名 総務部  
部署名(カナ) ソウムブ  
コード 12345678  
電話番号

加入区分  
新規に加入する ☒ 内容を変更して継続する ☐ 全て継続しない(全員退選) ☐

★または☆が付された事項は、ご加入に関する重要な事項(告知事項)です。これらの表示が事実と異なる場合やこれらに事実を記載しない場合は、ご加入を解除することがあります。また、☆が付された事項に内容の変更が生じた場合には、遅滞なく三菱電機保険サービスにご連絡ください。ご連絡がない場合はお支払いする保険金が削減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(告知事項)・☆が付された事項(告知事項かつ通知事項)は、保険種類ごとに異なります。詳細は裏面をご参照ください。

加入される補償の保険料を全て合算のうえ、加入者合計保険料欄にご記入ください。

ご署名または押印ください。

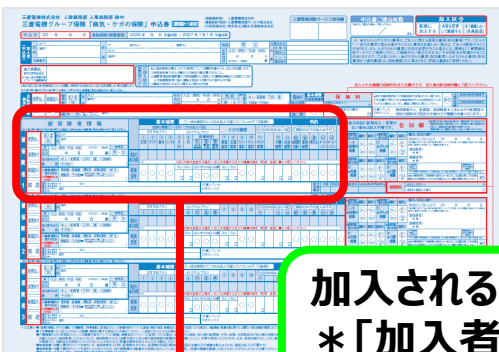


押印の場合には、複写式となっていますので、3枚目までお忘れずに押印ください。

## 被保険者（＝保険の対象となる方）の情報および補償内容について

[目次に戻る](#)

印字されている場合には、内容に誤りがないかをご確認ください。



本記入例は、未加入の方が以下の補償に加入する場合です。

- 基本補償  
医療の補償 充実プラン、がんの補償（2口）、介護補償（2口）
- 特約  
家庭賠償責任、携行品損害

加入される方の情報をご記入ください。

＊「加入者と同じ」を選択された場合には、  
太枠内（斜線部分）への記入は不要です。

加入をご希望される補償への  
「○」・口数をご記入ください。

<未加入者の場合（ご本人加入）>

| 被 保 険 者 情 報                                   |        |                     |         | 基本補償 ①～⑩は原則ひとつのみ加入可能（パンフレットP.16参照） |                      |                |                                     |                     |                     |                             |                        |                    |                   | 特約                |                    |                    |                   |                      |                      |          |         |            |            |
|-----------------------------------------------|--------|---------------------|---------|------------------------------------|----------------------|----------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------|----------------------|----------------------|----------|---------|------------|------------|
| 加入者と同じ場合は「加入者と同じ」を選択。太枠内は加入者情報と異なる場合のみ記入ください。 |        |                     |         | 医療の補償（①～⑥は一つのみ加入可能）                |                      |                |                                     |                     | ケガの補償               |                             |                        |                    |                   | ⑪⑫⑬は自由加入可能        |                    |                    |                   |                      |                      |          |         |            |            |
|                                               |        |                     |         | おすすめプラン                            |                      | オリジナルプラン       |                                     |                     |                     |                             |                        |                    |                   | 特約のみでの加入は不可       |                    |                    |                   |                      |                      |          |         |            |            |
|                                               |        |                     |         | ① 充実                               | ② ワイド                | ③ 基本           | ④ シンプル                              | ⑤ A (K)             | ⑥ B                 | 医療特約                        |                        | ⑦ 普通傷害             | ⑧ 交通傷害            | ⑨ カラーカラー          | ⑩ カラーカラー           | ⑪ がんの補償            | ⑫ 介護補償            | ⑬ 所得補償               | ⑭ 家庭賠償責任             | ⑮ 家庭賠償責任 | ⑯ 携行品損害 | ⑰ ホールインワン1 | ⑱ ホールインワン2 |
| 変更なし                                          | 加入者と同じ | 氏名 (カナ)<br>ミツビシ タロウ | 性別<br>男 | 生年月日<br>大正 50 年 5 月 2 日 50 歳       | 加入者からみた氏名<br>本人（配偶者） | 加入者からみた性別<br>男 | 加入者からみた生年月日<br>大正 50 年 5 月 2 日 50 歳 | 加入者からみた職業・職務<br>事務職 | 加入者からみた収入<br>30～20口 | 加入者からみた医療特約<br>⑥⑥いずれかの加入が必要 | 加入者からみたケガの補償<br>30～15口 | 加入者からみたがんの補償<br>2口 | 加入者からみた介護補償<br>2口 | 加入者からみた所得補償<br>2口 | 加入者からみた家庭賠償責任<br>○ | 加入者からみた家庭賠償責任<br>○ | 加入者からみた携行品損害<br>○ | 加入者からみたホールインワン1<br>○ | 加入者からみたホールインワン2<br>○ |          |         |            |            |
| 変更あり                                          | 新規加入   | 氏名 (カナ)<br>ミツビシ タロウ | 性別<br>女 | 生年月日<br>大正 50 年 5 月 2 日 50 歳       | 加入者からみた氏名<br>本人（配偶者） | 加入者からみた性別<br>女 | 加入者からみた生年月日<br>大正 50 年 5 月 2 日 50 歳 | 加入者からみた職業・職務<br>事務職 | 加入者からみた収入<br>30～20口 | 加入者からみた医療特約<br>⑥⑥いずれかの加入が必要 | 加入者からみたケガの補償<br>30～15口 | 加入者からみたがんの補償<br>2口 | 加入者からみた介護補償<br>2口 | 加入者からみた所得補償<br>2口 | 加入者からみた家庭賠償責任<br>○ | 加入者からみた家庭賠償責任<br>○ | 加入者からみた携行品損害<br>○ | 加入者からみたホールインワン1<br>○ | 加入者からみたホールインワン2<br>○ |          |         |            |            |
| 脱退                                            | 脱退     | 氏名 (カナ)<br>ミツビシ タロウ | 性別<br>男 | 生年月日<br>大正 50 年 5 月 2 日 50 歳       | 加入者からみた氏名<br>本人（配偶者） | 加入者からみた性別<br>男 | 加入者からみた生年月日<br>大正 50 年 5 月 2 日 50 歳 | 加入者からみた職業・職務<br>事務職 | 加入者からみた収入<br>30～20口 | 加入者からみた医療特約<br>⑥⑥いずれかの加入が必要 | 加入者からみたケガの補償<br>30～15口 | 加入者からみたがんの補償<br>2口 | 加入者からみた介護補償<br>2口 | 加入者からみた所得補償<br>2口 | 加入者からみた家庭賠償責任<br>○ | 加入者からみた家庭賠償責任<br>○ | 加入者からみた携行品損害<br>○ | 加入者からみたホールインワン1<br>○ | 加入者からみたホールインワン2<br>○ |          |         |            |            |

「新規加入」に「○」をご記入ください。

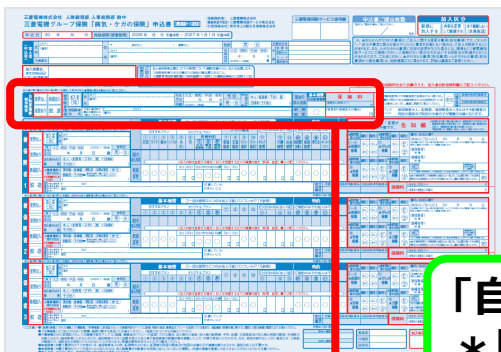
【所得補償】にご加入される方のみ  
「職業・職務に関する告知」に「○」をご記入ください。



## 「自転車傷害補償」に加入する場合

[目次に戻る](#)

印字されている場合には、内容に誤りがないかをご確認ください。



「自転車傷害補償」に加入を希望される方はご記入ください。  
\*「加入者と同じ」を選択された場合には、被保険者情報への記入は不要です。

＜未加入者の場合（ご本人加入）＞

|                 |      |             |                                    |                                                      |                        |                                                                  |                                |                                                           |
|-----------------|------|-------------|------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 被保険者<br>自転車傷害補償 | 変更なし | <b>新規加入</b> | 氏名<br>(漢字) ミヅシ タロウ<br>(カナ) ミヅシ タロウ | 生年<br>月日<br>50年 5月 2日<br>年齢<br>(2026.1.1時点) 50歳      | 性別<br>男 女 <b>女</b>     | 加入<br>金<br>多<br>少<br>を<br>選<br>ぶ<br>○ (配偶者) 子供 (親)<br>兄弟姉妹 (その他) | 現在の<br>加入内容<br>基本補償<br>自転車傷害補償 | 保 険 料<br>(変更なし・2026.1～)<br>(変更あり・新規加入の場合)<br><b>290</b> 円 |
|                 | 変更あり | 脱 退         |                                    | 被保険者<br>住 所<br>市加入者住所と 同<br>異なる場合のみ (漢字)<br>ご記入ください。 | 新 規<br>変 更<br><b>○</b> |                                                                  |                                |                                                           |

「新規加入」に「○」をご記入ください。

基本補償欄への「○」と保険料「290円」をご記入ください。



**ご家族のお一人加入すれば、ご家族も補償の対象となります。**  
(詳細は、総合パンフレットP25でご確認ください。)

# 「健康状態に関するご質問」について

「健康状態に関するご質問」をご確認のうえ、お申し込みください。

目次に戻る

## <申込書表紙>

**健康状態に関するご質問**

**医師の補償・所得補償に新規加入・補償拡充される方**

**期間1**  
【医師の補償】  
【所得補償】

**期間2**  
【医師の補償】  
【所得補償】

**期間3 (所得補償に新規加入・補償拡充される方)**  
【医師の補償】  
【所得補償】

**よくあるご質問**

**1 申込書記入時の注意点**

1. 本申込書の提出日をご記入ください。

2. 加入者の氏名・生年月日・所属会社名等をご記入 (印字されている場合は印字内容を修正し、修正が不要の場合は修正箇所を「訂正」の欄に記入してください。訂正が不要の場合は「訂正」の欄に「訂正不要」と記入してください。)

3. 加入者の氏名・生年月日・所属会社名等をご記入 (印字されている場合は印字内容を修正し、修正が不要の場合は修正箇所を「訂正」の欄に記入してください。訂正が不要の場合は「訂正」の欄に「訂正不要」と記入してください。)

4. 被保険者の氏名・生年月日・性別・職業等をご記入 (印字されている場合は印字内容を修正し、修正が不要の場合は修正箇所を「訂正」の欄に記入してください。訂正が不要の場合は「訂正」の欄に「訂正不要」と記入してください。)

5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.

**自転車関連の補償について**

新たに自転車関連の補償に加入される方は自転車傷害補償責任に氏名・生年月日等をご記入の上、**新規・変更欄**に記入してください。賠償責任に対して備えるため、家庭賠償への加入も検討しましょう。

**加入に関する補償について**

医師の補償・がんの補償・介護補償・所得補償の新規加入・内容変更および継続可能年齢は「プロフィール」をご確認ください。

## <申込書表紙裏面 (健康状態に関するご質問)>

**健康状態に関するご質問**

**医師の補償・所得補償に新規加入・補償拡充される方**

**期間1**  
【医師の補償】  
【所得補償】

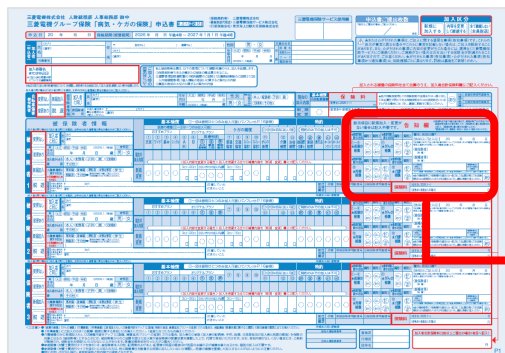
**期間2**  
【医師の補償】  
【所得補償】

**期間3 (所得補償に新規加入・補償拡充される方)**  
【医師の補償】  
【所得補償】

**よくあるご質問**

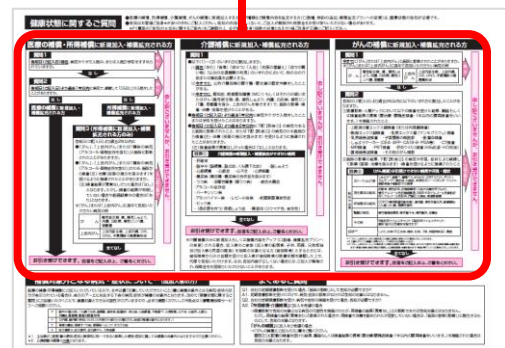
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.

## 告知について（告知欄の記入について）

[目次に戻る](#)


「健康状態に関するご質問」を確認し、「○」をご記入ください。

告知日をご記入のうえ、ご署名ください。



<健康状態に関するご質問>

| 該当項目に新規加入・変更がない場合は記入不要です。 |           |     |             |       |                  | 告知欄                                                                           |  |
|---------------------------|-----------|-----|-------------|-------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| ★健康状態に関する告知               | 質問1       | 質問2 | ★健康状態に関する告知 | 質問1   | 質問2              | 署名、告知日欄※                                                                      |  |
| ①～⑥<br>★医療の補償             | なし        | なし  | ⑪<br>★がんの補償 | なし    | 全てあり             | 【告知日(ご記入日)】 20 25 年 10 月 1 日                                                  |  |
|                           | あり        | あり  |             | あり    | 1つ以上あり           | 「告知欄」及び「ご加入時の同意内容について」の内容、がんの補償の場合「がん保険金受取人指定」の内容について確認・同意します。                |  |
| ★健康状態に関する告知               | 質問1       | 質問2 | ★健康状態に関する告知 | 質問1   |                  | 〈被保険者〉<br>(自 署) 三菱 太郎                                                         |  |
| ⑬<br>★所得補償                | なし        | なし  | ⑫<br>★介護補償  | 全てあり  | 1つ以上あり           | 〈親権者等〉<br>(自 署)                                                               |  |
|                           | あり        | あり  |             |       |                  | がん保険金受取人<br>カナ氏名                                                              |  |
|                           |           |     |             |       |                  | 被保険者本人からみた受取人の続柄                                                              |  |
|                           |           |     |             |       |                  | ▲がんの補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合には記入。                              |  |
|                           |           |     |             |       |                  | ★他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます)がある場合には○を裏面に詳細をご記入ください。 |  |
| 明細番号                      | 旧被保険者明細番号 |     | 保険料         |       | (変更なし:2026.1～) 円 |                                                                               |  |
|                           |           |     |             | 5,950 |                  | (変更あり・新規加入の場合) 円                                                              |  |



告知の内容が正しくない場合、ご加入が解除され保険金がお受け取りいただけない場合があります。



# 加入する保険と同種のお保険契約等に参加している場合

目次に戻る

加入される保険と同種のお保険契約等に参加されている方は、ご記入ください

★他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます)がある場合には○をし、裏面に詳細をご記入ください。

あり

★他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます)がある場合には○をし、裏面に詳細をご記入ください。

あり

該当される方は「○」をして、以下にご記入ください。

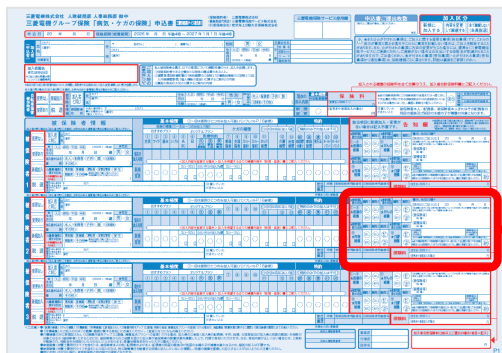
## <申込書裏面>

他の保険契約等 (他の保険契約等とは、ご加入の保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである他の保険契約または共済契約をいいます。他の保険契約等がある場合、そのご契約の内容によっては、東京海上日動にて保険のお引受けができない場合があります。)

具体的な内容をご記入ください。

| 被保険者氏名 | 保険会社・共済会社 | 保険種類   | 満期日<br>(補償の満了する日) | 保険金額・支払限度額<br>(ご契約金額 単位: 万円) |
|--------|-----------|--------|-------------------|------------------------------|
| 三菱 太郎  | あんしん生命    | メディカルR | 2027/1/1          | 入院0.5<br>通院0.5               |
|        |           |        |                   |                              |
|        |           |        |                   |                              |
|        |           |        |                   |                              |
|        |           |        |                   |                              |

## 代理告知でご家族の方が「介護補償」に加入する場合

[目次に戻る](#)


本記入例は、未加入のご家族の方が以下の補償に加入される場合です。  
 被保険者2 ■基本補償 介護補償  
 ※代理して健康告知する場合（被保険者：加入者 三菱太郎のご家族(70歳)）



### ご家族が「介護補償」に加入する場合

ご家族の方が加入する場合には、加入者本人が代理して健康告知（署名）をすることができますので、遠方のご両親が加入しやすくなっています。

\* 本取扱は、ご家族の方が「介護補償」に加入する際の健康告知のみ適用。

告知日をご記入のうえ、加入者本人がご署名ください。

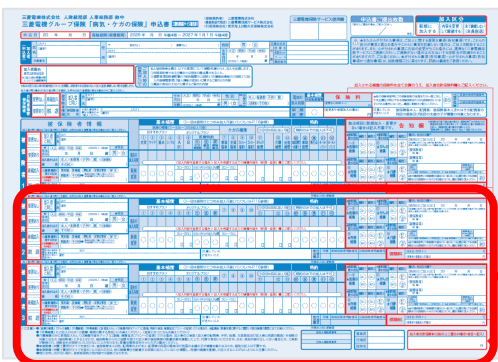
<未加入者の場合（ご家族加入）>

|               |           |     |     |                |  |       |     |                                                                                 |  |
|---------------|-----------|-----|-----|----------------|--|-------|-----|---------------------------------------------------------------------------------|--|
| ★健康状態に関する告知   |           | 質問1 | 質問2 | ★健康状態に関する告知    |  | 質問1   | 質問2 | 署名、告知日欄*                                                                        |  |
| ①～⑥<br>★医療の補償 |           | なし  | なし  | ⑪<br>★がんの補償    |  | なし    | なし  | 【告知日(ご記入日)】 20 25 年 10 月 1 日                                                    |  |
|               |           | あり  | あり  |                |  | あり    | あり  | 「告知欄」及び「ご加入時の同意内容について」の内容、がんの補償の場合「がん保険金受取人指定」の内容について確認・同意します。                  |  |
| ★健康状態に関する告知   |           | 質問1 | 質問2 | ★健康状態に関する告知    |  | 質問1   | 質問2 | (被保険者) 三菱 太郎                                                                    |  |
|               |           | なし  | なし  |                |  | なし    | なし  | (自署)                                                                            |  |
|               |           | あり  | あり  |                |  | あり    | あり  | (親権者等)                                                                          |  |
|               |           | なし  | なし  |                |  | なし    | なし  | (自署)                                                                            |  |
| ★所得補償         |           | 質問1 | 質問2 | ★介護補償          |  | 質問1   | 質問2 | がん保険金受取人からみた受取人の続柄                                                              |  |
|               |           | なし  | なし  |                |  | なし    | なし  | 被保険者本人からみた受取人の続柄                                                                |  |
|               |           | あり  | あり  |                |  | あり    | あり  | ▲がんの補償で被保険者本人の保険金受取人をご自身(被保険者本人)以外の方に指定する場合に記入。                                 |  |
|               |           | なし  | なし  |                |  | なし    | なし  | ★他の保険契約等(この保険契約の全部または一部に対して支払責任が同じである保険契約または共済契約をいいます)がある場合には○をし、裏面に詳細をご記入ください。 |  |
|               |           | あり  | あり  |                |  | あり    | あり  | あり                                                                              |  |
| 明細番号          | 旧被保険者明細番号 | 保険料 |     | (変更なし:2025.1～) |  | 円     |     |                                                                                 |  |
|               |           |     |     | (変更あり:新規加入の場合) |  | 1,880 |     | 円                                                                               |  |

告知内容については、  
15ページをご参照ください。

## 2名以上の方が加入する場合

目次に戻る



&lt;未加入者の場合（ご家族加入）&gt;

本記入例は、未加入のご家族の方が以下の補償に加入される場合です。  
 被保険者2 ■基本補償 医療の補償 充実プラン、がんの補償（2口）  
 被保険者3 ■基本補償 医療の補償 ワイドプラン



## 被保険者が満15歳未満の場合

被保険者（＝保険の対象となる方）が満15歳未満の場合は、  
 親権者等\*が被保険者記名・親権者署名ください。

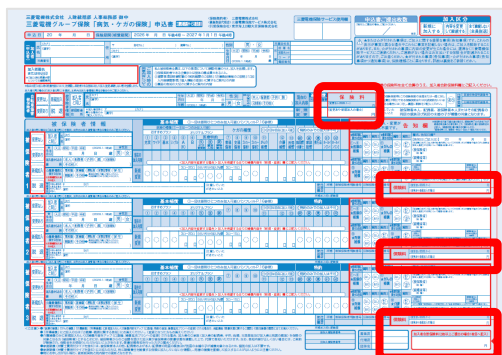
\*親権者等とは、親権者・後見人・保佐人・補助人をいい、親権者等全員の  
 合意を得たうえで、ご加入ください。

| 被保険者 | 加入者  | 氏名    | 性別 | 生年月日     | 年齢  | 加入理由                  | 基本補償                              | 特約          | 保険料    |
|------|------|-------|----|----------|-----|-----------------------|-----------------------------------|-------------|--------|
| 2    | 新規加入 | 三妻 一郎 | 男  | 19年5月7日  | 18歳 | (本人) (配偶者) (親) (兄弟姉妹) | 基本補償 ①～⑩は原則ひとつのみ加入可能(シフレットP.18参照) | 特約のみでの加入は不可 | 2,120円 |
| 3    | 新規加入 | 三妻 和子 | 女  | 23年4月17日 | 14歳 | (本人) (配偶者) (親) (兄弟姉妹) | 基本補償 ①～⑩は原則ひとつのみ加入可能(シフレットP.18参照) | 特約のみでの加入は不可 | 1,130円 |

**ご家族の方も加入される際には、ご記入ください。**

加入者合計保険料(2枚以上ご提出の場合1枚目へ記入) **9,490円**

## 保険料について

[目次に戻る](#)


| 保 険 料          |       |
|----------------|-------|
| (変更なし:2026.1~) | 円     |
| (変更あり・新規加入の場合) | 290 円 |

保険料をご記入ください。

|     |                |         |
|-----|----------------|---------|
| 保険料 | (変更なし:2026.1~) | 円       |
|     | (変更あり・新規加入の場合) | 5,950 円 |

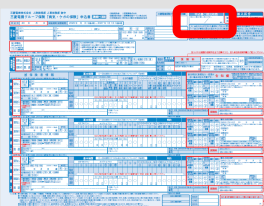
|     |                |         |
|-----|----------------|---------|
| 保険料 | (変更なし:2026.1~) | 円       |
|     | (変更あり・新規加入の場合) | 2,120 円 |

保険料をご確認される際には、  
保険料シミュレーションもご活用ください。



### ❗ 4名以上の方がご加入され、申込書が2枚以上となる場合※

4名以上の方がご加入され、申込書が2枚以上となる場合には、1枚目に  
加入者合計保険料をご記入ください。



| 申込書ご提出枚数            |    |
|---------------------|----|
| 2枚以上ご提出の場合、ご記入ください。 |    |
| 1 / 2               | 枚目 |

申込書のご提出枚数にも  
お忘れないようにご記入ください。

※申込書が2枚以上となる場合には、最寄りの三菱電機保険サービスにご連絡ください。なお、自転車傷害に2名以上加入される場合も申込書が2枚となります。

|     |                |         |
|-----|----------------|---------|
| 保険料 | (変更なし:2026.1~) | 円       |
|     | (変更あり・新規加入の場合) | 1,130 円 |

|                            |         |
|----------------------------|---------|
| 加入者合計保険料(2枚以上ご提出の場合1枚目へ記入) |         |
|                            | 9,490 円 |

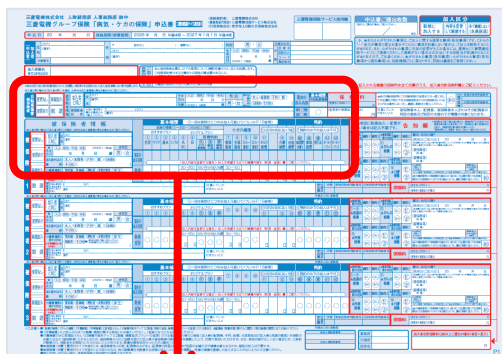
加入者の合計保険料もご記入ください。



## 加入内容の変更をする場合

[目次に戻る](#)

印字されている場合には、内容に誤りがないかをご確認ください。



「変更あり」に○を  
ご記入ください。

本記入例は以下の補償に変更される場合です。

- |                       |   |                      |
|-----------------------|---|----------------------|
| ■基本補償<br>医療の補償 ワイドプラン | ➡ | ■基本補償<br>医療の補償 充実プラン |
| ■特約<br>家庭賠償責任         |   | がんの補償（2口）、所得補償（6口）   |
|                       |   | ■特約<br>家庭賠償責任、携行品損害  |

**！ 加入内容を変更する場合、加入を希望するすべての内容を変更欄にご記入ください。**

| 被保険者情報                                         |   |                 |      | 基本補償                          |     |    |      |     |          |             |                              |         |      | 特約               |        |        |       |      |      |             |                              |       |        |                  |       |    |     |
|------------------------------------------------|---|-----------------|------|-------------------------------|-----|----|------|-----|----------|-------------|------------------------------|---------|------|------------------|--------|--------|-------|------|------|-------------|------------------------------|-------|--------|------------------|-------|----|-----|
| 加入者と同じ場合は「加入者と同じ」を選択。太枠内は加入者情報と異なる場合のみご記入ください。 |   |                 |      | ①～⑩は原則ひとつのみ加入可能(パンフレットP.16参照) |     |    |      |     |          |             |                              |         |      | ⑪⑫⑬は自由に加入可能      |        |        |       |      |      |             |                              |       |        |                  |       |    |     |
|                                                |   |                 |      | 医療の補償(①～⑥は一つのみ加入可能)           |     |    |      |     | ケガの補償    |             |                              |         |      | 特約のみでの加入は不可      |        |        |       |      |      |             |                              |       |        |                  |       |    |     |
|                                                |   |                 |      | おすすめプラン                       |     |    |      |     | オリジナルプラン |             |                              |         |      |                  |        |        |       |      |      |             |                              |       |        |                  |       |    |     |
|                                                |   |                 |      | ①                             | ②   | ③  | ④    | ⑤   | ⑥        | 医療特約        |                              |         |      |                  | ⑦      | ⑧      | ⑨     | ⑩    | ⑪    | ⑫           | ⑬                            | ⑭     | ⑮      | ⑯                | ⑰     |    |     |
|                                                |   |                 |      | 充実                            | ワイド | 基本 | シンプル | A   | B        | 生活習慣病       | 重度入院                         | 葬祭費用    | 普通傷害 | 交通傷害             | ゴルフ傷害1 | ゴルフ傷害2 | がんの補償 | 介護補償 | 所得補償 | 家庭賠償責任(弁護士) | 家庭賠償責任                       | 携行品損害 | ホールワン1 | ホールワン2           |       |    |     |
| 変更なし                                           | ○ | 氏名 (カナ) ミツヒシ カツ | 姓 太郎 | ① (平成) 令和 (2026.1.1時点)        | ★性別 | 男  | 女    | 50年 | 5月       | 2日          | 50歳                          | 加入者からみた | ○    | 配偶者              | 子供     | 親      | 兄弟姉妹  | その他  | 新規加入 | 職業・職務に関する告知 | 事務職 (営業職) (運転者) (家事従事者) (学生) | 無職者   | その他    | 注意していた<br>だきたいこと | 使用代理店 | 所補 | 新被保 |
| 変更あり                                           | ○ | 加入者からみた         | ○    | 配偶者                           | 子供  | 親  | 兄弟姉妹 | その他 | 新規加入     | 職業・職務に関する告知 | 事務職 (営業職) (運転者) (家事従事者) (学生) | 無職者     | その他  | 注意していた<br>だきたいこと | 使用代理店  | 所補     | 新被保   |      |      |             |                              |       |        |                  |       |    |     |
| 新規加入                                           | ○ | 加入者からみた         | ○    | 配偶者                           | 子供  | 親  | 兄弟姉妹 | その他 | 新規加入     | 職業・職務に関する告知 | 事務職 (営業職) (運転者) (家事従事者) (学生) | 無職者     | その他  | 注意していた<br>だきたいこと | 使用代理店  | 所補     | 新被保   |      |      |             |                              |       |        |                  |       |    |     |
| 脱退                                             | ○ | 加入者からみた         | ○    | 配偶者                           | 子供  | 親  | 兄弟姉妹 | その他 | 新規加入     | 職業・職務に関する告知 | 事務職 (営業職) (運転者) (家事従事者) (学生) | 無職者     | その他  | 注意していた<br>だきたいこと | 使用代理店  | 所補     | 新被保   |      |      |             |                              |       |        |                  |       |    |     |

【所得補償】にご加入される方のみ  
「職業・職務に関する告知」に「○」を  
ご記入ください。

**！ 医療の補償、がんの補償、介護補償、所得補償に加入を希望される方**

以下に該当する場合には、14ページ～記載の告知についてもご確認ください。

- ・口数を増やす場合
- ・新たな補償を追加する場合
- ・おすすめプラン加入済の方で補償の充実したプランへ変更する場合



## ご加入者情報のみ変更する場合

[目次に戻る](#)

印字内容から変更がある場合はご提出ください。

本記入例はご加入者の住所を変更する場合です。

印字内容から変更がある場合には、変更箇所を二重線で抹消し、ご署名または申込印を押印ください。

申込日をご記入ください。

|                                                         |                  |                                                               |                                         |
|---------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 申込日                                                     | 20 25 年 10 月 1 日 | 保険期間(補償期間)                                                    | 2026 年 1 月 1 日 午後4時 ~ 2027 年 1 月 1 日 午後 |
| (加入者)<br>氏名<br>(漢字)                                     | (カナ) ミツビシ タロウ    |                                                               |                                         |
|                                                         | (漢字) 三菱 太郎       |                                                               |                                         |
| 社員番号                                                    | 0000000          |                                                               |                                         |
|                                                         | 住所               |                                                               |                                         |
| 〒 100-0005 自宅TEL( 03-0000-0000 ) 携帯TEL( 090-0000-0000 ) |                  | (カナ) トウキョウト チヨダク <del>ミナトウチ 1-1-1</del> <del>オオヤマ 1-1-1</del> |                                         |
| (漢字) 東京都 千代田区 <del>丸の内 1-1-1</del> <del>大手町 1-1-1</del> |                  | 三菱 太郎                                                         |                                         |
| 加入者署名<br>または申込印<br>※ご加入時の同意内容<br>についての確認兼用              | 三菱 太郎            |                                                               |                                         |

同意内容について  
私と被保険者全員は、以下の事項について確認・同意のうえ  
①保険契約者である企業または団体の構成員であること  
②重要事項説明書記載の「契約概要のご説明」「注意喚入内容確認事項」「個人情報の取扱いに関するご案内」  
③裏面の告知の大切さに関するご案内の内容

ご加入されている被保険者  
情報欄の「変更なし」に「○」を  
ご記入ください（全員分）。

ご署名または押印ください。



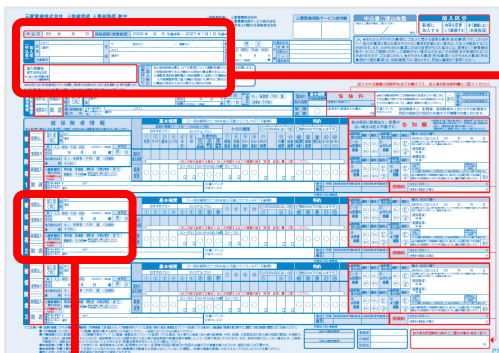
押印の場合には、複写式となっていますので、  
3枚目までお忘れずに押印ください。

## 被保険者情報のみ変更する場合

[目次に戻る](#)

印字内容から変更がある場合はご提出ください。

本記入例は被保険者2の氏名を変更される場合です。



|                                       |                                                                |                                                      |             |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|
| 申込日                                   | 2025年10月1日                                                     | 有効期間(特約期間)                                           | 2025年10月1日～ |
| (カナ) ミツビシ タロウ<br>(漢字) 三菱 太郎           | 住 所<br>(カナ) トウキョウト チョダク マルノウチ 1-1-1<br>(漢字) 東京都 千代田区 丸の内 1-1-1 | 〒100-0005 自宅Tel (03-0000-0000) 携帯Tel (090-0000-0000) |             |
| 加入者<br>(申込者)<br>氏名<br>社員番号<br>0000000 | 加入者署名<br>または申込印<br>※ご加入時の同意内容<br>についての確認兼用<br><br><b>三菱 太郎</b> |                                                      |             |

申込日をご記入ください。

ご署名または押印ください。



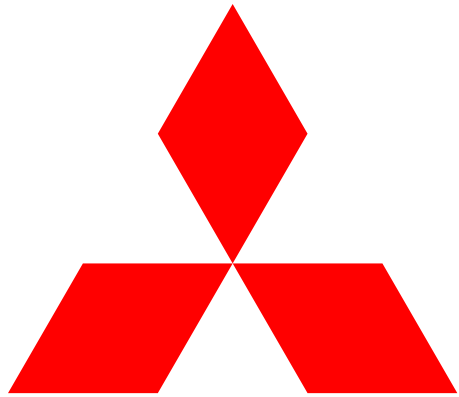
押印の場合には、複写式となっていますので、3枚目までお忘れないように押印ください。

|                           |      |                                                                                                                  |                                                                  |
|---------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br><br>2 | 変更なし | 加入者<br>と同じ                                                                                                       | 氏名<br>(カナ) ミツビシ イチロウ 三菱 太郎 ヤマダ イチロウ<br>(漢字) 三菱 太郎 山田 一郎<br>三菱 太郎 |
|                           | 変更あり | ★生年月日                                                                                                            | 大正 昭和 令和 (2026.1.1時点)<br>19年5月7日 18歳                             |
|                           | 新規加入 | ★性別                                                                                                              | 男・女                                                              |
|                           | 脱退   | 加入者からみた<br>続 柄<br>(本人) (配偶者) (親) (兄弟姉妹)<br>(その他) ( )                                                             |                                                                  |
|                           |      | ☆職業・職務に<br>関する告知<br>(ご記入)<br>事務職 (営業職) (運転者) (家事従事者) (学生)<br>無職者 (その他) ※具体的な内容を下欄にご記入ください。<br>※技術職の方は「その他」となります。 |                                                                  |

印字内容から変更がある場合には、  
変更箇所を二重線で抹消し、  
ご署名または申込印を押印ください。

被保険者情報欄の「変更あり」に「○」をご記入ください。

変更がない方については、「変更なし」に「○」をしてください。



**MITSUBISHI  
ELECTRIC**

*Changes for the Better*