

任意加入部分のお申込み方法

提出方法

- 新規でご加入される方、加入内容を変更される方、脱退される方のみ、同封の返信用封筒に加入申込票を入れてご提出ください。
同プランで継続される方は、ご提出不要です。

加入資格

- 2026年1月1日時点で満59才または満64才(※)以下かつ、告知日時点で正常に勤務されている制度導入企業の従業員。
ただし非常勤、パート、アルバイトの従業員および週所定労働時間が30時間に満たない従業員を除きます。
(※加入可能年令は中面の「てん補期間について」の加入可能年令をご確認ください。)

保険料

- 同封の『月額保険料のご案内』で任意加入部分の保険料をご確認ください。記載の保険料は、団体割引25%（被保険者数5,000名以上10,000名未満）でご加入いただいた場合の保険料です。なお募集後のご加入実績（加入率、被保険者数、保険金額）等により保険料が変更になることがあります。
- 保険期間1年の契約で、原則として加入資格を満たすかぎり継続して加入いただける自動継続契約です。ご加入内容の変更または継続しない旨のお申し出のない限り、ご継続時の被保険者ご本人の年令が満59才または満64才まで、保険契約の満了する日と同一内容で継続加入のお取扱いをいたします。
継続後の保険料は、継続日時点の被保険者および特約被保険者の年令、保険料率によって計算されます。
(ご注意) 保険金請求事故が多発した場合などについて、ご継続を中止させていただくことがあります。

保険料払込方法

- 任意加入部分（「ボーナス補償プラン」「退職後の補償額買増しプラン」）の保険料は、毎月の給与から控除します。第1回目の保険料引落しは2026年1月給与です。

税金の取扱い

- 任意加入部分の保険料のうち所定の金額については、税法上の生命保険料控除の対象となります。介護医療保険料控除として、他の介護医療保険料控除の対象契約の保険料と合算し、所得税の場合最高4万円が、住民税の場合最高2万8千円が、所得金額から控除されます。詳細は取扱代理店または引受保険会社までお問い合わせください。（保険料控除の取扱い／2025年6月現在）
※上記税法上の取扱いは、今後の税制改正により変更となる場合がありますので、ご注意ください。

ご注意

- 自動継続される場合も必ず内容をご確認ください。
- 封筒に同封されている加入申込票の告知事項のいずれにも該当しない方のみご加入いただけますので、十分にご確認ください。なお下記コードの「重要事項のご説明」「お支払いする保険金のご説明」「健康状態告知についてのご案内」をよくご確認ください。
- 保険期間の開始時（注）以前に就業不能の原因となった身体障害を被っていた場合は、保険金をお支払いできません。
*上記の取扱いは、「ご契約時に正しく告知して契約された場合」または「ご契約時に自覚症状がない身体障害であってそれが保険期間の開始時（注）よりも前に被ったものである場合」であっても適用されますのでご注意ください。ただし、保険期間の開始時（注）からその日を含めて1年を経過した後に就業不能の原因となった身体障害を被った場合には、保険金をお支払いできることがあります。
(注) 継続契約の場合は、継続されてきた最初の保険期間の開始時となります。
- 「健康状態告知書質問事項」の回答内容や加入申込票記載事項（年令、他保険加入状況、保険金請求歴等）等により、ご契約のお引受けをお断りしたり、引受条件を制限させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。
- 他の保険契約等の有無については、危険に関する重要な事項の告知事項として加入申込票に記入していただきます。正しく記入していただけなかった場合には、ご契約を解除することができますのでご注意ください。

- この保険はJ.フロントリテイリング株式会社を保険契約者とし、J.フロントリテイリンググループの制度導入企業の従業員を加入者とする団体長期障害所得補償保険の団体契約です。団体長期障害所得補償保険の「ご契約のしおり（普通保険約款・特約）」、保険証券は保険契約者（J.フロントリテイリング株式会社）に交付されます。
- このパンフレットは団体長期障害所得補償保険の概要を説明したものです。ご加入にあたっては必ず「重要事項のご説明 契約概要のご説明・注意喚起情報のご説明」をご覧ください。詳しくは「ご契約のしおり（普通保険約款・特約）」をご用意していますので、取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。ご不明な点につきましては、取扱代理店または引受保険会社にお問い合わせください。
- 大丸松坂屋百貨店以外の保険契約は2社による共同保険契約であり、各引受保険会社は分担割合に応じて連帯することなく単独別個に責任を負います。引受幹事保険会社は、他の引受保険会社を代理・代行して保険料の受領、保険証券の発行、保険金のお支払いその他の業務を行っております。

下記コードより、重要事項のご説明・お支払いする保険金のご説明・健康状態告知についてのご案内を読み込み、ご確認ください。
下記コードからご確認できない場合は取扱代理店または引受保険会社までご請求ください。

重要事項のご説明
(大丸松坂屋百貨店
さま用)



GN22D010831

重要事項のご説明
(関連会社さま用)



GN22D010832

お支払いする保険金
のご説明（ボーナス
プラン用）



GN22D010837

お支払いする保険
金のご説明（買増
しプラン用）



GN22D010836

J. フロントリテイリンググループのみなさまへ（プラン②）

LTD補償プラン～福利厚生制度のお知らせです～

（団体長期障害所得補償保険）

J. フロントリテイリンググループのみなさまに 安心して働いていただくために…

LTD補償プランは、万が一病気やケガによって長期間会社を休むことになった場合に、給与・ボーナスの替わりとなる一定の収入を、最長60才または65才まで補償する制度です。

LTD補償プランは

- 会社が補償を提供する部分
- 従業員ご自身が任意加入する部分
- オプション特約の親介護補償プラン

から成り立っています。

追加



任意加入部分

従業員ご自身が補償額を買増します。
買増し部分の内容・お申込方法について
は、このパンフレットをご確認ください。

守ります！

基本



会社補償部分

社員が病気やケガにより働けなくなり、休職期間を超えて仕事に復帰でき
ない場合に、標準報酬月額の10%を補償します。

オプション



親介護補償プラン

身近にせまる親の介護。
親が要介護状態になった場合、経済面でご自身の生活に差し障りはありませんか？

介護費用の負担に備えませんか



保険期間（ご契約期間）

2026年1月1日（木）午後4時から1年間

申込締切日

2025年9月30日（火）

取扱代理店

J F Rカード株式会社
〒569-8522 大阪府高槻市紺屋町2-1

ジャパン・アフィニティ・マーケティング株式会社
〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田2丁目2番22号
ハービスENTオフィスタワー24階

引受保険会社

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社（幹事会社：分担割合99%）
〒530-8555 大阪市北区西天満4-15-10

関西企業営業第1部 営業第1課

日本生命保険相互会社（非幹事会社：分担割合1%）
※大丸松坂屋百貨店については、幹事引受保険会社単独扱い。

あなたは働けなくなった時のこと想像したことはありますか？

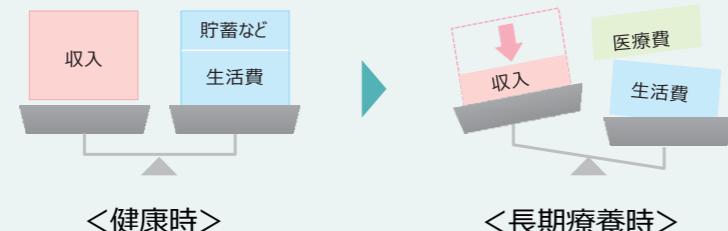
私たちが休職する場合、会社からの給与支給はなくなり、そのかわりとして社会保障給付に頼ることになります。働きなくなったときや亡くなったときでは、どちらも収入が途切れることは同じですが、家計に与える影響は異なってきます。もしも今、病気やケガで働けなくなってしまって…収入がストップしても出費は変わりません！

不安
1

収入と支出のバランスは大丈夫？

健康時は収入と支出のバランスが保っていたものが、長期療養で働けなくなる状態になると収入が減り、家計に大きな影響を与えます。生活費・家賃・住宅ローンは今までと変わりませんが、そこに医療費もかかってしまい、収支のバランスが崩れてしまいます。

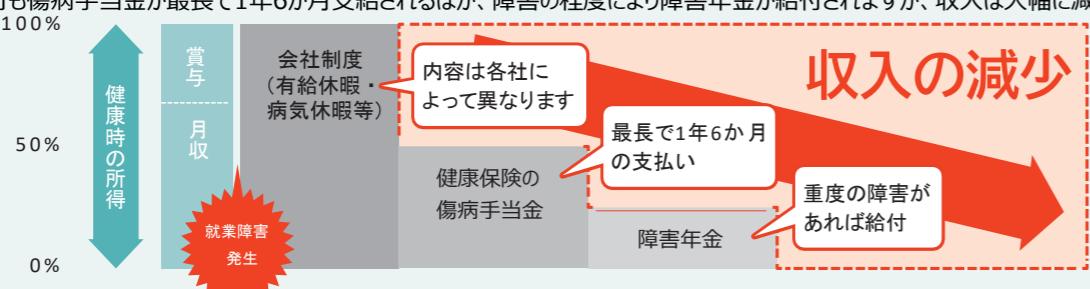
● 収入のバランス



不安
2

会社や公的給付でカバーできるの？

長期就業障害の時、会社や公的給付だけで生活を維持するのは困難です。一定期間は病気休暇など会社の制度により収入が確保できますが、**休職が長期にわたればいずれ収入が途絶えること**に。公的給付も傷病手当金が最長で1年6か月支給されるほか、障害の程度により障害年金が給付されますが、収入は大幅に減少します。



不安
3

生命保険に加入していれば大丈夫？

長期療養となると

- 収入が減少し、場合によっては収入が0になる可能性があります
- 健康時の支出に加えて療養費が必要となる場合もあります

一般的な生命保険は死亡時の収入減や入院時の医療費に備える保険です。

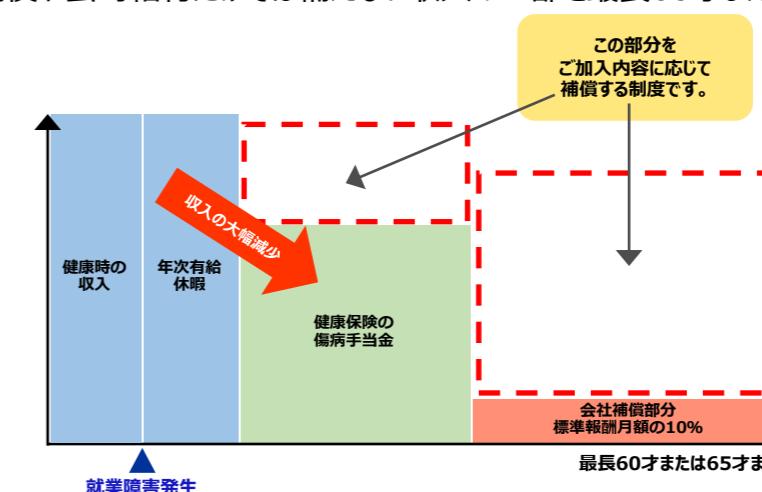
生存中に働けなくなった場合の収入減は保障していません。

生命保険以外でも長期就業障害による収入減をカバーする保険はありません

保険商品	死亡	入院(ケガ)	入院(病気)	リハビリ	自宅療養	
生命保険(死亡保障)	○					遺族の生活費を保障。
医療保険		○	○			入院費用を保障。
傷害保険	○	○				突然的な事故によるケガを補償。
LTD制度		○	○	○	○	病気やケガによって働けなくなった場合の収入の減少をカバーします。

LTD補償プランってなに？

LTD補償プランは、万が一病気やケガで働けなくなった時に、会社の休職補償や公的給付だけでは補えない収入の一部を最長60才または65才まで補償する制度です。



収入が減り、休職補償を支給されていても、生活費や家賃、住宅ローンをまかなうことは難しいです。病気やケガが完治せずとも会社に無理して復帰する方も多く見られます。このLTD補償プランは万が一の時でも安心して治療に専念できるようなプランになっています。

LTD補償プランの特長

1 病気・ケガともに補償

業務中・業務外、国内・国外を問わず、病気や偶然な事故によるケガが原因で就業障害となった場合、補償されます。

2 精神障害も補償の対象

精神障害による就業障害の場合には、てん補期間は最長2年間となります。

3 自宅療養中も補償

保険金のお支払い条件が満たされている限り、入院中にかぎらず、通院・自宅療養中も保険金をお支払いします。

4 復職後の保険金の受取り

傷病は回復したが、障害が残って以前と同じように仕事ができない場合など、就業障害発生前に比べて収入が20%を超えて減少している場合に、保険金はその減少割合に応じて継続して支払われます。

5 退職後の保険金の受取り

傷病が原因でやむを得ず会社を退職する場合でも、保険金のお支払い条件が満たされている限り継続して保険金をお支払いします。

6 保険金は非課税、保険料は生命保険料控除の対象

保険金は所得税および住民税の対象となりません。また、保険料は年末調整の際に、介護医療保険料控除の対象となります。

例えばこんな時に補償されます

がんと診断され、治療に専念したいとき



交通事故にあい、会社に復帰できないとき



精神障害と診断され会社を休職するとき…



J. フロントリテイリンググループ LTD補償プランはこのような制度です。

～J.フロントリテイリンググループ独自の福利厚生制度～



- 免責期間：退職後の補償額買増しプランの免責期間は有給休暇残日数 + 健康保険の傷病手当金支給日数 + 休職補助金支給残日数。合算した日数が90日未満の場合は90日。
- 「精神障害補償特約」「妊娠に伴う身体障害補償特約（女性のみ）」をセットしています。精神障害による就業障害の場合、てん補期間は最長2年間となります。
- 退職後の補償額買増しプランは健康保険の傷病手当金等公的給付（※）を受給している場合、保険金は調整して支払われます。
- 补償内容および保険金をお支払いできない主な場合については、裏表紙記載のコードから「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。
※ 公的給付とは、障害によって「健康保険」「政府労災保険」「厚生年金」等から給付されるものです。
- ボーナス補償プラン、退職後の補償額買増しプランのいずれも、免責期間の終了日の翌日からてん補期間満了日までの期間が3年に満たない被保険者については、てん補期間は3年となります。ただし精神障害による就業障害の場合、てん補期間は最長2年間となります。

～会社規定の休職補償と公的給付金について～

会社を休職時に給付される補償は勤続年数や雇用体系によって異なります。

休職補償	健康保険の傷病手当金	休職補助金
期間	最長18か月	最長6か月
給与水準	収入の3分の2	収入の66.7%

よくある質問

- 精神障害を原因とする場合でも補償の対象となりますか？
⇒ うつ病・不安障害・統合失調症などの一部の精神障害による就業障害については、最長2年間保険金をお支払いします。
- 過去に病気になったが（手術をしたが）、加入できますか？
⇒ 告知事項をよくお読みいただき、当てはまる場合はご加入いただけません。ご不明な場合はJ F Rカードまでご連絡ください。
- 会社に復帰できず退職した場合でも補償は継続されますか？
⇒ 保険金支払条件が満たされている場合は保険金のお支払いは継続します。
退職後、就業が一部可能になるまで傷病が回復し、他の会社へ再就職するといったケースでも回復後の所得が就業障害発生前の80%に満たない場合はその喪失率に応じて補償は継続します。
- 保険料が上がっているのはどうしてですか？
⇒ 継続後の保険料は、加入者の年齢や標準報酬月額、保険料率等によって計算されるため保険料が上がる場合があります。
- 加入途中で脱退はできますか？
⇒ 保険期間の途中で脱退はできません。脱退は翌年の募集時期に加入申込票に脱退と記載いただき、ご提出いただきます。
- 加入者証はいつ頃手元に届きますか？
⇒ 加入者証をご希望の方は、取扱代理店までお問い合わせください。

従業員のみなさまに安心してお仕事をしていただけるように、J. フロントリテイリングでは会社が補償を提供する部分と従業員ご自身が任意加入する部分で構成するLTD補償プランを導入しております。

会社補償（全員対象）

病気やケガで働けなくなり、休職補償期間を超えて職場に復帰できずに退職した場合、定年まで従業員の標準報酬月額の10%を会社が補償します。

ボーナス補償プラン（任意加入）

有給休暇を消化した後、仕事に復帰できない場合に、標準報酬月額の20%分を休職補償部分の上乗せとして備えることができます。

退職後の補償額買増しプラン（任意加入）

休職補償期間を超えて職場に復帰できずに退職した場合、復帰または会社の定年までの収入減少に備えることができます。
このプランは3種類を用意しており、みなさまご家族が1か月生活するのに必要な収入に合わせて補償額を選ぶことができます。

こんな方がオススメ

お子さまがいる方、お孫口座をお持ちの方、お孫さまがいる方

長期療養の場合は死亡の場合と違って、死亡保険金はありません！

こんな方がオススメ

世帯主の方、独身の方、共働きの方

長期間所得がない中、生活を続けていくことは可能ですか？ご自身に必要な補償額の確認とご加入をおすすめします！

てん補期間について

- 退職後の補償額買増しプランのてん補期間は団体により異なりますので、下記をご確認ください。

退職後の補償額買増しプランのてん補期間	65才	60才
誕生日の属する月の月末日まで	株式会社大丸松坂屋百貨店 J F Rカード株式会社 株式会社J F R情報センター 株式会社消費科学研究所 J. フロントリテイリング株式会社 パートナー	株式会社エンゼルパーク 株式会社博多丸 株式会社J. フロントONE パートナー
誕生日の属する月の月末日の前日まで	大丸興業株式会社	株式会社J. フロント建装 株式会社高知大丸
加入可能年令	64才まで	59才まで

保険金のお支払い例（標準報酬月額が月30万円の方の場合）

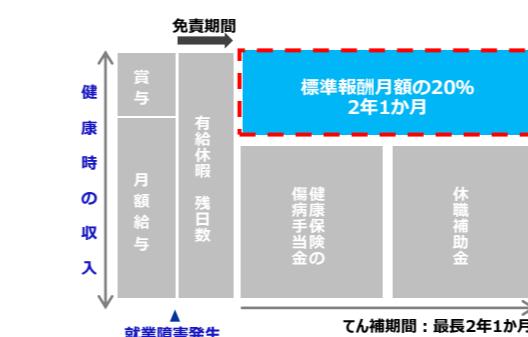
※所得喪失率100%の場合

1. ボーナス補償プランに加入した場合

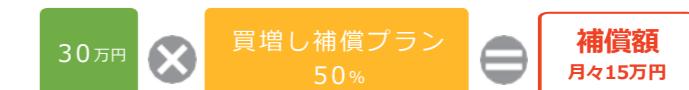


月々6万円を休職補償の上乗せとして備えられます！

例えば・・・
有給休暇90日を超えて働けない状態が2年続いた場合
 $(6万円 \times 12か月 \times 2年) = 総額144万円$

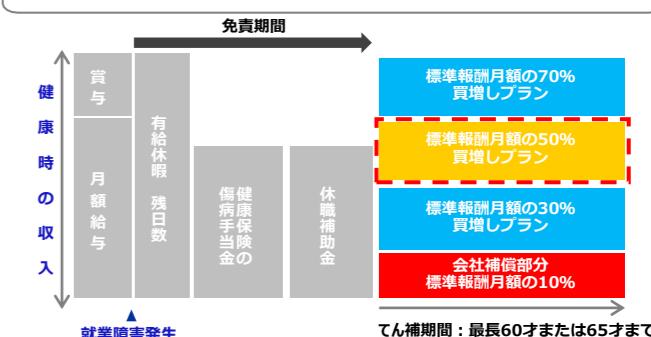


2. 退職後の補償額買増しプラン50%に加入した場合



月々15万円を会社補償の上乗せとして備えられます！

例えば・・・
休職期間を超えて働けない状態が13年続いた場合
 $(15万円 \times 12か月 \times 13年) = 総額2,340万円$
※公的給付がなかった場合



「親介護補償プラン」のご案内

家族を介護する、身近にせまる親の介護への備えは十分ですか？



介護補償を考えるうえで知っておきたいこと

親が要介護状態になった場合、経済面でご自身の生活に差し障りはありませんか



●初期段階で必要となる費用例

住宅改修費
(公的介護保険制度により7割から9割支給)



福祉用具の購入等
(公的介護保険制度により7割から9割支給)



介護者の交通費、宿泊費
(遠方の場合)

	男女計	男性	女性
20才代以下	7.4	0.7	6.7
30才代	6.4	2.4	4.0
40才代	14.1	2.4	11.9
50才代	18.4	2.3	16.1
60才代以上	24.1	10.0	14.1
合計	70.4	17.8	52.8

<出典：生命保険文化センター 「厚生労働省「雇用動向調査（2020年）」をもとに作成>

＜ご加入例＞

従業員Aさん（45才）はLTD補償プラン（任意加入）に加入し、Aさんの実父母を親介護補償プランの特約被保険者とするセット名「K1」に両親を加入。

- ・被保険者の父親77才
- ・被保険者の母親72才



【保険料】
父親 介護補償保険料 2,050円
母親 介護補償保険料 920円
<加算月払保険料> 2,970円

※2名以上が加入される場合、同一セットでの加入となります。保険料はそれぞれの年令別保険料の合計となります。

オプション 親介護補償プランの特長

特約被保険者※1が要介護状態（要介護2以上等）※2となり、その要介護状態が要介護状態開始日からその日を含めて30日を超えて継続した場合に保険金をお支払いします。

※1 この特約の被保険者として、加入申込票に記載された方をいいます。

※2 寝たきりにより介護が必要な状態または認知症により介護が必要な状態をいいます。ただし、特約被保険者が公的介護保険制度の要介護認定を受けた場合は、「要介護状態区分が2以上」の状態をいいます。



- 1 団体割引25%適用 個人でご加入されるよりも保険料が割安です！
- 2 従業員ご本人の親または配偶者の親が対象となります！
- 3 ご加入にあたって医師の診査は不要です！

Q 「要介護2」の身体状態の目安は軽度の介護を必要とする状態をいいます。

(例) ・食事や排泄に何らかの介助を必要とすることがある。

・立ち上がりや片足での立位保持、歩行などに何らかの支えが必要。

・衣服の着脱は何とかできる。

・物忘れや直前の行動の理解の一部に低下が見られることがある。

など

※補償内容および保険金をお支払いできない主な場合については裏表紙掲載コードの「お支払いする保険金のご説明」をご確認ください。

ご加入できる方 <特約被保険者：補償の対象となる方>

- LTD補償プランの任意加入部分に加入された従業員ご本人の親または配偶者の親。同居・別居は問いません。
- 2026年1月1日現在、満20才以上満84才までの方に限ります。ただし継続は89才までご加入いただけます。

ご加入方法について

- 記入要領をご覧のうえ、「加入申込票」に従業員ご本人が代理で告知内容等を記入、ご署名ください。

親介護補償プラン保険料表 (払込方法：月払 2026年1月給料より控除開始します)

親介護一時金 (プランチャイズ期間30日)			
保険額	100万円	300万円	500万円
セット名	K1	K3	K5
特約被保険者（親）の2025年1月1日時点の満年令における、1名あたりの保険料			
45-49才	10 円	40 円	70 円
50-54才	30 円	100 円	160 円
55-59才	80 円	230 円	380 円
60-64才	170 円	520 円	860 円
65-69才	410 円	1,220 円	2,030 円
70-74才	920 円	2,760 円	4,600 円
75-79才	2,050 円	6,150 円	10,250 円
80-84才	5,200 円	15,590 円	25,990 円

●親介護一時金支払特約は、LTD補償プランの任意加入部分とセットでの加入となります。

●特約被保険者（親）の2026年1月1日時点の満年令における、1名あたりの保険料となります。

●親介護補償プランは、親お1人につき500万円が引受限度額となります。

●継続時には年令群により、保険料が変更となります。

●オプション保険料は団体割引25%（被保険者数5,000名以上10,000名未満）で算出しております。
なお、募集後の加入実績（被保険者数）等により保険料が変更となることがあります。

●「要介護3以上から要介護2以上への補償範囲拡大に関する特約（介護一時金支払特約用）」をセットしています。
●44才以下および85才以上の方の保険料は、取扱代理店または引受保険会社までお問い合わせください。

●親介護一時金支払特約について、引受保険会社が保険金をお支払いした場合は、継続時に必ず補償内容の見直しが必要となりますので、ご注意ください。

「GLTD」ご加入のお客さまへ

加入者さま用

平成25年10月1日
以降保険始期用
(令和2年4月1日改定版)

「GLTD(Group Long Term Disability)」は団体長期障害所得補償保険の略称です。

あいおいニッセイ同和損保



団体長期障害所得補償保険 サービスガイド



就労支援トータルサービス 0120-767-241

*おかげ間違いにご注意ください。音声案内に従ってご利用番号を入力してください。

メンタルご相談 ※ご相談内容について勤務先にお知らせすることはできません。

ご利用日・ご利用時間

メンタル相談サポート

24時間 365日

会社には相談しづらい“こころの悩み”に看護師等の専門スタッフが電話でアドバイスします。なお、ご希望により、臨床心理士等による電話相談もご利用いただけます（予約制：平日10～17時）。

（注）治療に関するご相談はお受けできません。

メンタルITサポート

24時間 365日

Webで提供する健康・介護チャンネル※でストレスのセルフチェックやメールによるメンタル相談等が可能です。

メールによるご相談は精神科医等がお応えします。

（注1）治療に関するご相談はお受けできません。

（注2）メールでのご回答は、通常3～4営業日程度要しますが、ご相談内容によってはそれ以上の日数を要する場合があります。

健康・医療・介護ご相談

ご利用日・ご利用時間

健康・医療・介護のご相談

24時間 365日

健康や医療に関するご相談、介護に関するお悩みに、看護師等の専門スタッフが電話でアドバイスします。

セルフ健康診断サポート

平日 10～17時（土日祝日、12/29～1/5を除きます）
Webをご利用の場合：24時間365日

最寄りの人間ドック施設などをご紹介します。
電話またはWeb（健康・介護チャンネル※）でご利用いただけます。
（注）各種検査・サービスの費用は、ご利用いただく方の自己負担になります。

病院情報のご提供

24時間 365日

全国約16万件のデータベースより、いつでもどこでもお探しの全国各地の病院等の情報を提供します。

（注）このサービスは情報提供のみで、紹介状の発行等は行いません。

各種手続きご相談

ご利用日・ご利用時間

税務・フィナンシャルサポート

平日 10～17時（土日祝日、12/29～1/5を除きます）

医療費控除など、日常生活の税務に関するさまざまなご相談に、税理士による電話相談をご利用いただけます（予約制）。

（注）一般的なご質問については、専門スタッフがお応えする場合があります。

公的給付申請サポート

平日 10～17時（土日祝日、12/29～1/5を除きます）

障害年金などの公的給付の申請について専門スタッフが電話でアドバイスします。

福祉情報のご提供

平日 10～17時（土日祝日、12/29～1/5を除きます）

お住まいの地域の福祉情報を介護福祉士等の専門スタッフが電話でご案内します。

<ご注意> 保険金請求にかかる事故等のご相談は対象としません。また、緊急の場合やご相談内容によってはサービスをご利用できない場合があります。

※サービス内容によりご利用日・ご利用時間が異なります。サービスは、保険期間終了後はご利用いただけません。サービスは、事前にお知らせすることなく変更・中止・終了することがあります。

※サービスは、あいおいニッセイ同和損保が委託している提携サービス会社がご提供します。

提携サービス会社は、各種サービスのご利用にあたって取得した個人情報およびご相談等に必要な情報を当社に開示することができます。

サービスの内容やご利用いただけない場合等の詳細につきましては、裏面記載の「就労支援トータルサービスご利用規約（抜粋）」をご確認ください。

このサービスガイドをお読みいただき、保険期間の満了まで保管ください。

「健康・介護チャンネル」のご案内

Web（インターネット）による「健康・介護チャンネル」をご利用いただけます。

「メンタルITサポート」ご利用方法

- ①ストレスのセルフチェック等
- ・トップ画面下段にある「あなたの街の安心マップ」→「気になる症状・病気チェック」をご利用ください。

②メンタル相談

- ・トップ画面→「お悩み相談」こちらから→「メンタル相談フォームはこちら」

「セルフ健康診断サポート」ご利用方法

- ・トップ画面→「人間ドック実施医療機関検索」

就労支援トータルサービスご利用規約（抜粋）

c. 各種手続きご相談

提供サービス	内 容
税務・フィナンシャルサポート	税務に関する相談に、税理士による電話相談を利用いただけます（予約制）。 ※一般的な質問については、専門スタッフがお応えする場合があります。
公的給付申請サポート	障害年金などの公的給付の申請について専門スタッフが電話でアドバイスします。
福祉情報のご提供	お住まいの地域の福祉情報を専門スタッフが電話で案内します。

第6条【サービス提供を行わない場合】

提携サービス会社は、次の①から⑨のいずれかに該当する場合（該当するおそれのある場合も含みます。）は、サービスの提供を行いません。

- ①公序良俗に反する行為
- ②法令に違反する行為
- ③第三者（当社を含みます。）に不利益を与える行為（暴謔・中傷する行為、名誉・信用を傷つける行為の他、迷惑行為を含みます。）
- ④当社または提携サービス会社の運営を妨害する行為
- ⑤第三者になりすましてサービスを利用する行為
- ⑥當利を目的（商業目的）としてこのサービスを利用する行為
- ⑦提携サービス会社が、利用対象者の利用頻度が著しく高いまたは意図的な利用と判断した場合
- ⑧利用対象者が、サービス提供のために必要な情報を提供しない場合
- ⑨保険金請求にかかる事故等の相談その他当社または提携サービス会社が不適切と判断した場合

第7条【サービス提供時の責任】

- （1）このサービスは、利用対象者自らの責任において利用するものとします。万一、このサービスの利用によって発生した損害については、当社は責任を負いません。
- （2）利用対象者自身がサービス利用にあたり、虚偽の報告や利用番号等の漏えい、その他の不正な行為により第三者（当社を含みます。）に対して損害を与えた場合は、自らの責任と費用により対応するものとします。

第8条【サービスの変更・中止・終了】

- （1）このサービスは、当社ホームページ等での告知または事前の通知により、変更・中止・終了することがあります。
- （2）当社は、次の①から⑨のいずれかに該当する場合は、告知または事前に通知することなくサービスを変更・中止・終了することがあります。
 - ①天災等により、サービスの提供ができないと当社が判断した場合
 - ②当社の営業上、技術上の事情により、サービスの全部または一部を変更・中止・終了せざるを得なくなった場合
 - ③不測の事態により、当社または提携サービス会社がサービスの提供が困難と判断した場合
- （3）利用対象者の保険契約が解約・解除・失効・終了したときは、それ以降はサービスの提供を行いません。

第9条【企業情報および個人情報の取り扱い等】

- （1）利用対象者は、保険証券・加入者証の記載事項およびサービス提供のために必要となる情報が、提携サービス会社に登録されることに同意するものとします。
- （2）提携サービス会社は、聞き間違い等により利用対象者または利用者に迷惑をかけすること等を防止するため、通話内容を記録および録音することがあります。また、記録または録音内容を当社に開示することができます。
- （3）第7条における損害には情報漏えいを含み、当社および提携サービス会社は責任を負うものではありません。

附則 この規約は令和2年4月1日現在のものです。

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

MS&AD INSURANCE GROUP

本社 〒150-8488 東京都渋谷区恵比寿1-28-1
<https://www.aiioinissaydowa.co.jp/>

(200401T) (2020年6月承認) GN20D010113 (31-025)

加入申込票記入要領

※下記加入申込票は記入例用のものであり、配布されたものと表記が異なる場合があります。

000 AAA 020 994 RP 4 0 03 20 23 354(6)		団体長期障害所得1 搠保険加入申込票 兼 被保険者明細書 ①保険会社用																																																																																																																						
		LTD補償プラン 退職後の補償額買増しプラン (65才満了用)																																																																																																																						
<p>「重要事項のご説明」の「ご加入いただく内容に関する確認事項(ご意向の確認)」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。裏面のG LTD用健康状態告知書質問項目および親護一時金専用健康状態質問項目に対する下記回答は事実に相違ありません。告知内容が事実と相違していた場合は、ご契約を解除され保険金の支払いを受けられないことがありますに同意します。「健康状態告知についてのご案内」を受け取り、内容を了解しました。</p>																																																																																																																								
<p>1 ご契約内容(基本セット)について (太枠内) をご記入ください。既に情報が入力されている場合は、内容をご確認ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>団体名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>事業所名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>事業所コード LW7</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所属名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所属コード</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>申込日 010 令和 R 99年 99月 99日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>307 104 (カタカナ) ミホン タロウ</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>341 L67 申込人(被保険者) 氏名 (漢字) 見本 太郎</td> <td colspan="3">署名欄</td> </tr> <tr> <td>017 社員コード: 12345</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>※生年月日 323 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>※性別 302 男 1 女 2</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>4 加入区分 新規申込 変更申込 脱退</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">▼ご希望のセットに○をご記入ください。</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>5 妊娠特約あり 741 300 妊娠特約なし 741</td> <td>標準報酬月額の30%買増しプラン 3AN</td> <td>標準報酬月額の30%買増しプラン 3BN</td> </tr> <tr> <td>3AY</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>3BY</td> <td>標準報酬月額の50%買増しプラン 3BN</td> <td>標準報酬月額の50%買増しプラン 3CN</td> </tr> <tr> <td>3CY</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>6 康状態告知にあたっては必ず裏面をご確認ください。</p> <p>私は加入申込みに際して健康状態に関する裏面の告知質問事項および記載事項をすべて確認し、保険の加入申込みをします。</p> <p>なお、事実を告知していないかたり、告知内容が事実と相違した場合、保険契約を解除されたり保険金が支払われないことがあります。</p> <p>(ご注意) 告知の内容にかかわらず、新規加入日より12か月以内に発生した就業障害に関しては、就業障害の原因となった身体障害について新規加入日前12か月以内に医師の治療、診察、診断を受け、または治療のために服薬をしてきたときは、保険金をお支払いできないことがあります。</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>2 親介護一時金について 「親介護一時金支払特約」付のセットにご加入される場合は、裏面を参照のうえ下記をご記入ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>9 親介護一時金支払特約(注1) 300 K1</td> <td>親介護一時金専用 健康状態告知書質問事項回答欄(注2) 「はい」の場合、お引き受けできません。</td> </tr> <tr> <td>現在のご加入内容 特約被保険者の氏名 続柄</td> <td>※生年月日 ※保険始期日時点の年令 ※質問 確認方法</td> </tr> <tr> <td>390:1 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン イチロウ</td> <td>VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td>セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円</td> <td>VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ</td> <td>VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td>390:2 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン ハナコ</td> <td>VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td>セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円</td> <td>VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ</td> <td>VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(注1)特約にご加入の場合、基本セット保険料とは別に追加の保険料が必要になります。パンフレット等</td> <td>11 ※ 告知日 告知者ご署名(注3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">金額をご確認のうえ、お申し込みください。</td> <td>99年 99月 99日 見本 太郎</td> </tr> <tr> <td colspan="4">【社内使用欄】 旧加入者番号 加入者番号 初年度加入日 告知社内処理日 団体コード</td> </tr> <tr> <td colspan="4">099 098 L92 H9R XJY H9R</td> </tr> <tr> <td colspan="4">2023年3月承認 GB22D010858 TAL60</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				団体名				事業所名				事業所コード LW7				所属名				所属コード				申込日 010 令和 R 99年 99月 99日				307 104 (カタカナ) ミホン タロウ				341 L67 申込人(被保険者) 氏名 (漢字) 見本 太郎	署名欄			017 社員コード: 12345				※生年月日 323 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日				※性別 302 男 1 女 2				4 加入区分 新規申込 変更申込 脱退				▼ご希望のセットに○をご記入ください。				<table border="1"> <tr> <td>5 妊娠特約あり 741 300 妊娠特約なし 741</td> <td>標準報酬月額の30%買増しプラン 3AN</td> <td>標準報酬月額の30%買増しプラン 3BN</td> </tr> <tr> <td>3AY</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>3BY</td> <td>標準報酬月額の50%買増しプラン 3BN</td> <td>標準報酬月額の50%買増しプラン 3CN</td> </tr> <tr> <td>3CY</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				5 妊娠特約あり 741 300 妊娠特約なし 741	標準報酬月額の30%買増しプラン 3AN	標準報酬月額の30%買増しプラン 3BN	3AY	円	円	3BY	標準報酬月額の50%買増しプラン 3BN	標準報酬月額の50%買増しプラン 3CN	3CY	円	円										<p>6 康状態告知にあたっては必ず裏面をご確認ください。</p> <p>私は加入申込みに際して健康状態に関する裏面の告知質問事項および記載事項をすべて確認し、保険の加入申込みをします。</p> <p>なお、事実を告知していないかたり、告知内容が事実と相違した場合、保険契約を解除されたり保険金が支払われないことがあります。</p> <p>(ご注意) 告知の内容にかかわらず、新規加入日より12か月以内に発生した就業障害に関しては、就業障害の原因となった身体障害について新規加入日前12か月以内に医師の治療、診察、診断を受け、または治療のために服薬をしてきたときは、保険金をお支払いできないことがあります。</p>				<p>2 親介護一時金について 「親介護一時金支払特約」付のセットにご加入される場合は、裏面を参照のうえ下記をご記入ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>9 親介護一時金支払特約(注1) 300 K1</td> <td>親介護一時金専用 健康状態告知書質問事項回答欄(注2) 「はい」の場合、お引き受けできません。</td> </tr> <tr> <td>現在のご加入内容 特約被保険者の氏名 続柄</td> <td>※生年月日 ※保険始期日時点の年令 ※質問 確認方法</td> </tr> <tr> <td>390:1 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン イチロウ</td> <td>VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td>セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円</td> <td>VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ</td> <td>VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td>390:2 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン ハナコ</td> <td>VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td>セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円</td> <td>VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ</td> <td>VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(注1)特約にご加入の場合、基本セット保険料とは別に追加の保険料が必要になります。パンフレット等</td> <td>11 ※ 告知日 告知者ご署名(注3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">金額をご確認のうえ、お申し込みください。</td> <td>99年 99月 99日 見本 太郎</td> </tr> <tr> <td colspan="4">【社内使用欄】 旧加入者番号 加入者番号 初年度加入日 告知社内処理日 団体コード</td> </tr> <tr> <td colspan="4">099 098 L92 H9R XJY H9R</td> </tr> <tr> <td colspan="4">2023年3月承認 GB22D010858 TAL60</td> </tr> </table>				9 親介護一時金支払特約(注1) 300 K1	親介護一時金専用 健康状態告知書質問事項回答欄(注2) 「はい」の場合、お引き受けできません。	現在のご加入内容 特約被保険者の氏名 続柄	※生年月日 ※保険始期日時点の年令 ※質問 確認方法	390:1 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン イチロウ	VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段	セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円	VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ	VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段	390:2 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン ハナコ	VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段	セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円	VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ	VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段	(注1)特約にご加入の場合、基本セット保険料とは別に追加の保険料が必要になります。パンフレット等		11 ※ 告知日 告知者ご署名(注3)	金額をご確認のうえ、お申し込みください。		99年 99月 99日 見本 太郎	【社内使用欄】 旧加入者番号 加入者番号 初年度加入日 告知社内処理日 団体コード				099 098 L92 H9R XJY H9R				2023年3月承認 GB22D010858 TAL60			
団体名																																																																																																																								
事業所名																																																																																																																								
事業所コード LW7																																																																																																																								
所属名																																																																																																																								
所属コード																																																																																																																								
申込日 010 令和 R 99年 99月 99日																																																																																																																								
307 104 (カタカナ) ミホン タロウ																																																																																																																								
341 L67 申込人(被保険者) 氏名 (漢字) 見本 太郎	署名欄																																																																																																																							
017 社員コード: 12345																																																																																																																								
※生年月日 323 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日																																																																																																																								
※性別 302 男 1 女 2																																																																																																																								
4 加入区分 新規申込 変更申込 脱退																																																																																																																								
▼ご希望のセットに○をご記入ください。																																																																																																																								
<table border="1"> <tr> <td>5 妊娠特約あり 741 300 妊娠特約なし 741</td> <td>標準報酬月額の30%買増しプラン 3AN</td> <td>標準報酬月額の30%買増しプラン 3BN</td> </tr> <tr> <td>3AY</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>3BY</td> <td>標準報酬月額の50%買増しプラン 3BN</td> <td>標準報酬月額の50%買増しプラン 3CN</td> </tr> <tr> <td>3CY</td> <td>円</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				5 妊娠特約あり 741 300 妊娠特約なし 741	標準報酬月額の30%買増しプラン 3AN	標準報酬月額の30%買増しプラン 3BN	3AY	円	円	3BY	標準報酬月額の50%買増しプラン 3BN	標準報酬月額の50%買増しプラン 3CN	3CY	円	円																																																																																																									
5 妊娠特約あり 741 300 妊娠特約なし 741	標準報酬月額の30%買増しプラン 3AN	標準報酬月額の30%買増しプラン 3BN																																																																																																																						
3AY	円	円																																																																																																																						
3BY	標準報酬月額の50%買増しプラン 3BN	標準報酬月額の50%買増しプラン 3CN																																																																																																																						
3CY	円	円																																																																																																																						
<p>6 康状態告知にあたっては必ず裏面をご確認ください。</p> <p>私は加入申込みに際して健康状態に関する裏面の告知質問事項および記載事項をすべて確認し、保険の加入申込みをします。</p> <p>なお、事実を告知していないかたり、告知内容が事実と相違した場合、保険契約を解除されたり保険金が支払われないことがあります。</p> <p>(ご注意) 告知の内容にかかわらず、新規加入日より12か月以内に発生した就業障害に関しては、就業障害の原因となった身体障害について新規加入日前12か月以内に医師の治療、診察、診断を受け、または治療のために服薬をしてきたときは、保険金をお支払いできないことがあります。</p>																																																																																																																								
<p>2 親介護一時金について 「親介護一時金支払特約」付のセットにご加入される場合は、裏面を参照のうえ下記をご記入ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>9 親介護一時金支払特約(注1) 300 K1</td> <td>親介護一時金専用 健康状態告知書質問事項回答欄(注2) 「はい」の場合、お引き受けできません。</td> </tr> <tr> <td>現在のご加入内容 特約被保険者の氏名 続柄</td> <td>※生年月日 ※保険始期日時点の年令 ※質問 確認方法</td> </tr> <tr> <td>390:1 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン イチロウ</td> <td>VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td>セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円</td> <td>VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ</td> <td>VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td>390:2 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン ハナコ</td> <td>VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td>セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円</td> <td>VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ</td> <td>VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(注1)特約にご加入の場合、基本セット保険料とは別に追加の保険料が必要になります。パンフレット等</td> <td>11 ※ 告知日 告知者ご署名(注3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">金額をご確認のうえ、お申し込みください。</td> <td>99年 99月 99日 見本 太郎</td> </tr> <tr> <td colspan="4">【社内使用欄】 旧加入者番号 加入者番号 初年度加入日 告知社内処理日 団体コード</td> </tr> <tr> <td colspan="4">099 098 L92 H9R XJY H9R</td> </tr> <tr> <td colspan="4">2023年3月承認 GB22D010858 TAL60</td> </tr> </table>				9 親介護一時金支払特約(注1) 300 K1	親介護一時金専用 健康状態告知書質問事項回答欄(注2) 「はい」の場合、お引き受けできません。	現在のご加入内容 特約被保険者の氏名 続柄	※生年月日 ※保険始期日時点の年令 ※質問 確認方法	390:1 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン イチロウ	VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段	セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円	VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ	VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段	390:2 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン ハナコ	VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段	セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円	VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ	VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段	(注1)特約にご加入の場合、基本セット保険料とは別に追加の保険料が必要になります。パンフレット等		11 ※ 告知日 告知者ご署名(注3)	金額をご確認のうえ、お申し込みください。		99年 99月 99日 見本 太郎	【社内使用欄】 旧加入者番号 加入者番号 初年度加入日 告知社内処理日 団体コード				099 098 L92 H9R XJY H9R				2023年3月承認 GB22D010858 TAL60																																																																																								
9 親介護一時金支払特約(注1) 300 K1	親介護一時金専用 健康状態告知書質問事項回答欄(注2) 「はい」の場合、お引き受けできません。																																																																																																																							
現在のご加入内容 特約被保険者の氏名 続柄	※生年月日 ※保険始期日時点の年令 ※質問 確認方法																																																																																																																							
390:1 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン イチロウ	VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段																																																																																																																							
セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円	VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ	VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段																																																																																																																						
390:2 10 P1 (カタカナで記入) 三ホン ハナコ	VP4 ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段																																																																																																																							
セット名: 人 加入人数: 人 現在の保険料: 円	VPA (カタカナで記入) 三ホン ハナコ	VPB ① 1 昭和 S 平成 H 99年 99月 99日 满 99才 ③ はい ③ ① 対面 ③ FAX・郵送 ② 電話 ④ メール等の通信手段																																																																																																																						
(注1)特約にご加入の場合、基本セット保険料とは別に追加の保険料が必要になります。パンフレット等		11 ※ 告知日 告知者ご署名(注3)																																																																																																																						
金額をご確認のうえ、お申し込みください。		99年 99月 99日 見本 太郎																																																																																																																						
【社内使用欄】 旧加入者番号 加入者番号 初年度加入日 告知社内処理日 団体コード																																																																																																																								
099 098 L92 H9R XJY H9R																																																																																																																								
2023年3月承認 GB22D010858 TAL60																																																																																																																								

- 加入・変更をする場合：必要事項をご記入のうえ、自署欄にフルネームで署名のうえご提出ください。
現在の契約内容と同内容で継続をする場合：同プランで継続される方は、ご提出不要です。
- 2枚目はお客様控えです。1枚目のみご提出ください。
- 継続加入の方で、新たに親介護補償プランをセットされる場合は変更となります。

加入申込票の印字内容(団体名、事業所名、所属名、氏名、社員コード、生年月日、性別)に間違いないかご確認ください。

1. 基本セット

- 1 加入申込票のプラン名を確認ください。ボーナス補償プラン or 退職後の補償額買増しプラン。
- 2 申込日をご記入ください。
- 3 フルネームでご署名ください。(印鑑不可)
- 4 加入区分の該当箇所に○をしてください。
新規に加入される場合：新規申込
加入プランを変更、基本プランに加入済で親介護プランに追加加入される場合：変更申込
脱退される場合：脱退
- 5 希望されるプランに○をしてください。
女性は「妊娠特約あり」、男性は「妊娠特約なし」プランに○印をしてください。
- 6 新規、増額の場合、裏面・親介護一時金以外用「健康状態告知についてのご案内」をご確認ください。
1~3の質問事項に該当しない場合、ご加入いただけます。
- 7 他の保険契約等にご加入されている場合、ご記入ください
- 8 保険金請求歴がある方は、指定欄にご記入ください。

2. 親介護一時金

- 9 希望されるセット名をご記入ください。親介護一時金額は、ご選択いただいた金額が特約被保険者全員に共通して適用されます。
 - 10 下記項目は特約被保険者(親)となる方に従業員ご本人が代理して回答する旨了解いただき、特約被保険者(親)の健康状態を告知していただきます。
 - ・特約被保険者の氏名：ご本人の親または配偶者の親から補償の対象となる方の氏名をカタカナでご記入ください。同居・別居は問いません。
 - ・年令：令和7年1月1日時点の満年令
 - ・質問：加入申込票裏面下の親介護一時金専用「健康状態告知書質問事項」についての回答内容
 - ・確認方法：上記質問の確認方法
 - 11 告知日、告知者ご署名：従業員ご本人がフルネームでご署名ください。
- (ご注意) 既に基本セットに加入しており今年度から親介護一時金支払特約に追加で加入される方は下記をご確認ください。
- ①加入区分は変更申込を選択されていますか？
 - ②基本セットも選択されていますか？

[記入内容を訂正する場合]
訂正箇所を二重線で抹消し、フルネームで署名
(訂正署名) のうえ、正しい内容をご記入ください
例) 令和99年9月15日 見本太郎

お問い合わせ先

制度内容・お申込み方法など、下記までお気軽にお問い合わせください。
アフィニティ・コンタクトセンター
J.フロントリテイリンググループ LTD補償プラン 係
0120-257-522
受付時間 9:00~17:00 (祝日を除く月~金)

申込締切日

2025年9月30日(火) 必着