

# 明楽寿友の会 入会申込書 明楽寿共済 契約申込書

アカラックス株式会社 御中

契約者は、明楽寿友の会規約、明楽寿共済普通保険約款の規定を理解し、被保険者の同意を得て以下のとおり明楽寿友の会への入会と明楽寿共済への加入を申し込みます。

申込日	年 月 日	会員番号 契約番号	- -
会員 契約者	Tel - - - - - Fax - - - - -		
	フリガナ		
	住所		都道 府県
	フリガナ	性別 男性 ・ 女性	
	氏名(自署)	生年月日	年 月 日
	印	続柄：被保険者は契約者の( )	
電子メールアドレス(もしあれば) @			
被保険者  契約者と同じ  右のとおり	Tel - - - - - Fax - - - - -		
	フリガナ		
	住所		都道 府県
	フリガナ	性別 男性 ・ 女性	
	氏名(自署)	生年月日	年 月 日
	印		
死亡保険金 受取人  契約者と同じ  右のとおり	Tel - - - - - Fax - - - - -		
	フリガナ		
	住所		都道 府県
	フリガナ	性別 男性 ・ 女性	
	氏名	生年月日	年 月 日
		続柄：死亡保険金受取人は被保険者の( )	
保障の型	60日型 120日型		
紹介者	なし 右のとおり	氏名	会員番号 - -

## 被保険者に関する告知書 (被保険者の方がお答えください)

<b>現在の健康状態</b> 現在、病期中ですか。 入院や通院の治療、手術を受けたり 勧められたりしていますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	はいの場合、その詳細
<b>過去の健康状態</b> 過去5年以内に、連続して5日以上 の入院をしたり手術を受けたりした ことがありますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	はいの場合、その詳細
<b>現在の身体の障害状態</b> 現在、身体に欠損あるいは機能の 障害がありますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	はいの場合、その詳細 (部位とその欠損・障害の内容)
<b>喫煙の状態</b> 現在、喫煙の習慣がありますか。	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	はいの場合、その詳細 (1日あたりの喫煙の本数)