東芝地域店会　御中

東芝地域店総合補償制度　オールマイティプラン　加入・変更申込書兼脱退通知書

2026年度用
AMP

（注意）1. 消えるボールペンは使用しないでください。
2. 貴店控が必要な場合はコピーをおとりください。本紙は返信用封筒でご提出をお願いします。
3. 加入、変更、脱退(死亡以外)は年4回のみ受付しております。各締切日はパンフレットでご確認ください。

①「お申込日（変更届出日）」「加入日・変更日」「事業所コード」「ご加入店」を記入し、ご記名・ご押印下さい。

お申込日（変更届出日）	年　月　日	加入日・変更日	年　月　日	・東芝地域店総合補償制度の規約・重要事項および個人情報の取扱いに同意し、下記の通り申込みします。「ご加入内容確認事項」について確認しました。 ・記載事項（健康状況の告知内容等）は事実に相違ありません。 ・パンフレットを確認し、書面もしくは電子データなど団体が定める方法で受領することに同意します。
ご加入店 事業所コード		店名	(フリガナ)	事業所印
ご加入店 ご住所	〒			印
ご加入店 電話番号		代表者氏名	(フリガナ)	

②新規加入・増口、特約を追加されるご被保険者（補償の対象者）は、「健康状況に関する告知」・「他の保険契約について」を必ずご回答ください。

健康状況に関する告知（裏面をご確認ください）

（新規加入・増口、特約を追加の被保険者ご本人についてお伺いします。質問事項回答欄に「はい」「いいえ」でご回答ください。）

※お申込日現在、裏面の質問１、２に対し「いいえ」に該当する方のみ、増口や特約の加入、追加が可能です。

介護特約に新たにお申込みいただく方、または加入内容の変更に伴い告知いただく方で、継続後の契約に「介護特約」が含まれている場合は、質問３についてもご回答ください。

質問1	質問2	質問3
はい	はい	はい
いいえ	いいえ	いいえ

他の保険契約等について
※「あり」の場合必ずご記入ください。（ご記入の無い場合は「なし」と回答したことになります。）

同種の危険を補償する他の保険契約	被保険者氏名	保険会社	保険種類	満期日	保険金額

過去３年以内に病気・ケガまたは事故で保険金（合計して５万円以上）を請求または受領したことがある。

氏名＿＿＿＿＿＿　回　数＿＿＿＿＿＿回

合計金額＿＿＿＿＿＿　会社名＿＿＿＿＿＿

上記では記入欄が不足する場合には、代理店・扱者または引受保険会社にお申し出ください。

③加入または変更のある被保険者（補償の対象者）のお申込み内容をご記入ください。

被保険者（補償の対象者）							※職業・職務	※職業級別	現行加入内容			基本補償		がん特約	介護特約	脱退の場合 理由をご記入ください。
加入者コード	(フリガナ) 氏　名（ご本人の ご署名 ）	性別	※生年月日 元号	年	月	日			加入口数	がん	介護	申込区分	新規（変更後）の口数	申込区分 追加付帯をおすすめします		
	被保険者ご本人のご署名をください						販売従事者	A				新規 脱退 変更	1口 2口 3口 4口 5口	新規 脱退	新規 脱退	
	被保険者ご本人のご署名をください						販売従事者	A				新規 脱退 変更	1口 2口 3口 4口 5口	新規 脱退	新規 脱退	
	被保険者ご本人のご署名をください						販売従事者	A				新規 脱退 変更	1口 2口 3口 4口 5口	新規 脱退	新規 脱退	

パンフレット記載の保険契約内容および「個人情報の取り扱いについて」を承知の上被保険者になることを同意し、申込内容が意向に沿っていることを確認しております。また、裏面の健康状況告知書質問事項に対する上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、保険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ることに同意します。

受付	TCM		TISCO支店・営業所		東芝会事務局		【代理店使用欄】