

2022(令和 4)年 1 月吉日

組合員 各位

全国舞台テレビ照明事業協同組合(全照協)

新型コロナウイルス感染症・日帰り入院対応団体医療保険のご案内

平素より全照協の事業活動にご協力を賜りまして 誠にありがとうございます。

昨年 9 月に行わせて頂きました、新型コロナウイルス感染症・日帰り入院対応団体医療保険導入アンケートでは、たくさんのご回答誠にありがとうございました。

保険制度成立条件となる 150 名近くの皆様にご利用希望を頂きましたので、この度団体医療保険の取扱、加入募集を開始することに致しました。

以前もご案内させて頂きましたが、こちらの団体医療保険は

- ・新型コロナウイルス感染症対応、自宅療養も給付金対象。
- ・入院給付金は日帰り入院から受け取ることが可能。
- ・領収書提出が不要で、交通費や検査費など自由に使用できる一時金の支給が行われる。
- ・1000 種類以上の手術に対応。

など、現代医療進歩や、新型コロナウイルス感染症に対応した内容となっております。

2022 年 6 月より保険制度開始を予定しております。

パンフレット・お申込書をお送りさせて頂きます。

保険制度立ち上げに伴い、初月である 2022 年 4 月加入分の書類提出締切日が早めとなっております。

- ・ 2022 年 6 月 1 日～加入申込書類提出締切日 2022 年 3 月 11 日全照協事務局到着分
- ・ 2022 年 6 月以降加入申込書類提出締切日 前月 15 日全照協事務局到着分
- ・ 各月保険料ご請求書日 当月 10 日ご請求書発送

お申込書記載方法は裏面をご覧ください。

こちらの保険制度ですが、被保険者数が 150 名以上で成立する保険制度となっております。

6 月加入申込が 150 名を下回った場合、保険制度を開始できない事がございます。予めご了承頂けますと幸いです。

詳しい保険内容につきましては、同封いたしましたパンフレットをご覧くださいと幸いです。

お見積書の作成や、ご不明点等ございましたら、全照協事務局までお気軽にお問い合わせください。

◆ お問い合わせ先 全国舞台テレビ照明事業協同組合(全照協)事務局
TEL : 03-5577-7844 電子 MAIL : jimukyoku@zenshokyo.or.jp

◆加入申込必要書類

1. 加入・変更申込書兼送付票

こちらはひと月の申し込みにつき1枚必要となります。
全3か所に記入(捺印)をお願いいたします。

会社名・代表者氏名の記入
(ゴム印可)
捺印をお願いいたします。

第一生命保険株式会社(事務幹事会社)御中

記入日
(和暦) 年 月 日

貴社の新医療保障保険(団体型)普通保険約款(特約付の時はその特約条項)および保険料率を承知し、各被保険者の同意を得たことを通知するとともに、添付の申込書に記載の加入者について生命保険契約を申し込みます。
各被保険者の同意を得るにあたっては、被保険者となるべき者全員に対して、パンフレット等に記載の契約内容及び個人情報の取扱についての通知を行い、同意を得ています。また、被保険者となることに同意しなかった者については申し込みから除外しています。
添付の申込書に記載の事項および告知事項は事実と相違ありません。また、申込書の記載事項について貴社から照会を受けた時は、すみやかに確認のうえ回答いたします。もしこの事実と相違した場合は、契約または一部が解除されても異議ありません。

団体名

代表者役職名

氏名

加入企業(事業所)

代表者氏名

新医療保障保険(団体型) 加入・変更申込書 兼 告知書 送付票 ①

請求コード
K30.00620

加入希望月を
ご記入ください。

加入(変更)年月日(和暦)
年 月 日

申込書枚数
下 枚

申込書(黄色)の枚数
をご記入ください。

2. 加入・変更申込書兼告知書

こちらは加入されるご本人様の捺印が必要となります。
加入ご希望の皆様分、ご提出をお願い致します。

内容をご確認頂き、
どちらかに○をつけてください。
②に○をした場合は別紙
被保険者告知書をご提出ください。

所 属
被保険者番号
氏 名

新医療保障保険(団体型)加入・変更申込書兼告知書

※必ず記入ください。 ※4枚目の《記入見本》をご覧のうえ、黒のボールペンで記入内容に訂正(変更)のある場合は、訂正(変更)箇所

1 申込日(告知日) (和暦) 年 月 日

第一生命保険株式会社 御中

- 加入者は、パンフレットの内容(契約概要・注意喚起情報を含む)を了承し、申込書記載の事項及び告知欄記載の告知事項は、事実と相違ないことを誓約のうえ申込みます。また、パンフレットに記載の【意向確認のお願い】により、商品内容が自身の意向に沿ったものであることを確認のうえでご申込みします。
- パンフレット記載の個人情報の取扱について同意します。
- 被保険者名、入院給付金日額等が一般社団法人生命保険協会に登録されることに同意します。

- 告知事項
- 告知日から過去3ヶ月以内に医師による診察・検査・治療(指示・指導を含む)・投薬をうけたことがありますか。
 - 告知日から過去5年以内に病気またはけがにより手術や継続7日以上入院はありますか。
 - 新規加入・入院給付金日額の増額申込みにあたり、上記について告知します。※①または②に○印を記入ください。
 - ありません。
 - あります。⇒別紙「被保険者告知書」を提出ください。

5 申込区分 6 被保険者(加入者)カナ氏名 7 申込印(7才:指捺) 8 性別 9 生年月日 10 現在加入内容 11 申込内容

① 新規 ② 変更 (必ずカタカナで記入ください)

① 男 ③ 昭 和 年 月 日 ④ 平成 ⑤ 令和

② 女 ① 入院給付金日額

お名前・性別・生年月日のご記入
捺印をお願い致します。

ご希望の入院給付金額を
ご記入ください。

3. 被保険者告知書※該当者様のみ提出

加入・変更申込書兼告知書にて、
告知事項の②に○をした方は、
こちらをご提出をお願いいたします。
書き方詳細は、被保険者告知書の内面を
ご確認ください。

医療保障保険(団体型) 被保険者告知書 新医療保障保険(団体型)

- 告知書について
告知書は表紙および告知書(2部複写)で構成されています。
ご記入にあたっては、当表紙裏面を十分ご確認のうえ告知書(2部複写)にご記入ください。ご記入後、告知書の1枚目(第一生命提出用)のみ団体事務担当者様にご提出ください。告知書の2枚目(ご加入者様用)は当表紙とともにご自分で大切に保管ください。
- お客さまにご確認いただきたいこと
被保険者さまの健康状態・医療に関する情報は、保険業法施行規則により、利用目的が制限されています。
当社は、同意いただいた利用目的の範囲内で取得・利用させていただくとともに適切な保管・管理をいたします。

※パンフレットの内容(契約概要、注意喚起情報)を了承し、個人情報の取扱に同意されて引受け保険会社に書類を提出いただいておりますので、契約の成立・不成立に関わらず書類の返却はいたしません。

※告知の記入に関してご不明な点がある場合は、以下の照会先へご照会ください。
第一生命保険株式会社 団体保障事業部 TEL:0120-005-328(受付専用フリーダイヤル) 受付時間 9:00~17:00(土・日・祝日・年末年始を除く)