

アイシングループ総合保障 退職者保障 手続依頼書

会社	株式会社	氏名CD
住所	住所/フリガナ	
住所	住所/漢字	
本人氏名	フリガナ	漢字
★生年月日	年 月 日	★ 才
ご連絡先	自宅：() - ()	携帯：() - ()

印字内容を変更される方のみ ご提出ください

保険期間	A-1 医療90才満了 (レジャー 介護 含む) 2025年 月 日 (PM4時)～2026年 3月 1日 (PM4時)まで ※2026年3月の更改は自動継続となります。
	A-2 終身医療 2025年 3月 1日 ～ 終身
配偶者氏名	フリガナ 漢字
★生年月日	年 月 日 ★ 才

注意
 注1) 本依頼書の★印の項目はご加入に関する重要な事項(告知事項)です。内容に誤りがないかご確認ください。事実と相違する場合は、保険金をお支払い出来ないことがあります。年齢は
 注2) **A-1**は所定の加入条件を満たした方のみご案内しております。加入条件を満たさなかった場合は告知書の告知事項に該当する場合は加入できませんのでご了承ください。加入条件を満たした方はインフレットP.8をご確認ください。
 注3) 配偶者様のみご加入も可能です。インフレットP.8をご確認ください。インフレットP.8をご確認ください。
 注4) 本依頼書は、退職月の翌月1日～満期日までの期間の保険料です。2年度からの保険料(年齢)につきましては、インフレットP.4をご覧ください。
 注5) **A-1**、**B**、**C**、**D**の保険料は毎年見直しされます。
 注6) **B**、**C**、**D**はご本人様の**A-1**へのご加入が必要となります。
 注7) 終身医療保障をご希望の際は、正式な加入申込書をお送りいたします。
 注8) **A-1**は入院日額+休業保障日額の合計日額以下の保障額にご加入できます。

お手続き方法

A: 同内容で継続 → 本紙提出不要。預金口座振替依頼書を提出ください。

B: 別の内容で継続 → **ご印印欄** → 提出締切 **アイシ開発 必着**

C: 解約 → 解約(脱退)印欄 → 左記<解約(脱退)印欄>に押印 注意: 今後、再加入できません

ご本人						
型	移行保険料	入院	手術	通院	高度医療	傷害後遺障害
A-1 1型	円 3,000円/日	入院中: 60,000円 入院中以外: 15,000円	—	—	保障期間中 1,000万円限度	—
2型	円 5,000円/日	入院中: 100,000円 入院中以外: 25,000円	—	—	保障期間中 1,000万円限度	—
3型	円 3,000円/日	入院中: 60,000円 入院中以外: 15,000円	3,000円/日	—	保障期間中 1,000万円限度	最高 500万円
4型	円 5,000円/日	入院中: 100,000円 入院中以外: 25,000円	3,000円/日	—	保障期間中 1,000万円限度	最高 500万円
5型	円 8,000円/日	入院中: 160,000円 入院中以外: 40,000円	3,000円/日	—	保障期間中 1,000万円限度	最高 500万円
6型	円 10,000円/日	入院中: 200,000円 入院中以外: 50,000円	3,000円/日	—	保障期間中 1,000万円限度	最高 500万円
A-2 型	年間保険料	入院手術	手術	通院	高度医療	傷害後遺障害
基本保障	円 5,000円/日	—	—	—	—	—
基本保障 + 先進医療	円 5,000円/日	—	—	—	保障期間中 2,000万円限度	—

配偶者						
型	移行保険料	入院	手術	通院	高度医療	傷害後遺障害
A-1 1型	円 3,000円/日	入院中: 60,000円 入院中以外: 15,000円	—	—	保障期間中 1,000万円限度	—
2型	円 5,000円/日	入院中: 100,000円 入院中以外: 25,000円	—	—	保障期間中 1,000万円限度	—
3型	円 3,000円/日	入院中: 60,000円 入院中以外: 15,000円	3,000円/日	—	保障期間中 1,000万円限度	最高 500万円
4型	円 5,000円/日	入院中: 100,000円 入院中以外: 25,000円	3,000円/日	—	保障期間中 1,000万円限度	最高 500万円
5型	円 8,000円/日	入院中: 160,000円 入院中以外: 40,000円	3,000円/日	—	保障期間中 1,000万円限度	最高 500万円
6型	円 10,000円/日	入院中: 200,000円 入院中以外: 50,000円	3,000円/日	—	保障期間中 1,000万円限度	最高 500万円
A-2 型	年間保険料	入院手術	手術	通院	高度医療	傷害後遺障害
基本保障	円 5,000円/日	—	—	—	—	—
基本保障 + 先進医療	円 5,000円/日	—	—	—	保障期間中 2,000万円限度	—

ご本人が **A-1** のいずれかを選択の場合選択いただけます

型	移行保険料	個人賠償責任保障	加入有無	保障額(限度額)	移行保険料
B 1型	円	—	加入する	国内: 無制限	円
2型	円	—	加入有無	—	円
3型	円	—	加入する	—	円
4型	円	—	加入する	—	円

<初回口座振替のご案内>

A-1 **B**、**C**、**D** … 保障開始月2ヶ月後の23日、更改保険料は毎年5月23日(銀行休業日の場合、翌営業日)

A-2 … 保障開始月1ヶ月後の29日(三井住友銀行、ゆうちょ銀行は27日)、翌年以降は初回口座振替必着日(銀行休業日の場合、翌営業日)

★他の保険契約等* … 具体的な内容をご記入ください。(※)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、重複して保険のお引受けができない場合があります。

被保険者氏名	保険会社・共済会社	保険種類	満期日	保険金額

1 お手続き方法をご確認ください

2 現在ご加入中の保障に最も近い保障に印をつけております。

- 印のついている保障で継続の場合は、本紙提出不要です。
- 印のついている保障以外で継続の場合は二重線で訂正の後、ご希望の保障に○をお願いいたします。

※終身コースをご選択頂いた場合、正式手続き書類を改めてご案内いたします。