パナソニックエレクトリックワークス株式会社 御中
アクサ生命保険株式会社[事務幹事会社] 御中

パナソニックＥＷ友の会入会申込書兼福祉制度加入申込書兼告知書（兼口数変更申込書・脱退通知書）

パナソニックＥＷ友の会への加入申込みをいたします。
＜福祉制度加入・口数変更について＞
加入者全員から被保険者となる旨の同意を得たことを確認のうえ、アクサ生命保険株式会社が引き受ける福祉団体定期保険への加入（増口）申込みをいたします。
申込みにあたり、加入者（被保険者）全員は、「パンフレット」記載の各事項・重要事項（「契約概要」・「注意喚起情報」）を了知し、「個人情報の取扱いについて」の内容に同意しています。また、申込書および告知欄の記載事項は事実と相違ありません。併せて、申込内容（保障内容・保険金額等）が意向に沿っていることを確認しました。なお、新規加入時に代理店・チェーン店・加入者が加入資格を有していることを確認しています。

福祉団体定期保険が共同取扱契約の場合、引受保険会社はそれぞれの引受割合による保険契約上の責任を負います。事務幹事会社は各引受保険会社の委任を受けて事務を行います。

申込内容の変更
有 ／ 無

このシートに記入された内容について、2025年度の申込内容からの変更の有無をご記入下さい。
（新規申込は、有に〇をして下さい。）

代理店 [ ]
チェーン店 [ ]

営業所 [ ]

パンフレット記載の保険契約内容・重要事項および「個人情報の取扱いについて」を了知のうえ被保険者になることに同意し、申込内容が意向に沿っていることを確認しております。

左下の[告知事項]①②のいずれか、又は両方に該当していますか?
※「はい」の方は新規加入・増口はできません。

処理区分	加入者No	会員名（加入者名）上段 カタカナ 下段 漢字	被保険者同意印欄（了知・同意）	性別	（上段）生年月日 （下段）EW友の会脱会・保険脱退日	会員区分	入会年 年号	入会年 年	保険情報	備考欄	告知欄
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	印		年 月 日				現在口数 口		いいえ はい
		氏名（漢字）			脱会・脱退日 年 月 日				加入（変更後） 口		
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	印		年 月 日				現在口数 口		いいえ はい
		氏名（漢字）			脱会・脱退日 年 月 日				加入（変更後） 口		
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	印		年 月 日				現在口数 口		いいえ はい
		氏名（漢字）			脱会・脱退日 年 月 日				加入（変更後） 口		
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	印		年 月 日				現在口数 口		いいえ はい
		氏名（漢字）			脱会・脱退日 年 月 日				加入（変更後） 口		
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	印		年 月 日				現在口数 口		いいえ はい
		氏名（漢字）			脱会・脱退日 年 月 日				加入（変更後） 口		
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	印		年 月 日				現在口数 口		いいえ はい
		氏名（漢字）			脱会・脱退日 年 月 日				加入（変更後） 口		
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	印		年 月 日				現在口数 口		いいえ はい
		氏名（漢字）			脱会・脱退日 年 月 日				加入（変更後） 口		
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	印		年 月 日				現在口数 口		いいえ はい
		氏名（漢字）			脱会・脱退日 年 月 日				加入（変更後） 口		
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	印		年 月 日				現在口数 口		いいえ はい
		氏名（漢字）			脱会・脱退日 年 月 日				加入（変更後） 口		

現在申込合計	会員区分2および3の合計( )名	福祉制度合計	口
今回申込合計	会員区分2および3の合計( )名	福祉制度合計	口

告知のご説明

申込日（告知日）	2026年 月 日
契約日（効力発生日）	2026年 8月 1日

住所

会社名

代表者氏名 印

【ご記入にあたっての留意事項】

・押印にあたっては、加入者ごとに、ご希望の“口数”および“処理区分”を記入ください。
・“処理区分”が「新規」、または口数変更のうち「増口」の場合は、加入者ごとに“告知”していただく必要があります。
・“告知”は、【告知事項】に対する回答を“告知欄”の「いいえ」または「はい」に〇をつける方法で 行ってください。

※新規・口数変更のご加入者は、「被保険者同意印（了知・同意）欄」にご捺印ください。
※処理区分
A：新規会員(保険同時加入)
C：会員脱会
D：保険口数変更（保険口数を「０」にされる場合はＣとなります。）
2：異動（同一会社間の勤務地変更）
3：会員名変更
※加入者No
新規加入は空欄のままご提出ください。
※会員区分
2： 特別会員 代表者の方で友の会にも加入される場合(福祉制度にもご加入になれます)
3： 一般会員
※性 別 1：男 2：女 ※年 号 S：昭和 H：平成
※福祉制度(加入口数) 0： 未加入 1～5： 加入口数
(注)[告知]が「はい」の方、契約日現在、年齢60歳6ヵ月を超える方は新規加入・増口はできません。前年から継続の場合は前年と同じ口数の範囲内で65歳6ヵ月まで継続できます。但し、60歳6ヵ月を超える方は3口を限度とします。
※受取人・・加入者(加入者死亡の場合は、労基法順位(加入者の配偶者・子供・父母・祖父母・・の順))
※ご退職の場合、「脱退日」の記入欄には、「ご退職日」ではなく「ご退職日の属する月の末日」をご記入ください。

[注意事項]
・告知された内容が事実と相違した場合は、保険契約の一部または全部が解除されたり、保険金等を お支払できないことがあります。

[告知にあたっての注意事項]
新規加入または増口を申し込まれる方は、申込日(告知日)現在、正常に就業している方に限ります。下記の[告知事項]をご確認いただき、新規加入または増口を申し込まれる方ごとに、右上「告知欄」の該当項目に〇をつける方法で告知してください。

告知事項		
	①申込日（告知日）から過去1年以内に、別表の病気やけがで、手術を受けたことまたは継続して14日以上の入院をしたことがありますか。	<別表> 心臓病（心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・狭心症）、高血圧症、脳卒中（脳出血、脳こうそく、くも膜下出血）、精神病、てんかん、ぜんそく、肺気腫、肺結核、胃かいよう、十二指腸かいよう、すい臓炎、肝臓病（肝炎・肝硬変）、腎臓病（腎炎・ネフローゼ・腎不全）、緑内障、がん、白血病、上皮内新生物、糖尿病、リウマチ、頭部外傷
	②申込日（告知日）から過去1年以内に、別表の病気やけがで初診から終診までの期間が14日以上にわたる医師の治療・投薬を受けたことがありますか。	

[契 約 団 体 記 入 欄]

契約団体名	顧客No	ｸﾞﾙｰﾌﾟNo	制度No	新規チェーン店確認欄 新規チェーン店表示	新規チェーン店確認欄 代理店コード	[保険会社押印欄] 加入資格確認 所管長印
パナソニックエレクトリックワークス株式会社 お届出印	55127	02	012	新規チェーン店の場合は、必ず〇をしてください。		印

パナソニック担当者捺印

※「告知」については、別添「パンフレット」、「重要事項説明書」を必ずお読みのうえ、その意義や重要性をご確認ください。