

2026年度とうきゅうグループ新入社員募集 団体総合生活補償保険(標準型)(あんさんぶる)加入申込票

1. 連絡先をご記入ください。 当社の利用目的は、「申込書のご提出に関するご案内」<本募集における個人情報の取り扱いについて>をご覧ください

会社名 (株式会社は記入不要)	① 東急〇〇〇				
フリガナ	セイ) ミヨウジ	メイ) ナマエ			
お名前	③ 姓) 苗字	名) 名前			
社員番号	② 1 2 3 4 5 6	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
郵便番号	〒 1 5 0 - 0 0 0 2	生年月日 (西暦)	④ 2 X X X	年 0 4	月 0 1 日
現住所	カナ) トウキョウトシブヤクシバヤ1-16-14	漢字) 東京都渋谷区渋谷1-16-14 渋谷地下鉄マンション404号室			
携帯番号	⑤ 0 8 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8	(携帯電話をお持ちでない場合には日中、ご連絡が可能な番号をご記入ください)			
メールアドレス	⑥ ○ × △ □ @ ○ × □ △				

2. 団体総合生活補償保険(標準型)(あんさんぶる)加入申込票
 保険期間:2026年7月1日午前0時から2026年12月1日午後4時まで
 引受保険会社(幹事):三井住友海上火災保険株式会社
 保険名称:団体総合生活補償保険(標準型)

① **おすすめプランを** **申し込みます** **申し込みません** (いずれかにチェック☑でご回答ください)
「重要事項のご説明」のPDFファイルによる提供に同意し、「ご加入内容確認事項」、「重要事項のご説明」について確認するとともに、個人情報の取扱いに同意のうえ加入を申し込みます。
 ※「重要事項のご説明」はガイドブック13ページの二次元コードよりご確認ください。
 ※「重要事項のご説明」はダウンロードのうえ、ご加入者ご自身の端末に保存または印刷ください。

② **加入申込日:2026年 4 月 4 日** 下記以外のプランをご希望の場合はお問合せください。

おすすめプラン	基本補償(個人型)(セット名:1Q)				保険金額 日常生活賠償 (セット名:A1)	月払 保険料
	傷害死亡・ 後遺障害	傷害入院	傷害手術	傷害通院		
140万円・ 5.6万円~140万円 ケガのみ補償	1日につき 3,000円 ケガのみ補償	入院中の手術: 傷害入院保険金日額の 10倍 入院中以外の手術: 傷害入院保険金日額の 5倍 ケガのみ補償	1日につき 2,000円 ケガのみ補償	国内外補償 (一部国内に限る) 3億円 (免責なし)	920円	

3. ③他の保険契約、保険金請求歴がある場合は、こちらをご確認のうえご記入ください。
※「あり」の場合、チェックでご回答のうえ、必ず「合計保険金額」欄にご記入ください。(ご記入のない場合、「なし」と回答したこととなります。)

他の保険契約等
 同種の危険を補償する他の保険契約等(被保険者が同一であり、GKケガの保険、団体総合生活補償保険等の身体のケガに対して保険金が支払われる他の保険契約等をいい、積立保険を含みます。)がありますか? あり
 合計保険金額 ○〇〇 万円 傷害死亡・後遺障害保険金額 ○〇〇〇 円 傷害入院保険金日額 ○〇〇〇 円 傷害通院保険金日額 ○〇〇〇 円

保険金請求歴
 過去3年以内にケガで保険金(合計して5万円以上)を請求または受領したことがありますか? あり
 保険会社名 三井住友海上など保険会社名 請求回数 ○ 回 合計保険金額 ○〇〇〇 円

(ご注意) 上記では記入欄が不足する場合には、代理店・扱者または保険会社にお申し出ください。
 ※印の項目は、ご契約に際して引受保険会社がおたずねする特に重要な事項(告知事項)です。事実と相違する場合は、ご契約を解除し、保険金をお支払いできないことがありますので十分に確認のうえご回答(記入)ください。

◆お問合せ先◆ 代理店・扱者
東急保険コンサルティング株式会社 URL:https://www.tokyu-hoken.co.jp/
 (本社)〒150-0002 東京都渋谷区渋谷1-16-14 渋谷地下鉄ビル4階 (関西営業所)〒542-0081 大阪府大阪市中央区南船場4-4-3 心斎橋東急ビル4階
 ☎0120-109-601 [FAX]03-3409-7163 ☎0120-953-109 [FAX]06-6241-0756
 [営業時間]10:00~17:00(土日祝・年末年始および5月1日は休業) [営業時間]10:00~17:00(土日祝・年末年始および5月1日は休業)
 (札幌営業所)〒003-0001 北海道札幌市白石区東札幌一条1-1-8 じょうてつビル3階
 ☎0120-769-109 [FAX]011-818-1222
 [営業時間]9:30~16:30(土日祝・年末年始および5月1日は休業)

確認項目

- 1**
- ① 会社名をご記入ください(株式会社は不要です)
 - ② 社員番号をご記入ください
 - ③ それぞれの欄に氏名、郵便番号、ご住所、フリガナをご記入ください
 - ④ 生年月日を記入し、性別に☑をつけてください
 - ⑤ 携帯番号をご記入ください
 - ⑥ 任意ですので、ご自由にご記入ください
- 2**
- ① いずれかに☑をつけてください
 - ② 「申し込みます」の場合のみ、加入申込日をご記入ください
- 「申し込みます」の方のみ、下記③にお進みください
- 3**
- ★今回申し込む傷害保険とは別に傷害保険に加入されている方
⇒太枠内をご記入ください
 - 傷害保険に加入していない方
⇒太枠内は未記入のままご提出ください