ウ_5

2026年10月作成

医療保険キュア・サポート・プラス 生命保険契約申込書

［無配当 引受基準緩和型医療保険(2019)］

ORIX オリックス生命

オリックス生命保険株式会社 御中

裏面の誓約・同意事項を必ずご確認ください。

申込書・告知書は、すべて契約者(被保険者)ご本人がご記入ください。
なお、代筆された場合はご契約をお引受けできません。

30EC26

ID

申込番号

切り取らずに折りたたんでご返送ください

1 意向把握書 〈この保険商品は資料請求時のご意向に基づいてご案内しております。お申込みにあたり、改めてお客さまのご意向をご確認ください。〉

商品名	万一の場合の死亡保障	病気やケガに備える保障(医療保障)	がんに備える保障	貯蓄(老後生活資金・教育資金の準備等)
医療保険キュア・サポート・プラス	○	◎	–	–

◎:主契約(引受基準緩和型医療保険(2019))の保障　○:特約(引受基準緩和型終身保険特約(低解約払戻金型)(2019))を付加した場合の保障

この保険商品の保障内容は、お客さまのご意向に沿っていますか。
ご確認のうえ、右の「はい」に☑をしてください。

必須 ご確認欄 ☑はい

※ご意向が異なる場合や、その他のご意向がある場合は、改めてご意向を伺います。オリックス生命までご連絡ください。

2 意向確認書 〈お申込みいただく保険商品の保障内容がお客さまのご意向に沿っているかご確認ください。〉

次の「保障内容」とお申込みいただく保険商品(主契約・特約)の内容をパンフレットおよび本紙 5 「ご希望のコース」の選択内容でご確認のうえ、「意向に沿っている」「意向に沿っていない」のいずれかに☑をしてください。

【保障内容】病気やケガによる入院や手術を保障する「医療保障」を確保することができます。また、特約を付加することで、死亡の保障を確保することができます。

必須

	ご確認欄 ☑意向に沿っている	☑意向に沿っていない ※ご契約をお引受けできません。
①保障内容(給付金〈保険金〉等の支払事由など)はご意向に沿っていますか。		
②給付金〈保険金〉等の金額・保険期間はご意向に沿っていますか。		
③保険料の金額・払込期間・払込方法はご意向に沿っていますか。		
④解約払戻金・配当金の有無はご意向に沿っていますか。(商品概要のご説明をご参照ください。)		
⑤医療保険キュア・サポート・プラスが当社の他の商品に比べて保険料が割増しされていること、また健康状態によっては保険料が割増しされていない当社の他の商品にご加入いただける場合があることを十分に理解したうえで、総合的に判断して最終的なご意向に沿っていますか。		
取扱者		

3 保険契約者 兼 被保険者

契約者がご記入ください。代筆された場合はご契約をお引受けできません。
※自署の訂正はできません。　※成年後見制度を利用されている方は通信販売でのお申込みはできません。

必須

フリガナ		性別	☐男 ☐女
氏名(自署)	こちらにご署名ください	年齢	歳
	●裏面記載の解約払戻金および新たな保険に契約し直す場合に関する説明について了承しました。 ●「特に重要な事項のお知らせ／商品概要のご説明／ご契約のしおり抜粋」を受領し、内容を理解しました。 ●裏面に記載された事項について誓約・同意します。	生年月日	☐昭和 ☐平成　年　月　日
住所	〒　－		
電話番号	契約者ご本人の携帯電話番号をご記入ください。 携帯電話　(　)	自宅	(　)

4 指定代理請求人

契約者がご記入ください。契約者以外の方(配偶者または3親等以内の親族)を1名のみご指定ください。

フリガナ		被保険者から見た続柄	☐配偶者 ☐父 ☐母 ☐子 ☐祖父母 ☐孫 ☐兄弟姉妹 ☐甥・姪
氏名			

・指定代理請求特約を付加します。

会社使用欄	〈代理店記入欄〉		inq no.	key line
	申込書受領日　令和　年　月　日		Type	

「告知書 8 ～ 12 」についてご確認のうえ、必要箇所を漏れなくご記入ください。

切り取らずに折りたたんでご返送ください

5 ご希望のコース (払込回数:月払)

必須

1つに☑をしてください。

	プレミアムプラン	ベーシックプラン		シンプルプラン		
	☐日額5,000円コース	☐日額5,000円コース	☐日額3,000円コース	☐日額10,000円コース	☐日額5,000円コース	☐日額3,000円コース
引受基準緩和型医療保険(2019)	5,000円	5,000円	3,000円	10,000円	5,000円	3,000円
引受基準緩和型入院一時金特約	5万円	–	–	–	–	–
保険期間・保険料払込期間	終身					
七大生活習慣病入院給付特則(三大疾病無制限型)	適用あり			適用なし		
1の保険料	円	円	円	円	円	円

・責任開始に関する特約を付加します。

2 終身保険特約を付加する場合はどちらか1つに☑をしてください。 選択

【死亡保障】引受基準緩和型終身保険特約(低解約払戻金型)(2019)　●リビング・ニーズ特約を付加します。

☐保険金額100万円　☐保険金額50万円(50歳以上の方のみ)

1＋2の合計保険料	プレミアムプラン＋死亡保障	ベーシックプラン＋死亡保障		シンプルプラン＋死亡保障		
保険金額	日額5,000円コース	日額5,000円コース	日額3,000円コース	日額10,000円コース	日額5,000円コース	日額3,000円コース
100万円付加	円	円	円	円	円	円
50万円付加	円	円	円	円	円	円

自己宣誓　契約者が米国市民、米国居住者等、米国納税義務者に該当する場合は☑をつけてください。 ☐

6 死亡保険金受取人

終身保険特約を付加する場合は、死亡保険金受取人欄を必ずご記入ください。

フリガナ		生年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和　年　月　日	受取割合
氏名	契約者以外の方(配偶者または2親等以内の血族)をご指定ください。			
住所	契約者住所と同じ場合は省略できます。記入がない場合は契約者住所と同一とします。	被保険者から見た続柄	☐配偶者 ☐父 ☐母 ☐子 ☐祖父母 ☐孫 ☐兄弟姉妹	100%

・引受基準緩和型終身保険特約(低解約払戻金型)(2019)を付加しない場合は、ご記入は無効となります。

7 保険料のお支払い

必須

A 「クレジットカード払」(クレジットカード払特約) または B 「口座振替」(口座振替特約) のいずれか一方をご記入ください。

「クレジットカード払」または「口座振替」に記入いただいた払込方法を選択したものとみなします。
両方に漏れなく記入があった場合は、「クレジットカード払」として設定いたします。

契約者がA・Bのいずれか一方にご記入ください

A 「クレジットカード払」(クレジットカード払特約)

クレジットカード支払申込書

ご利用になるクレジットカードはご契約者名義のものに限ります。

オリックス生命保険株式会社 御中　契約者である私は裏面の各条項を承認のうえ、生命保険料を私名義のクレジットカードで、オリックス生命保険株式会社へ支払います。

契約者氏名(自署)	クレジットカード番号(左づめでご記入ください)
フリガナ	
氏名	カード有効期限　月　20　年　(例)2028年10月の場合 10月2028年とご記入ください。

B 「口座振替」(口座振替特約)

預金口座振替依頼書 自動払込利用申込書(収)(加)

申込番号

口座名義人は原則保険契約者と同一、もしくは配偶者または2親等以内の血族をご指定ください。

下記指定金融機関 御中　私は、下記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から、預金口座振替によって支払うこととしたいので、裏面の預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納企業名　三菱UFJファクター株式会社(収納代行会社)

提出日(記入日)	令和　年　月　日		
口座名義人 フリガナ		契約者から見た口座名義人の続柄	☐本人 ☐配偶者 ☐親・子 ☐その他(具体的に　)
口座名義人 氏名		口座届出印を押印ください	お金融機関届出印

口座名義人等をご記入後いずれか一方にご記入ください

ゆうちょ銀行以外の金融機関

(銀行 信金 信組 労金 農協)　(支店 本店 出張所)

預金種目	1. 普通	口座番号(数字のみを右づめでご記入ください)	

ゆうちょ銀行

契約種別コード	記号(※通帳の記号の後にハイフンと数字がある場合のみご記入ください	番号(右づめでご記入ください)
3 0	1 ※ 0	

払込先口座番号　00140-9-654553　払込先加入者名　三菱UFJファクター株式会社

銀行番号　店番号

振替日(払込日)　27日(金融機関休業日の場合は翌営業日)

この預金口座振替依頼書・申込書に不備がありましたら下記該当事項に○印をつけて至急三菱UFJファクター(株)にご返送ください。

金融機関使用欄
(不備返却事由)
1.預金取引なし　3.印鑑相違
2.記載事項等相違　4.印鑑不鮮明
(店名、預金種目、口座番号、口座名義)　5.該当口座なし　6.その他(　)
(備考)

検印　印鑑照合　受付印

収納企業欄
委託者番号　00999
委託者名　オリックス生命保険株式会社
料金等の種類　生命保険料

不備返却先
〒206-8790
日本郵便株式会社　多摩郵便局
郵便私書箱第29号
三菱UFJファクター株式会社
TEL 03-3251-8091

切り取らずに折りたたんでご返送ください

切り取らずに折りたたんでご返送ください

告知書

■告知書に事実を記入しなかった場合や、記入した内容が事実と異なる場合は、保険金・給付金等をお支払いできないことがあります。
■代筆された場合はご契約をお引受けできません。

ID

申込番号

ご記入前に必ずお読みください

用語解説

入院・手術とは

■入院…治療のための入院(教育入院を含む)、検査入院のいずれの場合も告知の対象となります(正常分娩のための入院は告知の対象から除きます)。また、「日帰り」の入院も該当します。

■手術…切開術・帝王切開・内視鏡・レーザー・体外衝撃波療法(ESWL)・カテーテル・放射線等を含みます。また、「日帰り」の手術も該当します。

診察・検査とは

治療終了後に経過観察を目的として診察・検査をうけることを含みます。

投薬とは

病院や診療所で薬の処方のみをうけた場合を含みます。

がん、上皮内新生物に含まれるものの例

癌・白血病・肉腫・骨髄腫・リンパ腫・カルチノイド・GIST・真性赤血球増加症・骨髄異形成症候群(MDS)・本態性血小板血症・パジェット病・ボーエン病・上皮内がん・高度異形成・CIN3・子宮けい部中等度異形成・CIN2・子宮内膜異型増殖症・胸腺腫・神経内分泌腫瘍(NET)　等。

質問項目1

●「異常」とは、要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療をいいます。

【要経過観察】
例)観察が必要・経過観察を要する・経過観察中・経過観察後に検査が必要・医師から定期的に経過観察の必要があると指示をうけている状態

【要再検査】
例)再検査が必要・再検査を要する

【要精密検査】
例)精密検査が必要・精検を要する・精査を要する・さらに詳しい検査が必要

【要治療】
例)治療や投薬が必要・治療中・治療継続・要医療

質問項目3

●「アルコール依存症」には、慢性アルコール中毒・アルコール精神病を含みます。

オリックス生命保険株式会社 御中　同封の「ご記入に際しての留意点」「告知書記入例」を確認のうえ、告知書をご記入ください。

告知書は、被保険者ご本人が「ありのまま」「正確にもれなく」ご記入ください。

8 申込日・告知日(記入日)

必須　令和　年　月　日

9 被保険者氏名

必須　この書面に私(被保険者)が記入した事項は、事実に相違ありません。「特に重要な事項のお知らせ」の内容を理解しました。

こちらにご署名ください

10 他社加入状況

他社で現在ご加入または申込中の保険契約がある場合は、ご記入ください。

他社入院給付金日額合計(がん保険を除く)	病気死亡時の他社保険金額合計(終身保険特約を付加される場合のみ)
円	万円
☐継続する ☐継続しない	☐継続する ☐継続しない

11 被保険者のご職業・年収

必須

以下の①～⑭から選択のうえ、年収・勤務先をご記入ください。
⑧～⑬を選択した方で、お勤め先がある場合は、職業も選択のうえ年収・勤務先をご記入ください。

☐① 事務、営業、企画、販売、システム、医療・福祉業従事、医師、弁護士、教職員、保育士、研究職、技術職	☐⑥ パート・アルバイト(フリーター) ※勤務先名・屋号を忘れずにご記入ください。	☐⑪ 主婦・主夫
☐② 地下作業者、海中作業者、採石・岩石・砂利運搬作業者、爆破作業者	☐⑦ その他 具体的な職務内容	☐⑫ 学生
☐③ 高所作業者(建設、ビルの窓拭き等)、林業従事者、高圧電気(200V超)取扱作業者、漁船乗組員(500トン未満の船舶)	☐⑧ 不動産収入生活者	☐⑬ 家事手伝い
☐④ 建設業(高所作業なし)、自衛官・海上保安官(内勤除く)、トラック・バイクの運転手、接待飲食業(スナック等)、産業廃棄物処理	☐⑨ 金融資産生活者 ※年収欄には金融資産の合計額をご記入ください。	☐⑭ 無職者 ※年金生活者の方は⑩をご選択ください。
☐⑤ 会社経営(会社役員)	☐⑩ 年金生活者	

①～⑩を選択した方

年収　ご本人の年収・年金など1年間の収入額　約　万円

勤務先名・屋号

⑪～⑭を選択した方

世帯の年収　約　万円

勤務先電話番号　☎　(　)

ご記入前に左面を必ずお読みください。各質問中の下線のことばの説明は、左面の 用語解説 をご確認ください。

12 各項目中の質問につき、「いいえ」「はい」のいずれか1つに☑をしてください。

3つの告知項目がすべて「いいえ」の場合、お申込みいただけます。

1つでも「はい」に該当する場合は、お申込みいただけません。

必須

1	最近3か月以内に、医師から入院・手術・検査のいずれかをすすめられたことがありますか。 ※検査をすすめられた事実があれば、検査実施の有無にかかわらず、告知の対象となります。ただし、検査をうけた結果、異常(要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療)がなかった場合は告知の対象となりません。 ■「入院・手術」の日付が未定の場合も告知の対象となります。 ■「検査」とは、診断確定のためのすべての行為をいいます(レントゲン検査等を含みます)。 ■「検査をすすめられた」とは、以下の場合を含みます。 ●医療機関にて、「検査をします」「レントゲンを撮ります」等と告げられた ●健康診断・人間ドックを受診し、「要再検査」・「要精密検査」と指摘された	☐いいえ	☐はい
2	過去2年以内に、病気やケガで入院をしたこと、または手術をうけたことがありますか。	☐いいえ	☐はい
3	過去5年以内に、がんまたは上皮内新生物・肝硬変・統合失調症・認知症・アルコール依存症で、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかをうけたことがありますか。 ※第3項の「がんまたは上皮内新生物」については、治療・投薬をうけた最後の日から5年以上経過している場合、告知の対象となりません(この補足は「第3項」に限定したものです)。	☐いいえ	☐はい

1つでも「はい」に☑がある場合、お申込みいただけません。

SAMPLE

00053-25

保険料クレジットカード払規約

①私(契約者)が貴社と締結した生命保険契約の保険料を、私が指定するクレジットカード(以下「指定カード」という)で、指定カード発行会社の会員規約に基づき払込みます。
②私から特別の申出をしない限り、保険料を指定カードで前項と同様に会員規約に基づいて継続して払込みます。
③指定カードの会員番号・有効期限に変更があった場合には、遅滞なく貴社に通知します。
また、指定カード発行会社により、私が貴社に届出た会員番号・有効期限が更新された場合であっても保険料を異議なく払込みます。
④会員資格喪失により、指定カード発行会社から指定カードによる保険料の支払契約を解除されても異議ありません。
⑤カード紛失・変更等により、会員番号・有効期限が変更となった場合には、貴社へクレジット収納代行会社からその旨が通知されても異議ありません。
⑥指定カードによって払込んだ保険料については、貴社の領収証は請求しません。

口座名義人様の確認事項

●必ずご一読のうえ、お申込みください。

－預金口座振替規定－　　※ゆうちょ銀行を除く。

1.銀行、金庫、組合等(以下銀行という)に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の提出または小切手の振出しはしません。
2.振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額(当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。)をこえるときは、私に通知することなく、請求書を返却してもさしつかえありません。
3.この契約を解約するときは、私から銀行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約が終了したものとして取扱ってさしつかえありません。
4.この預金口座振替についてかりに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。
※ゆうちょ銀行をご指定の場合は自動払込み規定が適用されます。
詳しくは、ゆうちょ銀行のホームページをご覧ください。

この書面に記載した個人情報は、各種保険契約のお引受け、ご継続・維持管理、保険金・給付金等のお支払いのために利用されることを了承いたします。

60049-12

契約者さま、被保険者さまの誓約・同意事項

貴社の普通保険約款および特約（管轄裁判所条項を含みます）、「特に重要な事項のお知らせ／商品概要のご説明／ご契約のしおり抜粋／お客さまの個人情報の取扱いについて」の内容を了承し、以下の事項を誓約・同意のうえ、この保険契約を申込みます。

- この申込書および告知書に記入した事項は事実に相違ないこと。
- 貴社が本申込みにおいて取得した個人情報は、契約が締結に至らなかった場合や、解約・満期等により保険契約が消滅した後も、各種保険契約の引受けの判断、医療統計の作成、保険事業の適切な業務運営の確保を目的として保持し、取得した申込書類が返却されないこと。
- 申込内容等の確認訪問時に、契約者・被保険者の本人確認のために身分証明書等を提示すること。
- 本保険契約は、貴社が承諾の通知を発した時に成立すること。

- 申込書記載の年齢・性別・保険金額・保険料額に明らかな誤りがある場合や契約日の変更による修正の必要がある場合、貴社が当該事項を訂正することに同意します。
- 申込みから保障開始までは、貴社所定のスケジュールにて処理されることを承諾します。
- 口座振替の場合は、口座振替特約の約定に基づき、収納代行会社より請求された金額を、指定口座から口座振替によって支払いたく、下記条項を了承のうえ申込みます。
  ① 同一指定口座から貴社の2件以上の契約の保険料を振替える場合は、すべて合算して振替えてください。
  ② 振替日において指定口座の残高が支払うべき保険料（貴社の2件以上の契約の場合は合算された保険料）の金額に満たない場合、または取扱金融機関、指定口座などが不明等の事由で振替不能となった場合は、私に通知することなく保険料の払込みがなかったものとして取扱われても差し支えありません。
  ③ 契約者と指定口座の名義人が別人であっても保険契約上の責任は保険契約者である私が負います。
  ④ この条項に定められていない事項については、口座振替特約の規定が適用されることを了承します。

- 医療保険キュア・サポート・プラス〈無配当 引受基準緩和型医療保険(2019)〉について、下記事項を了承します。
  ① 解約払戻金について

医療保険キュア・サポート・プラス		
主契約	終身払の場合	なし
	終身払以外の場合	保険料払込期間中：なし 保険料払込満了後：主契約入院給付金日額の10倍
引受基準緩和型入院一時金特約		なし
引受基準緩和型 終身保険特約(低解約払戻金型)(2019)		低解約払戻期間中に解約した場合の解約払戻金額を抑制する仕組みで保険料が計算されています。 低解約払戻期間中に解約した場合、解約払戻金を低く設定しない場合の解約払戻金の70%に抑制されます。 ※低解約払戻期間経過後に解約した場合でも、低解約払戻期間内のすべての保険料の払込みがないときは、同様に解約払戻金が抑制されます。

  ② 特約の保険期間・保険料払込期間は主契約と同じになります。

- 新たな保険に契約し直す場合は、以下について不利益となる場合があることを了承します。
  ①「現在ご契約の保険契約の解約等」と「新たな保険契約の申込み」の時期が一致しない場合、**保障の空白や重複が生じる場合があります。**
  例：1)解約等の手続きが先行した場合：保障が一時的に途切れる場合があります。
  2)解約等の手続きが遅れた場合　：保障および保険料の払込みが一時的に重複する場合があります。
  ※新旧の保険契約ともに当社の場合、保障の空白や重複を防止するお手続方法があります。詳しくはカスタマーサービスセンターまでお問合わせください(保険契約によってはお取扱いできない場合があります)。

  カスタマーサービスセンター
  フリーダイヤル　０１２０－５０６－０９４
  受付時間　月曜～土曜　9:00－18:00（日曜・祝日・年末年始休み）

  ② 新たな保険に契約し直すことで、**不利益となることがあります。**
  例：・解約払戻金が払込保険料の合計額よりも少ない金額となる
  ・告知内容により条件が付くまたはお引受けできない
  ・正しく告知しなかったために新たな保険契約が解除または取消しになる
  ・責任開始時前の疾病や不慮の事故を原因とする場合は保険金・給付金等を受取れない
  ・保険種類によっては契約当初の一定期間保障がない(例：がん保険は 90 日の待期間)　等
  ※新たな保険に契約し直す場合も、「正しく告知しなかった場合の取扱いについて」が適用されます。
  詳しくは「特に重要な事項のお知らせ－注意喚起情報－」をご確認ください。

  現在の保険契約の内容を変更または新たな保険契約・特約を追加する方が、新たな保険に契約し直すよりも有利な場合があります。

■給付金・一時金

医療保険キュア・サポート・プラス		
1入院支払限度日数		60日型
七大生活習慣病入院給付特則を適用しない場合		60日(通算1,000日)
七大生活習慣病入院給付特則(三大疾病無制限型)を適用した場合	七大生活習慣病(三大疾病)	無制限
	七大生活習慣病(三大疾病以外)	120日(通算1,000日)
	上記以外	60日(通算1,000日)
手術給付金		・入院中の場合：　1回につき主契約入院給付金日額の10倍 ・上記以外の場合：1回につき主契約入院給付金日額の5倍

●給付金受取人…… 被保険者

以　上

SAMPLE