

お申込希望書(返信シート)

1

ご案内の商品は、以下の保障を希望されるお客さまにおすすめの商品です。
商品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。

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)
—	—	◎	—

2

次のいずれかに○をしてください。

1. 申込みを希望する

2. 説明を聞きたい

3. 今後検討したい

4. 興味なし

3

ご本人さまの情報をご記入ください。

フリガナ				昭和	平成	年齢		性別	男性
氏名				年月日	年	月	日	歳	女性
会社名	所属部署		社員コード						
	所属コード		内線番号						
現住所	〒								
	【ご連絡先TEL】		—		—		【メールアドレス】		

4

ご本人さまが希望される保障に○(または記入)をしてください。

がんの保障が一生。解約払戻金をなくし お手頃な保険料を実現。		基本給付金額 10,000 円コース			
	基本の保障	がん先進医療特約 (2018)	がん通院特約	ご希望の 保険料払込期間	ご希望の 保険料払込回数
		希望する	10,000円 □,000円	60歳 65歳 終身払	月払 半年払 年払

5

上記でご案内している基本給付金額以外の金額をご希望の場合は、ご記入ください。

基本給付金額	000円
--------	------

裏面もご確認ください。▶

6

ご家族さまの保障をご希望の場合は、保障の対象となる方の情報をご記入ください。
契約申込書をお届けします。

ご家族さま① 氏 名	フリガナ	続 柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年 齢	性 別	男性 女性
ご家族さま② 氏 名	フリガナ	続 柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年 齢	性 別	男性 女性
ご家族さま③ 氏 名	フリガナ	続 柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年 齢	性 別	男性 女性

7

上記のご案内商品以外をご希望の場合は、以下の保障に○をしてください。

- ☐ 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）
- ☐ 貯蓄（老後生活資金・教育資金の準備等）

8

〈お客さまからの通信欄〉ご不明点・ご質問等がございましたら、ご記入ください。

- ご契約の際には「契約概要」「注意喚起情報」「ご契約のしおり抜粋」または「ご契約のしおり／約款」を必ずご確認ください。
- 既往症（過去の病気）、健康状態などによって、引受けを制限させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。

【個人情報の取扱いについて】

ご提供いただいたお客さまの個人情報は、オリックス生命保険株式会社の各種商品やサービスの案内・提供、維持管理に利用させていただきます。
また、当社が他の代理店と共同して対応する際には、個人情報が当該代理店に提供されることにつきご了承ください。

●お問合せ先

〈以下または同封の資料等の記載をご確認ください。〉

A L S O K 保険サービス株式会社
〒163-1408
東京都新宿区西新宿3丁目20番2号
東京オペラシティタワー8階
TEL：0120-88-6891

2025年4月改訂
903H11 ORIX2025-B-009

●引受保険会社



オリックス生命保険株式会社

〒100-0004 東京都千代田区大手町2-3-2
大手町プレイス イーストタワー
TEL 03-3517-4300