



發	行	期	限
昭	和	年	月
			日迄

所管名 東京支社 甲第 日 6554 號

(注意) 裏面を御覽下さい

本證は前納保険料並に第二回以降の保険料には使用致しません

證

一金 四件 四百圓

右は會社が左記申込要項通り保險契約を承諾した場合第  
一回保險料に充當するために裏面記載の條件を以て確に領  
收致しました

保險契約申込要項

- 一 被保險者 殿
- 一 保險種類 隨算配當附 (有診査) 年滿期發老
- 一 保險金額 拾萬圓
- 一 拂込方法 年掛

昭和十四年 一月二日



東京都千代田區大手町二丁目二番地  
東京生命保險相互會社

保險契約申込者

高橋友枝 殿

高橋友枝



取扱者印



本社は取引金を現金で政府に納付いたしますから取引請

一、會社が申込を承諾した場合は本證日附を以て契約成立日とし、當日より契約上の責に任ずるものとす、但し有診査保険に於ては診査が本證日附以後となつた場合は其診査の日を以て契約の成立日と致します

一、本證による預り金に對しては一切利子を附けません  
一、會社が申込を承諾しない場合又は申込に條件を附けるか或は變更して承諾しても申込者が之に同意しない場合は本證引換に表記の金額を返還致します  
此の場合は左記に御署名捺印を願ひ領收證に代へます

一、表記の金額確に領收致しました

昭和 年 月 日

保険契約申込者

東京生命保険相互會社 御中



(必ず申込書に押捺の印章を御捺印下さい)

御注意

一、表記の金額及保険契約申込要項記入事項に訂正あるもの及取扱者印なきものは無効であります、若し表記金額に過不足を生じたる場合は別に精算し本證は訂正致しません

一、本證に依り金員御拂込後二ヶ月以上經過するも保険證券御入手なきか又は所管店より何等御通知なきときは本證の番號、被保険者氏名、金員御拂込月日及取扱者氏名等を御記入の上所管店へ御照會下さい

一、保険證券御入手の際は一應其内容を本證と御照會下さい、萬一相違の點がありました場合は直に所管店へ保険證券番號及被保険者氏名を御記載の上御照會下さい

一、本證は欄外表示の期間内發行に限り有効であります

左記の如き場合には御取扱致し兼ねますから御留意願ひます  
 (イ)告知欄の一、二、三に御記入なき場合又は斜線にて抹消された場合  
 (ロ)御捺印なき場合  
 (ハ)契約者歴又は被保険者殿御名義が保険証券記載のものに相違する場合

謝 無	再 務 課	印	日迄	年	月	日迄	拂込最終
印		印	日收入	年	月	日	次期

御注意 保険契約者  
 被保険者

未成年ナルトキハ親權者(親權者ナキトキハ後見人)  
 禁治産者ナルトキハ後見人  
 準禁治産者ナルトキハ本人並ニ保佐人  
 有夫ノ婦ナルトキハ本人並ニ夫

御署名御捺印ヲ願ヒマス

# 保 險 契 約 復 活 申 込 書

(所管店)

保險種類  
 証券番號

は 第五七九八 號

保險金額

金 壹萬 圓也

被保險者

旧姓 野澤友枝  
 高橋友枝

一 被保險者ハ現在健康ナリヤ  
 若シ異狀アルトキハ其ノ病名、病狀及經過

ナシ

イ 被保險者ハ契約失效後本書提出ノトキ迄ニ罹病シ又ハ外傷ヲ受ケタルコトナキヤ

ナシ

二 被保險者ハ契約失效以前二ケ年以内ニ罹病シ又ハ外傷ヲ受ケタルコトナキヤ  
 若シアリタルトキハ受療服藥ノ有無、病名、發病年月日、治療經過及主治醫氏名住所

三 被保險者ノ同居者ニ既往一ケ年以内ニ於テ結核性疾患其ノ他傳染性疾患ニ罹リタル者ナキヤ

ナシ

前記保險契約ハ保險料拂込延滞ノ爲昭和 年 月 日  
 右ノ事項告知ノ上復活申込候也

追而本書提出後延滞保險料及遅延利子拂込ノ時迄ニ健康ニ著シキ異狀ヲ生ジ其ノ他重要ナル事項ニ付異動ヲ生ジタルトキハ直チニ通知可致右通知ヲ怠リタルトキ又ハ前記告知事項ニ相違アリタルトキハ普通保險約款ニヨリ契約ヲ解除セララルトモ異議無之候  
 猶約款第七條但書ニヨリ醫師ノ診斷書ヲ省略シタルトキハ本書ヲ以テ醫師ノ診斷書ニ代フルモノニ有之候

昭和 年 月 日

住所 保險契約者

住所 被保險者

住所 被保險者

安田生命保險株式會社 御中

野澤友枝  
 高橋友枝



本書に付御照會又は御回答の際には本書の發信月日及番號を御書添へ下さい

直復第 號

昭和 年 月 日

東京都日本橋區小網町二丁目二番地

安田生命保險株式會社

殿

契約復活手續御依頼の件

拜復 時下益々御隆昌にて大慶に存じます

陳者今般被保險者 殿 第 號

契約の儀に就きまして御申越

になりましたが右御契約は昭和 年 月 日以降の保險料御拂込無きため目下失

効になつて居りますので復活手續を御取運の上でないに御取扱致し兼ねますから乍御手數

至急左記書類を御提出下さる様御願致します

右御回答旁々御依頼申上げます

敬具

記

一、復活申込書 (裏面告知事項欄に夫々御記入の上御署名捺印願ひます)

一、健康診断書 (費用は契約者殿に於て御負擔願ひます)

追前記書類拜見の上被保險者殿其後の御健康状態に御異状なきものと御認め致しましたときは復活を御承諾致し重ねて延滞保險料並に遅延利子の御拂込を御通知申上ますから御含置下さい

( 查 定 )

健 康 診 斷 書

被保險者

殿

(男) 現住所  
(女) 職 業

生年  
昭大  
和正  
治

年 月 日

已往二年以内二種  
病セルコトナキヤ

若シアラバ其病名、經過、治  
療年月及主治醫ノ住所氏名

骨 格

榮 養

血 色

外 觀 上 ノ 健 否

呼 吸 器 系

打 診 上  
聽 診 上

循 環 器 系

打 診 上  
聽 診 上

消 化 器 系

神 經 系

泌 尿 生 殖 器 系  
子 宮 出 血、妊 娠 等

尿

蛋 白

糖

血 壓

最 高

最 低

其 他

診 定

理 由

診 查 場 所

診 查 日 時

昭 和 年 月 日

午 前 後

時

右之通相違無之候也

昭 和 年 月 日

住 所

醫 師

安田生命保險株式會社御中

(自署  
捺印)

注意 1 檢尿ハ必要ヲ認ムルトキ必ス行ハレタシ  
2 血壓ハ被保險者四拾歲以上ノ場合及必要ヲ認ムルトキ測定セラレタシ