

# 加入申込書の記入例



記入にあたっては、**黒のボールペン(消せるペンは使用不可)**ではっきりと記入してください。  
下の例にならって、必要事項をすべて記入してください。

1

- 申込日(告知日)に加入申込書および質問表の回答を記入した日を記入してください。
- 契約者氏名をご本人さまの自署でご記入ください。
- 契約者の氏名・生年月日・電話番号・住所等の印字内容に訂正がある場合は当会へお問い合わせください。

1 印字内容をご確認いただき、契約者氏名と申込日(告知日)をご記入ください。

契約者氏名(組合員) 自署 氏名 キョウサイ タロウ 共済 太郎	「ご契約のてびき」の内容(解約返戻金の有無、子ども保障タイプの自動移行のしくみなどを含む)について了承し、申し込みます。	申込日(告知日) 西暦 20 23 年 10 月 15 日
生年月日(西暦) 1975.04.05	性別 1.男 2.女 1	日中のご連絡先(携帯電話など) 1.携帯・自宅 2.その他 1 090-9999-9999
現住所 151-8571 東京都渋谷区代々木2-12-10		

!

- すべての質問に必ず回答してください。該当する場合は、回答欄の該当項目「あり」を選択のうえ、該当番号をもれなくご記入ください。いずれにも該当しない場合は、「なし」を必ず選択してください。

2

- 加入される方(被共済者)の続柄・氏名・生年月日・性別等、必要事項をもれなくご記入ください。
- 契約者本人が被共済者となる場合も必ず記入してください。
- 申し込みをされるタイプの□に✓をご記入ください。
- 終身医療保障タイプ<先進医療特約あり>にお申し込みの際は、□に✓を記入し、リーフレットの掛金表をご覧ください。
- 被共済者ごとの合計掛金をA・B・Cにご記入ください。  
※タイプによっては、組み合わせ加入できない場合があります。詳しくは、リーフレット等をご確認ください。  
※加入できる年齢に制限があります。保障開始日[2024年1月1日]時点の満年齢に該当するタイプをお選びください。

2 ご加入される方(被共済者)・ご希望のタイプ✓・合計掛金額・質問表への回答をご記入ください。裏面の「質問表」の該当項目について「なし」「あり」のいずれかを選択し、「あり」の場合、該当する番号をもれなく記入してください。

契約者との続柄	被共済者氏名	生年月日	性別	申し込みをされるタイプの□に✓をご記入ください。各タイプに加入いただけるのは、保障開始日時点における下記の年齢範囲(満年齢)の方です。										申し込みタイプの合計掛金	質問表回答欄
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 6.兄弟姉妹 該当の番号をご記入ください	フリガナ 氏 キョウサイ タロウ 氏名 共済 太郎	昭和(19) 平成(20) 令和 50年 4月5日	男 ① 女 ②	終身医療保障タイプ(先進医療特約あり) [満15歳~満80歳] 掛金もご記入ください。 ☑( 3,420 円) 掛金は、同封のリーフレットでご確認ください。	医療保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] ☐ 2,300円	総合保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] ☐ 1,800円	子ども保障タイプ [0歳~満17歳] ☐ 1,200円	シニア医療保障タイプ [満65歳~満69歳] ☐ 2,000円	傷害タイプ [0歳~満59歳] ☐ 1,000円	がん保障プラス [満18歳~満49歳] ☑ 1,400円 ※単独加入はできません	個人賠償プラス [0歳~] ☐ 200円 ※単独加入はできません	A 4,820 <del>3,420</del> (共済) 円	該当項目 なし あり		
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 6.兄弟姉妹 該当の番号をご記入ください	フリガナ 氏 キョウサイ ハナコ 氏名 共済 花子	昭和(19) 平成(20) 令和 49年 5月23日	男 ① 女 ②	終身医療保障タイプ(先進医療特約あり) [満15歳~満80歳] 掛金もご記入ください。 ☐( ) 円 掛金は、同封のリーフレットでご確認ください。	医療保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] ☑ 2,300円	総合保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] ☐ 1,800円	子ども保障タイプ [0歳~満17歳] ☐ 1,200円	シニア医療保障タイプ [満65歳~満69歳] ☐ 2,000円	傷害タイプ [0歳~満59歳] ☐ 1,000円	がん保障プラス [満18歳~満49歳] ☐ 1,400円 ※単独加入はできません	個人賠償プラス [0歳~] ☐ 200円 ※単独加入はできません	B 2,300 円	該当項目 なし あり 10		
0.本人 1.配偶者 2.子ども 3.孫 4.父母 6.兄弟姉妹 該当の番号をご記入ください	フリガナ 氏 キョウサイ イチロウ 氏名 共済 一郎	昭和(19) 平成(20) 令和 12年 12月23日	男 ① 女 ②	終身医療保障タイプ(先進医療特約あり) [満15歳~満80歳] 掛金もご記入ください。 ☐( ) 円 掛金は、同封のリーフレットでご確認ください。	医療保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] ☐ 2,300円	総合保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] ☐ 1,800円	子ども保障タイプ [0歳~満17歳] ☑ 1,200円	シニア医療保障タイプ [満65歳~満69歳] ☐ 2,000円	傷害タイプ [0歳~満59歳] ☐ 1,000円	がん保障プラス [満18歳~満49歳] ☐ 1,400円 ※単独加入はできません	個人賠償プラス [0歳~] ☐ 200円 ※単独加入はできません	C 1,200 円	該当項目 なし あり		

申込書に記載のないプランのお申し込み、または加入以外のお手続きをご希望の場合は当会までお問い合わせください。

3 加入される方 全員の合計掛金額(A + B + C)をご記入ください。

共済掛金額 合計 8,320 円

訂正印  
について

記入内容を変更・訂正する場合は、二重線で修正のうえ、訂正印を押印または自署してください。

3,420 → **押印** 4,820  
~~3,420~~ (共済) または **自署** 4,820  
~~3,420~~ 共済太郎

3

- お申し込みになる契約すべての共済掛金の合計額を記入してください。  
※当会指定の振替日に、現在振り替えている掛金と、この「共済掛金合計額」を合算して、ご指定口座から振り替えいたします。