

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・現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。

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のうえ、年齢・性別に応じた掛金をご記入ください。
 - 被共済者ごとの合計掛金をⒶⒷⒸ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**
[2025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。

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)。

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~~
~~3,470~~ 共済太郎

4

- 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、該当番号をすべてご記入ください。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。

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	契約者氏名 (組合員)	自署	共済 太郎	「ご契約のてびき」の内容(解約返戻金の有無、こ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 24 年 10 月 15 日
	氏名	キョウサイ タロウ 共済 太郎	生年月日(西暦)	1976.04.05	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

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。

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。									申し込むタイプの 合計掛金	
				終身医療保障タイプ (先進医療特約あり)	医療保障タイプ(2口)	総合保障タイプ(2口)	こども保障タイプ	シニア医療保障タイプ	傷害タイプ	がん保障プラス	個人賠償プラス			
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 キョウサイ 氏 共済	タロウ 名 太郎 51年 4月 5日	昭和(平成(令和) 19 20	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 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 医療保障60歳タイプ(2口) [満60歳~満64歳] □ 2,300円	総合保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] □ 1,800円 総合保障60歳タイプ(2口) [満60歳~満64歳] □ 1,800円	こども保障タイプ [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 シニア総合保障タイプ [満65歳~満69歳] □ 2,000円 傷害60歳タイプ [満60歳~満79歳] □ 1,000円	傷害タイプ [0歳~満59歳] □ 1,000円 傷害60歳タイプ [満60歳~満79歳] □ 1,000円	がん保障プラス [満18歳~満49歳] ✓ 1,400円	個人賠償プラス [0歳~] □ 200円	A 4,820 3,420 共済 円	
被 共 済 者	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 キョウサイ 氏 共済	ハナコ 名 花子 49年 5月 23日	昭和(平成(令和) 19 20	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 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 医療保障60歳タイプ(2口) [満60歳~満64歳] □ 2,300円	総合保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] □ 1,800円 総合保障60歳タイプ(2口) [満60歳~満64歳] □ 1,800円	こども保障タイプ [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 シニア総合保障タイプ [満65歳~満69歳] □ 2,000円 傷害60歳タイプ [満60歳~満79歳] □ 1,000円	傷害タイプ [0歳~満59歳] □ 1,000円 傷害60歳タイプ [満60歳~満79歳] □ 1,000円	がん保障プラス [満18歳~満49歳] □ 1,400円	個人賠償プラス [0歳~] □ 200円	B 2,300 10 円
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 キョウサイ 氏 共済	イチロウ 名 一郎 12年 12月 23日	昭和(平成(令和) 19 20	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 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 医療保障60歳タイプ(2口) [満60歳~満64歳] □ 2,300円	総合保障タイプ(2口) [満18歳~満59歳] □ 1,800円 総合保障60歳タイプ(2口) [満60歳~満64歳] □ 1,800円	こども保障タイプ [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 シニア総合保障タイプ [満65歳~満69歳] □ 2,000円 傷害60歳タイプ [満60歳~満79歳] □ 1,000円	傷害タイプ [0歳~満59歳] □ 1,000円 傷害60歳タイプ [満60歳~満79歳] □ 1,000円	がん保障プラス [満18歳~満49歳] □ 1,400円	個人賠償プラス [0歳~] □ 200円	C 1,200 円	

③ 加入される方全員の合計掛金額(Ⓐ + Ⓑ + Ⓒ)をご記入ください

共済掛金額 合計

8,320 円

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、ご指定の口座から振り替えいたします。